

# LA FORMATION À LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE CENTRÉE SUR LE PATIENT : synthèse des connaissances sur les stratégies pédagogiques à privilégier

GABRIELLE FORTIN, T.S.

Candidate au doctorat

École de travail social et de criminologie, Université Laval

Centre de recherche sur les soins et les services de première

ligne de l'Université Laval

Maison Michel Sarrazin

Équipe de recherche Michel-Sarrazin en oncologie psychoso-

ciale et en soins palliatifs

[gabrielle.fortin.3@ulaval.ca](mailto:gabrielle.fortin.3@ulaval.ca)

SERGE DUMONT, PH.D.

École de travail social et de criminologie, Université Laval

Centre de recherche sur les soins et les services de première

ligne de l'Université Laval

Équipe de Recherche Michel-Sarrazin en oncologie psychoso-  
ciale et en soins palliatifs

Centre de recherche du CHU de Québec – Université Laval

[Serge.Dumont@tsc.ulaval.ca](mailto:Serge.Dumont@tsc.ulaval.ca)

---

## INTRODUCTION

Le nombre de personnes en phase avancée d'une maladie à issue fatale, dont le nombre est croissant en raison des changements démographiques observés au Canada et dans d'autres pays occidentaux, s'explique en partie par un vieillissement sans précédent de la population (Institut national de santé publique [INSPQ], 2010). Par conséquent, le système de santé a comme défi de prodiguer des soins palliatifs à un nombre croissant de personnes en phase avancée de leur maladie, ou en fin de vie. Or, lorsque des personnes atteintes d'une maladie à issue fatale doivent envisager une transition vers les soins palliatifs en raison de l'évolution de leur maladie, plusieurs situations de « prises de décision » caractérisent cette séquence transitionnelle de la trajectoire

de soins. Parmi ces décisions, la détermination des objectifs de soins – qui consiste à identifier avec la personne malade la nature des soins à privilégier en fonction de sa condition de santé, ses aspirations et ses valeurs – pose un défi pour les professionnels de la santé, car plusieurs éléments du contexte de la personne malade complexifient le processus de décision. Il est démontré que l'engagement actif des patients et de leurs proches dans le processus de soins permet d'optimiser la qualité des soins dispensés, en plus de faciliter des prises de décisions éclairées favorisant l'autodétermination des personnes (Institut de recherche en santé du Canada, 2011). Or la participation seule du médecin, du patient et de ses proches dans de telles situations de prises de décisions s'avère souvent insuffisante pour tenir compte de l'ensemble des besoins de la personne.

En ce sens, la collaboration interprofessionnelle (CIP) centrée sur la personne constitue une orientation de plus en plus valorisée au sein du système de santé, non seulement au Canada, mais aussi ailleurs dans le monde, alors que la CIP est maintenant bien reconnue comme étant efficace pour améliorer la qualité des soins lorsqu'une personne vit une situation qui tend à se complexifier en raison de la présence de plusieurs besoins (Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé [FCRSS], 2006). Toutefois, des écueils importants sur le plan des pratiques interprofessionnelles demeurent, en dépit du fait que la CIP soit identifiée dans la littérature scientifique comme une bonne pratique en présence de situations de soins jugées complexes (Careau, 2013; FCRSS 2006). À titre d'exemple, lorsque des membres d'une famille doivent prendre une décision concernant l'intensité des soins pour un patient âgé inapte et ne s'entendent pas sur les soins à privilégier pour ce patient, l'absence de travail d'équipe entre les soignants dans une telle situation compromet la capacité des proches à prendre une décision éclairée, cohérente avec les attentes et les objectifs de fin de vie du patient. Le but de cet article est de présenter une synthèse des principaux résultats publiés sur les formations visant l'adoption des meilleures pratiques des professionnels de la santé en contexte de CIP centrée sur la personne. Nous présentons la recension sous trois principales rubriques, à savoir la stratégie pédagogique utilisée pour transmettre les meilleures pratiques, le formateur chargé de la transmission de ces connaissances, et les éléments facilitateurs et les obstacles à considérer pour l'élaboration de telles formations.

## MÉTHODOLOGIE

Notre synthèse des connaissances visait à identifier les principales caractéristiques des formations à l'intention des professionnels de la santé en contexte de CIP visant l'amélioration des pratiques de soins centrées sur la personne. Trois sous-questions nous

ont permis de préciser nos recherches, à savoir : 1) Quelles sont les stratégies pédagogiques déployées dans les formations de CIP centrée sur la personne? 2) Qui sont les formateurs? 3) Quels sont les barrières et les facteurs ayant facilité le déploiement de ces formations?

Nous avons mené un examen de la portée<sup>1</sup>, l'approche la plus pertinente pour répondre à ces questions exploratoires, considérant que les formations en CIP centrées sur la personne constituent un sujet émergent. Ainsi, les sources et le type de données disponibles sont conséquemment restreints, et un examen de la portée permet d'inclure tous les types de devis dans les critères de recherche (Arksey et O'Malley, 2016). Dans le cadre de la stratégie documentaire retenue, les bases de données des domaines suivants ont été consultées pour la période 2005-2018 : éducation (*ERIC, FRANCIS*), sciences infirmières (*CINHAL*), médecine (*Medline*) et sciences sociales (*Social Sciences Full Texts, PsychInfo*). Cette stratégie documentaire a été bonifiée par le repérage systématique des revues existantes dans la base de données Cochrane Reviews et un examen de la liste des références des articles retenus. Des études pertinentes, qui auraient échappé à la recension initiale, ont été ainsi répertoriées. Les mots clés, utilisés seuls ou de manière combinée, étaient les suivants : *health professional, continuing medical education, continuing professional development, training, education, knowledge transfer strategy, multidisciplinary education, interprofessional education, collaboration, shared decision-making<sup>2</sup>, patient-centered practice, service user involvement, user participation, consumer involvement, community volunteers*. Le tableau 1 présente les critères d'inclusion et d'exclusion appliqués pour rechercher les articles. Grâce à notre stratégie documentaire, nous avons initialement répertorié 254 articles. Après une première sélection des articles en fonction des critères d'inclusion de l'étude, puis d'une analyse des résumés, nous avons conservé 31 articles pour procéder à une analyse approfondie de ceux-ci. En fin de compte, une revue systématique et 18 études originales ont été retenues.

**Tableau 1 : Critères d'inclusion et d'exclusion**

<b>Critères d'inclusion</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Étude primaire ou recension systématique;</li> <li>2. Méthodologies qualitative, quantitative ou mixte;</li> <li>3. Sujets recrutés : professionnels de la santé issus d'au moins deux professions;</li> <li>4. Année de parution datant de 2005 à 2018;</li> <li>5. Les études devaient décrire clairement les caractéristiques de l'intervention développée;</li> <li>6. Les variables d'intérêt mesurées et rapportées devaient porter sur les facteurs d'efficacité de l'intervention à l'adoption de pratique centrée sur le patient.</li> </ol>
<b>Critères d'exclusion</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Les formations s'adressant aux professionnels d'une seule profession;</li> <li>2. Les éditoriaux et les revues narratives de la littérature;</li> <li>3. Résumés de conférence.</li> </ol>

## RÉSULTATS

### Les stratégies pédagogiques déployées

Dans l'ensemble des études recensées, les formations développées consistaient en une combinaison d'au moins deux stratégies pédagogiques distinctes, alors que toutes les initiatives comprenaient une partie théorique, présentant les connaissances les plus à jour issues des données probantes, et une partie interactive favorisant la discussion et la réflexion. La durée des formations variait pour la plupart d'une à deux journées. Le déroulement consistait généralement en une première session d'acquisition des connaissances théoriques, d'une durée variant d'une trentaine de minutes jusqu'à trois heures, puis d'une

seconde, interactive, variant cette fois-ci de moins d'une heure à une journée. Les prochaines rubriques décrivent les différentes stratégies pédagogiques utilisées et leurs effets sur les apprenants quant à l'acquisition de connaissances, le développement de compétences ainsi que les habiletés en matière de pratique de CIP centrée sur la personne.

### *Stratégies pédagogiques associées à la transmission théorique des connaissances*

Certaines modalités (plénières, lectures, matériel éducatif imprimé, blogues et formations en ligne) semblent plus associées à l'acquisition de connaissances théoriques en matière de CIP centrée sur la personne. Ainsi, les initiatives de formation ayant recours à ce type de stratégies permettraient de sensibiliser les professionnels aux meilleures pratiques et favoriseraient leur capacité à s'interroger sur leur façon de faire actuelle. Plus précisément, le recours à ces stratégies aurait d'abord des effets bénéfiques quant à l'acquisition de nouvelles connaissances en matière de pratique centrée sur le patient telle la PDP (Cooper et Spencer-Dawe, 2006; Hendricks-Ferguson *et al.*, 2015; Hoffmann, Bennett, Tomsett et Del Mar, 2014; Kim *et al.*, 2005; Légaré *et al.*, 2012; Lespérance *et al.*, 2014). À titre d'exemple, l'étude à devis mixte d'Hendricks-Ferguson et ses collaborateurs (2015) visait à améliorer la communication entre soignants et familles en pédiatrie. Cette étude met en lumière que la présentation d'un modèle de communication au moyen d'une plénière et d'un manuel didactique offrait du contenu et des exemples pertinents pour optimiser l'intervention des professionnels auprès des familles. Le guide était aussi perçu comme utile pour ouvrir la communication, et les professionnels le consultaient après la formation, lors de situations de prises de décision difficiles avec les familles. D'autres études abondent dans le même sens avec des résultats comparables. Notamment, l'étude à devis mixte de Kim et ses collaborateurs (2005), qui exposaient dans un premier temps les participants à un outil d'aide à la décision en contexte

de planification familiale au moyen de lectures et d'enseignement magistral, indique qu'après un mois d'utilisation de l'outil, les professionnels se sentaient à l'aise de l'utiliser et le trouvaient pertinent pour leur pratique. Également, les professionnels donnaient plus d'informations aux patients grâce à l'outil, et ces informations étaient davantage adaptées à la situation du patient, ce qui favoriserait une plus grande implication de ce dernier dans le processus de décision.

Une meilleure compréhension des concepts relatifs à la CIP était anticipée à la suite de l'exposition des participants aux stratégies pédagogiques associées à la transmission théorique des connaissances. En effet, un certain nombre d'études recensées souligne que les participants auraient acquis de nouvelles connaissances en matière de travail d'équipe en contexte interdisciplinaire, ainsi qu'une meilleure compréhension du rôle des autres professionnels et de leur propre rôle disciplinaire au sein d'une équipe travaillant en collaboration pour se centrer sur les besoins des patients (Bain, Kennedy, Archibald, LePage et Thorne, 2014; Barnes, Carpenter et Dickinson, 2006; Chan, Mok, Po-Yin et Man-Chun, 2009; Cooke, Gormley, Haughey et Barr, 2017; Cooper et Spencer-Dawe, 2006; Furness, Armitage et Pitt, 2011; Singer, Fung, Lillie, McLeod, Scotta, You et Helleman, 2018; Towle *et al.*, 2014). Ainsi, la formation continue sur la CIP développée par Cooper et Spencer-Dawe (2006), à laquelle 500 étudiants issus de différentes disciplines du domaine de la santé ont participé, consistait en une première partie théorique accessible en ligne, celle-ci étant préparatoire au cours en présentiel. Or si les participants ont mentionné aimer une telle approche, tant au regard de l'organisation du contenu que de la clarté de l'information offerte, ils ont observé que le laps de temps entre l'exposition aux connaissances théoriques et leur mise en application a nui à une bonne intégration des différents concepts relatifs à la CIP.

### *Stratégies pédagogiques associées au développement de compétences*

Selon les études recensées, d'autres stratégies pédagogiques, soit les jeux de rôles, les études de cas, les patients simulés, les travaux en petits groupes sur des mises en situation et les partages en plus grands groupes interdisciplinaires, sont associées à l'acquisition de compétences<sup>3</sup> et à un savoir agir lors de situations complexes en contexte de CIP. Ces stratégies favoriseraient la discussion entre les apprenants et permettraient une mobilisation de leurs ressources internes en vue du développement de leurs compétences lors de situations complexes interpellant l'interdisciplinarité. Ces stratégies favoriseraient effectivement le développement d'un esprit critique des apprenants envers leur pratique, ce qui aurait un impact positif sur leur intention à appliquer ce qui leur a été transmis dans leur pratique (Bain *et al.*, 2014; Cooper et Spencer-Dawe, 2006; Hoffmann *et al.*, 2014; Kim *et al.*, 2005; Légaré *et al.*, 2014; Lespérance *et al.*, 2014; Smith, Anderson, et Thorpe, 2006; Towle *et al.*, 2014). En ce sens, l'étude d'Hoffmann et ses collaborateurs (2014), à laquelle 107 étudiants issus de différents domaines de la santé ont participé, révèle que la mise en application d'un modèle de communication au moyen d'une mise en situation et d'un jeu de rôle, suivis d'une discussion sur le rôle de la communication en contexte de prise de décision partagée (PDP), s'est avérée efficace pour améliorer le sentiment de confiance des étudiants à appliquer la PDP dans leur pratique. L'étude québécoise de Légaré et ses collaborateurs (2014) auprès d'une équipe de soutien à domicile abonde dans le même sens, alors qu'elle souligne qu'au terme de la formation, les participants ont évalué leur sentiment de confiance à l'égard de leur capacité à déterminer les préférences du patient comme étant beaucoup plus élevé qu'avant la formation. Cette étude, dont la partie interactive consistait en la présentation d'une mise en situation vidéo suivie d'une discussion sur la PDP en contexte de CIP, souligne aussi que les participants ont jugé que la vidéo, en plus de constituer un moyen efficace d'atteindre les objectifs d'appren-

tissage, favorisait une prise de conscience à l'égard de la pertinence de la PDP interprofessionnelle et de son utilité dans le cadre de diverses situations rencontrées dans le cadre de leur pratique. Enfin, plus de 70 % des répondants ont indiqué leur intention d'appliquer la PDP dans leur pratique, ayant constaté sa pertinence dans le cadre de la formation. Dans le même ordre d'idées, l'utilisation des vignettes cliniques dans la formation des professionnels de la santé permettrait d'illustrer différents contextes de pratique, et les amènerait à réfléchir à leur pratique à partir de situations réalistes semblables à celles qu'ils rencontrent sur le terrain (Carr, Worswick, Wilcock, Champion-Smith et Hettinga, 2012; Légaré *et al.*, 2012).

Les formations comprenant un volet dédié à l'interaction entre les participants favoriseraient la réflexion des apprenants quant aux bénéfices que le changement de pratique pourrait avoir dans la vie des patients, ce qui aurait une influence sur leur motivation à optimiser leur pratique. L'étude de Kim et ses collaborateurs (2005) ajoute aussi que les rétroactions offertes aux apprenants à propos de leurs interventions seraient efficaces pour que les professionnels se sentent à l'aise d'incorporer à leur pratique une approche de collaboration davantage centrée sur les patients. Dans cette perspective, un certain nombre d'auteurs soulignent que les formations interprofessionnelles mettant de l'avant des stratégies pédagogiques favorisant les échanges interprofessionnels faciliteraient l'acquisition de compétences de CIP centrée sur le patient. Ces compétences se traduisent par : 1) une communication ouverte et dénuée de préjugés avec les autres membres de l'équipe et le patient; 2) un réel désir de collaborer, en démontrant de la disponibilité et de l'intérêt au travail d'équipe; 3) un souci de développer des interventions, en cohérence avec le reste de l'équipe, par la recherche d'une vision commune et complète de la situation du patient; et 4) une affirmation de son leadership collaboratif dans l'intérêt du patient (Bain *et al.*, 2014; Chan, 2009; Cooke *et al.*, 2017; El-Awaisi, El Jajj, Alemrayat, Al-Jayyousi et Verjee 2017; Singer *et al.*,

2018). En ce qui concerne plus spécifiquement le leadership collaboratif, l'étude de Chan et ses collaborateurs (2009), sur l'évaluation d'une formation universitaire auprès de 32 étudiants en sciences infirmières (n=16) et en travail social (n=16), présente des résultats intéressants. Elle souligne effectivement qu'à l'issue des travaux d'équipes sur des mises en situation, les participants avaient pris conscience que la combinaison de leur expertise, plutôt que de diluer leur identité professionnelle, était au contraire profitable pour le patient. Effectivement, leurs perceptions au terme de la formation étaient que la combinaison des deux expertises permettait d'offrir de meilleurs soins aux patients et que leurs interventions étaient plus cohérentes grâce à la concertation. Enfin, des formations incluant des périodes de travail interdisciplinaire permettraient le développement de ces compétences, et leur mise à profit, à différents moments clés de collaboration interprofessionnelle, soit au moment de la mise en commun d'informations importantes à transmettre aux collègues, lors de l'évaluation d'une situation de soins (particulièrement) complexe et pendant l'élaboration du plan d'intervention interdisciplinaire (Bain *et al.*, 2014; Chan, 2009; Cooke *et al.*, 2017; El-Awaisi, 2017; Singer *et al.*, 2018).

## Les formateurs

Les formateurs participent activement à la transmission des connaissances issues des données probantes aux professionnels de la santé, et sont par conséquent objet d'intérêt dans le cadre de la présente recension. Les prochaines rubriques décrivent les effets associés à l'implication des formateurs lors des étapes de développement, d'implantation ou d'évaluation de ces formations sur les apprenants.

### *L'implication de professionnels de la santé dans la formation*

Certaines études décrivent l'impact de l'implication des professionnels issus de différentes disciplines au moment de transmettre des connaissances. Ces

études révèlent que les professionnels de la santé sont ainsi appelés à jouer eux-mêmes le rôle de formateur lors de la mise en pratique des connaissances transmises ; l'opportunité de réunir différentes expertises professionnelles permettrait effectivement aux participants d'apprendre des autres, avec les autres et sur les autres, tout au long de leur parcours d'apprentissage et en fonction de leur niveau de connaissance. Le travail interprofessionnel, appuyé par des modèles de rôles, est d'ailleurs souvent identifié comme étant le point fort des formations par les participants. Les études consultées soulignent d'ailleurs qu'au moment de la formation initiale, les participants jumelés en équipes interprofessionnelles peuvent mieux comprendre l'unicité de leur propre expertise et avoir une meilleure connaissance des différents rôles assumés par les autres professionnels (Bain *et al.*, 2014 ; Cooke *et al.*, 2017 ; Doucet, Andrews, Godden-Webster, Lauckner et Nasser, 2012 ; Furness *et al.*, 2011 ; Singer *et al.*, Smith *et al.*, 2006). En ce sens, l'étude de Doucet et ses collaborateurs (2012), sur la CIP et les soins centrés sur le patient à l'intention d'étudiants universitaires gradués (n=650), a misé sur la formation d'équipes interprofessionnelles pour favoriser les apprentissages des participants. Ceux-ci étaient regroupés en équipe de quatre, chacun d'eux étant issu d'un programme de formation professionnelle différent. Avant le début de la formation en présence, les participants ont été invités à une séance d'orientation en fonction de leur programme d'étude, ceci afin de leur permettre de réfléchir à leur propre profession et de les préparer à leurs interactions interprofessionnelles avec les autres membres de l'équipe. Durant la formation, des superviseurs offraient des rétroactions aux équipes pour favoriser leurs réflexions quant aux connaissances acquises. Il a été observé, dans le cadre de cette étude, que l'intégration d'une équipe interprofessionnelle au moment de la formation initiale des étudiants permet à la fois d'enrichir leurs aptitudes à la CIP et de créer un réel partenariat avec le patient. Aussi, les activités de réflexion et d'intégration proposées leur ont donné un premier niveau d'exposition à la CIP, ce qui les a

sensibilisés aux différents éléments pouvant survenir dans une situation de soins nécessitant une forme de CIP, ceci en fonction des besoins du système client, lesquels influencent le niveau de complexité d'une situation. Au moment de la formation continue, il semble que les apprenants, qui pratiquent en tant que professionnels, détiendraient déjà une certaine connaissance de la CIP. Le fait d'être jumelé à d'autres professionnels dans le cadre d'une initiative de formation à la CIP favoriserait alors le développement de capacités d'analyse et d'introspection critiques plus complexes, ainsi qu'une compréhension plus approfondie de la contribution respective de chacun des professionnels dans des situations de soins complexes (Lespérance *et al.*, 2014).

Enfin, l'étude qualitative de Lespérance et ses collaborateurs (2014) aborde les impacts potentiels des formateurs, qui sont des intervenants issus de différentes disciplines. Cette initiative de formation continue à l'intention des ergothérapeutes, travailleurs sociaux et médecins évoluant au sein d'unités d'oncologie, visait à former ces professionnels à l'approche des soins palliatifs pour les patients atteints d'un cancer avancé. La formation était offerte par une équipe multidisciplinaire composée d'un prêtre, d'un nutritionniste, d'un psychologue et d'un travailleur social. Les résultats de l'étude soulignent que la présence de cette équipe interprofessionnelle était nécessaire pour permettre aux participants d'acquérir des connaissances sur l'ensemble des besoins potentiels des patients et des familles en soins palliatifs, et leur permettait d'avoir une meilleure connaissance des différentes ressources offertes. Enfin, selon les participants, le fait d'avoir accès à ces experts, qui fournissaient des exemples concrets rencontrés dans leur pratique, était apprécié des étudiants et favorisait leur compréhension quant à l'application du travail de CIP en contexte de soins palliatifs. De façon similaire, d'autres études ont fait appel à des équipes de formateurs, soit des professionnels de différentes professions appelés à jouer des rôles de facilitateurs, afin de pousser plus loin la réflexion des apprenants par le partage d'expériences cliniques, en offrant des pistes

de réflexion lors des périodes de travail en équipes interdisciplinaires et en donnant des informations selon les besoins des groupes de formation (Bain *et al.*, 2014; Carr *et al.*, 2014; Chan *et al.*, 2009; El-Awaisi *et al.*, 2017; Singer *et al.*, 2018).

### *L'implication des usagers dans la formation des professionnels de la santé*

Dix études recensées abordent l'implication des usagers des services de santé et de services sociaux à titre de formateur. L'intérêt croissant pour ce type de partenariat dans la formation des professionnels s'explique par la reconnaissance du caractère unique de l'expertise des usagers, un savoir d'expérience acquis par leur vécu avec la maladie ou une condition de santé particulière, leur parcours dans le système de santé et les impacts des différents déterminants de santé sur leur fonctionnement global (Towle *et al.*, 2014). Aussi, l'étude de Towle et ses collaborateurs (2014) mentionne que les personnes ont été choisies en fonction de leurs savoirs, acquis dans leur expérience avec des professionnels de la santé, et de leur habileté à communiquer leur expérience. Les personnes étaient également choisies si elles démontraient des habiletés d'animation et une capacité à assumer des responsabilités d'enseignement et d'encadrement des apprenants. À l'instar de cette étude, celle de Mckeown et ses collaborateurs (2012), de type participatif, fait également mention de critères de sélection. Les personnes recrutées pouvaient être des usagers ou des proches d'usagers, vivant ou ayant vécu une problématique de santé mentale ou physique, et possédant une bonne connaissance du système de santé. De plus, elles devaient être en mesure de mettre cette expérience à profit dans l'élaboration de contenus pour la formation, être à l'aise de s'exprimer sur leur vécu et posséder des habiletés de communication. Deux autres études mentionnent de façon similaire que les usagers recherchés pouvaient être des patients ou des proches vivant ou ayant vécu un problème de santé (Carr *et al.*, 2012; Smith *et al.*, 2006). Enfin, l'étude de Cooke, Gormley, Haughey et Barr (2017) se démarque des autres études par le

fait qu'un des facilitateurs de la formation agissait à la fois à titre de médecin, mais aussi à titre de patient atteint de cancer.

Six modalités d'implication sont décrites dans les études recensées, soit : le témoignage, la consultation, l'élaboration, l'enseignement magistral, l'enseignement informel (échanges) et l'évaluation (formative ou sommative). Le témoignage des personnes expertes par expérience se résume essentiellement au partage d'expériences personnelles, notamment en ce qui a trait à leur condition de santé, aux adaptations, et aux services sociaux, éducatifs et médicaux dont elles ont besoin (Cooke *et al.*, 2017; Cooper et Spencer-Dawe, 2006; Mckeown *et al.*, 2012). Une deuxième modalité s'illustre par la consultation de patients ou de proches avant et pendant la conception des initiatives de formation. Lors de ces consultations, les patients sont appelés à définir leurs besoins, parler de leur réalité et donner leur point de vue sur les notions essentielles à aborder dans la formation. Le recours à la consultation serait surtout utilisé lors des phases d'élaboration de programme (Barnes *et al.*, 2006; Spencer, Godolphin, Karpenko, et Towle, 2011). À titre d'exemple, dans l'étude de Barnes et ses collaborateurs (2006), les patients étaient impliqués à la fois dans le recrutement et la sélection du personnel chargé de donner la formation, en plus de contribuer au développement et à l'évaluation du contenu de la formation. Enfin, l'enseignement, formel ou informel, constitue la forme d'implication la plus populaire, nommée dans sept études recensées. Alors que l'enseignement formel se traduit par une forme d'enseignement magistral, l'enseignement informel consiste plutôt en une forme de transfert qui émerge de l'interaction avec les apprenants, mais qui ne fait pas partie du contenu formel prévu initialement.

L'implication des usagers dans la formation des professionnels aurait des effets positifs sur la pratique de ces derniers en matière de CIP. Premièrement, le contexte entourant ce type de formation influencerait la satisfaction des apprenants quant à leur expérience d'apprentissage et aux méthodes employées.

Les apprenants auraient apprécié : la modalité du témoignage, l'expertise et la participation des usagers ; les occasions d'interaction ou de collaboration avec les usagers au sein de contextes propices aux échanges formels et informels ; l'opportunité d'intervenir directement ou indirectement auprès des usagers par la mise en œuvre de projets concrets et susceptibles de générer des répercussions positives ; et la possibilité d'apprendre par l'expérience en fonction d'une diversité de points de vue (Barnes *et al.*, 2006 ; Cooper et Spencer-Dawe, 2006 ; Mckeown *et al.*, 2012 ; Smith *et al.*, 2006 ; Spencer *et al.*, 2011 ; Towle *et al.*, 2014). Deuxièmement, l'engagement actif des usagers dans la formation des professionnels permettrait l'acquisition de connaissances durables (Doucet *et al.*, 2012 ; Furness *et al.*, 2011 ; Smith *et al.*, 2006 ; Spencer *et al.*, 2011 ; Towle *et al.*, 2014). Ces connaissances porteraient sur le vécu des patients et leurs besoins : les relations de pouvoir avec lesquelles ils composent ; les adaptations requises ; les rôles des aidants et des professionnels qu'ils côtoient ; les ressources disponibles dans la communauté ; la pratique centrée sur la personne ; les incapacités, les maladies et certains aspects de la condition de santé des patients (incluant, dans certains cas, les facteurs de risque et de protection) ; et les concepts et théories qui s'y rattachent. Troisièmement, plusieurs apprenants ont mentionné avoir acquis de nouvelles compétences en matière de CIP, de partenariat avec la personne, de travail en équipe, d'intervention individuelle, et de réflexivité (Barnes *et al.*, 2006 ; Carr *et al.*, 2012 ; Cooper et Spencer-Dawe, 2006 ; Doucet *et al.*, 2012). Enfin, certains auteurs soulignent des changements sur le plan des valeurs, des perceptions et des attitudes des apprenants vis-à-vis les patients. Effectivement, au terme des initiatives, les apprenants seraient plus respectueux des savoirs et des compétences que possèdent les usagers, et plus conscients des préjugés et stéréotypes qu'ils entretiennent à leur égard. Également, les auteurs mentionnent une plus grande adhérence des apprenants à des valeurs humanistes, et une plus grande aisance dans leurs interactions avec les personnes (Cooke *et al.*, 2017 ; Furness

*et al.*, 2011 ; Smith *et al.*, 2006 ; Spencer *et al.*, 2011 ; Towle *et al.*, 2014). Deux études mentionnent aussi l'intention des apprenants à tenir compte de ces perceptions dans leur pratique professionnelle (Barnes *et al.*, 2006 ; Carr *et al.*, 2012). Enfin, une étude mentionne un sentiment de rapprochement avec les usagers ressenti par les apprenants (Mckeown *et al.*, 2012).

### **Les facteurs facilitants et les barrières associés à l'implantation d'initiatives de formation en CIP centrée sur le patient**

Une revue systématique de Légaré et ses collaborateurs (mise à jour en 2008), portant sur l'identification des barrières et des facteurs facilitant l'implantation de stratégies favorisant la PDP, identifie que les contraintes de temps liées à la pratique constituaient la principale barrière identifiée par les répondants, dans 22 études sur 38. Le manque d'applicabilité d'une approche de PDP, centrée sur le patient en raison des caractéristiques spécifiques de certains patients, est également fréquemment soulevé (n=18 études), ainsi que les situations cliniques particulières (n=16 études). Dans le même sens, l'étude de Lespérance et ses collaborateurs (2014) soulève comme principale barrière le manque de temps des professionnels pour appliquer la PDP dans leur pratique. Cette étude américaine visait notamment à former des professionnels exerçant en clinique externe en oncologie et à leur présenter un outil de communication permettant de planifier les soins de fin de vie des patients. Un suivi neuf mois après l'étude a permis de déterminer trois barrières principales : 1) un manque de temps dans la pratique pour commencer la communication sur les soins palliatifs et le document Five Wishes ; 2) un manque de services auxiliaires spécialisés pour accompagner les professionnels dans ce type de communication ; et 3) un manque de connaissances à propos des services de soins palliatifs offerts. L'étude de Légaré et ses collaborateurs (2012) souligne également, comme



principales barrières : le manque de temps, du point de vue des professionnels, pour appliquer la PDP ; le roulement du personnel ; les méthodes de travail divergentes d'un milieu à l'autre et d'un professionnel à l'autre ; et le manque de cohésion et le manque de ressources humaines. Les auteurs mentionnent que la culture d'un milieu clinique constituerait l'une des plus grandes barrières à la PDP. Dans le même sens, Bain et ses collaborateurs (2014) expriment que deux grandes difficultés observées dans leur étude longitudinale ont été l'incapacité de trouver une plage horaire qui convient à tous les participants et le faible taux de participation de certains groupes de professionnels, en raison du manque de temps, de l'incompatibilité des horaires ou d'un manque de motivation à l'égard de la CIP. Les auteurs livrent aussi la réflexion qu'un changement de pratique unidisciplinaire, au bénéfice d'une pratique interprofessionnelle centrée sur la personne, nécessite une mobilisation et une motivation de toute une équipe soignante, incluant les gestionnaires.

En ce qui concerne les obstacles relatifs aux formateurs, ceux mis en évidence concernent majoritairement l'implication d'usagers dans la formation des professionnels. Un premier obstacle, soulevé dans l'étude de Towle et ses collaborateurs (2014), met en cause des facteurs individuels des usagers, alors que certains d'entre eux éprouvaient de l'insécurité lors de leurs premières interactions avec les apprenants. De tels facteurs seraient susceptibles de nuire à la qualité de leurs interventions et de leur enseignement. Un deuxième obstacle soulevé par Smith et ses collaborateurs (2006) fait référence à la logistique, soit des difficultés en lien avec le transport (p. ex. : l'accessibilité pour les personnes à mobilité réduite et les coûts du voyage), à la technologie (p. ex. : les personnes qui ne sont ni formées ni équipées pour l'utilisation des technologies de l'information et de communication), à la gestion du temps (p. ex. : la charge de travail importante à l'extérieur des heures de cours) et à la gestion des horaires (p. ex. : coordonner les horaires d'apprenants issus de disciplines diverses). Un troisième obstacle concerne les limites financières, alors

que les personnes impliquées à titre d'expert à cause de leur expérience ne recevaient pas la même rémunération que les instigateurs et les employés d'initiatives qui recevaient un salaire. À ce sujet, seulement 3 initiatives sur les 13 recensées mentionnent avoir offert une compensation financière aux usagers impliqués (Carr *et al.*, 2012 ; Cooper et Spencer-Dawe, 2006 ; Mckeown *et al.*, 2012).

La revue systématique de Légaré et ses collaborateurs (2008) documente aussi les facteurs susceptibles de faciliter l'implantation de la PDP. Le principal facteur (n= 22 études) est l'apport de motivation aux professionnels que suscite la pratique de la PDP. Dans 16 études, l'impact positif qu'une approche collaborative de soins centrée sur la personne produit sur le processus clinique est souligné, ainsi que les bienfaits engendrés pour les patients. L'acquisition de nouvelles connaissances et le développement d'habiletés de communication favoriseraient la motivation des professionnels de la santé à adopter de nouvelles pratiques. Les professionnels seraient aussi influencés par la façon avec laquelle sont présentées les formations aux professionnels (Hendricks-Ferguson *et al.*, 2015 ; Légaré *et al.*, 2012). Enfin, Légaré et ses collaborateurs (2012) soulignent l'importance d'un environnement de travail favorable, d'un climat de cohésion, de méthodes de travail standardisées, d'une infrastructure interprofessionnelle, d'équipes régulières, ainsi que d'outils pour cibler les cas appropriés à la PDP.

Ensuite, certaines études recensées mettent en lumière que la motivation des participants à changer leur pratique en faveur d'une approche de collaboration centrée sur le patient proviendrait d'une conscience accrue des effets bénéfiques, pour les patients, constatés dans leur pratique. À titre d'exemple, les résultats de l'étude de Kim et ses collaborateurs (2005) révèlent qu'une formation en CIP s'avérerait efficace pour favoriser un changement de pratique, si les nouvelles connaissances acquises sont mises en pratique par les professionnels et que ceux-ci constatent que leur intervention ne s'en trouve pas complexifiée, permet de se centrer davantage sur les

besoins du patient et les aide à explorer les options qui s'offrent à eux.

Certains facteurs seraient susceptibles de favoriser l'engagement des patients dans la formation des professionnels. Un premier facteur concerne les rencontres préalables visant à orienter les usagers. Ces rencontres permettraient de s'assurer que ces derniers sont bien outillés pour exécuter les tâches auxquelles ils s'engagent, et ce peu importe leur niveau d'implication. À ce sujet, l'étude de Carr et ses collaborateurs (2012) met en lumière que les rencontres avec les patients, avant chacun des ateliers de formation, permettaient à ceux-ci de recevoir du soutien, ce qui contribuait à augmenter leur sentiment de confiance. Dans cette même étude, les instigateurs demeuraient disponibles en tout temps pour répondre aux questions des patients par téléphone et par courriel. Le courriel permettait aussi d'envoyer des documents relatifs au projet et de favoriser l'implication des patients dans différentes phases du projet. Il serait aussi conseillé, selon ces auteurs, de vérifier dès le départ auprès des patients dans quelle mesure ils souhaitent s'impliquer dans le projet et, en conséquence, de moduler leur accompagnement en leur fournissant une information claire sur une base régulière. Dans le même sens, une autre étude (Doucet *et al.*, 2012) émet trois recommandations sur ce type de séance préparatoire visant à faciliter l'implication des usagers : (a) leur offrir une séance d'orientation ou des formations en fonction de leurs besoins (p. ex. : sur les politiques de l'établissement, les connaissances scientifiques, l'utilisation d'une plateforme en ligne ou d'un logiciel) ; (b) leur fournir les supports nécessaires (p. ex. équipements technologiques, logiciels) ; (c) s'assurer que l'initiative se réalise dans des lieux accessibles.

Un deuxième facteur facilitant l'implication des usagers dans la formation concerne la sélection d'usagers détenant certaines capacités. Des conditions permettraient de maximiser leur implication et de faire en sorte que l'expérience soit à la fois positive pour les usagers et bénéfique pour les apprenants. Il est ainsi suggéré de recruter des personnes détenant des

capacités de réflexivité, une expertise personnelle ou professionnelle concernant la matière à transmettre et des habiletés pédagogiques pour le faire, le tout en s'assurant que les tâches éducatives leur sont attribuées selon leurs compétences, champs d'intérêts ou aspirations (Spencer *et al.*, 2011 ; Towle *et al.*, 2014). Enfin, un troisième facteur touche la reconnaissance de l'implication des usagers et de leur contribution à l'initiative de formation. Pour ce faire, une compensation financière et une communication régulière avec eux, afin de les tenir au courant des avancées de l'initiative, sont recommandées (Doucet *et al.*, 2012 ; Spencer *et al.*, 2011 ; Towle *et al.*, 2014).

## DISCUSSION

La recension réalisée met en lumière trois observations principales en réponse à la question de départ, laquelle visait à cerner les principales caractéristiques pédagogiques des formations interprofessionnelles destinées aux professionnels de la santé pour optimiser les pratiques de soins centrés sur le patient. La première est que les initiatives mobilisant à la fois une approche interdisciplinaire et une perspective de soins centrés sur la personne ont toutes une structure semblable, et que celle-ci apparaît efficace pour inciter les professionnels à optimiser leurs pratiques de collaboration interprofessionnelle centrées sur le patient. Toutes les études recensées proposent une combinaison d'au moins deux modalités, soit une associée à la transmission théorique des connaissances, et une deuxième associée à la mise en application de celles-ci. La combinaison de ces deux types de modalités semble encourager une approche réflexive favorable à l'optimisation des pratiques cliniques. Les stratégies pédagogiques de mise en action des savoirs théoriques renforceraient le sentiment de confiance des professionnels et les inciteraient à appliquer ces connaissances dans leur pratique. Ainsi, les activités favorisant le développement d'une pensée critique et les exercices de mise en situation semblable à celles rencontrées dans leur pratique clinique consolideraient cette assurance.

La deuxième observation principale est la pertinence des mises en situation pour mobiliser les ressources internes des apprenants dans l'acquisition de savoir-faire et de savoir-être en présence de situations complexes de soins interpellant l'interdisciplinarité. De fait, plusieurs études retenues faisaient usage de mises en situation par le biais de vignettes cliniques sous forme vidéo ou écrite pour la partie interactive de leur formation (Carr *et al.*, 2012; Hoffmann *et al.*, 2014; Légaré *et al.*, 2012; Lespérance *et al.*, 2014). Or les vignettes cliniques sont couramment utilisées dans le domaine de la santé et des services sociaux afin d'illustrer différents contextes de pratique. L'intérêt, depuis plusieurs années, pour ce type de stratégie provient du fait qu'il existe un intérêt démontré de la part des professionnels de la santé à réfléchir à leur pratique en contexte de formation continue, et ce à partir de situations semblables à celles qu'ils rencontrent sur le terrain (Stacey *et al.*, 2014). Le fait que de nombreuses études ayant eu recours à cette modalité ont observé des impacts positifs sur les participants qui ont développé une pratique réflexive permet de croire en la pertinence de les utiliser en contexte de CIP. Ceci rejoint d'ailleurs les résultats de l'étude de Stacey et ses collaborateurs (2014), qui ont développé un processus systématique de création de vignettes pour illustrer la PDP en contexte de CIP. Les résultats soulignent la pertinence d'utiliser cette modalité pour sensibiliser les apprenants à l'importance de la CIP en contexte de PDP, au moment de l'utiliser et à la manière de le faire. Le fait de présenter des situations similaires à celles vécues au cours de la formation favoriserait aussi l'intégration de cette façon de faire dans la pratique après la formation.

Enfin, la troisième observation principale concerne l'implication active des usagers dans les formations interprofessionnelles de soins centrés sur la personne. Un certain nombre des études recensées semble démontrer que l'implication des usagers dans la formation permet l'établissement d'une relation dynamique mutuelle entre les professionnels et les usagers, dans le cadre de laquelle les professionnels sont encouragés à acquérir des connaissances, des

attitudes et des compétences pertinentes au développement d'une pratique professionnelle qui favorise l'engagement des patients dans la prise de décision. Towle et Godolphin (2011) suggèrent notamment que les professionnels qui bénéficient d'une formation en présence d'usagers apprennent alors directement de l'expérience partagée par ceux-ci, ce qui leur permet d'aller au-delà d'une représentation essentiellement théorique de leurs réalités.

La présente recension présente un niveau de preuve modéré, puisque les études recensées contiennent certaines limites. D'abord, le petit nombre de participants par étude et la faible hétérogénéité de ceux-ci constituent des limites importantes, identifiées comme telles dans les études elles-mêmes. De façon plus spécifique, certaines études ont un nombre peu élevé de répondants, ce qui affecte la généralisation des résultats présentés (Carr *et al.*, 2012; Cooper et Spencer-Dawe, 2006). Barnes et ses collaborateurs (2006) soulignent dans le même sens que les résultats obtenus concernant les effets de l'implication directe des usagers dans le programme de formation n'ont pas été comparés avec un groupe témoin similaire sans l'implication d'usagers. Également, si l'intention des participants d'utiliser une approche de soins centrés sur la personne, la PDP semble se démarquer dans les résultats issus d'un certain nombre d'études recensées, aucune d'entre elles ne présente de données prospectives afin de vérifier si les changements observés se maintiennent dans le temps. Une autre limite des études recensées est le fait que peu d'entre elles décrivent de façon exhaustive les effets associés aux modalités pédagogiques utilisées; c'est pourquoi les résultats concernant les modalités ont dû être regroupés en fonction de leurs effets. Par exemple, il aurait été pertinent d'avoir davantage d'informations au sujet des effets sur les apprenants d'une approche de type cyberapprentissage, comparativement à l'enseignement magistral sur leurs apprentissages. De la même façon, plusieurs études ont eu recours à plus d'un professionnel pour animer la formation, mais les auteurs n'abordent pas les impacts de la formation offerte par

des professionnels de la santé issus du même milieu que les apprenants, et de la motivation de ces derniers à intégrer les connaissances dans leur pratique. Des études ultérieures devraient ainsi porter sur l'impact qu'ont les pairs formateurs sur la motivation des participants à adopter des pratiques de CIP centrée sur le patient afin de pouvoir mieux évaluer leur influence sur ces derniers.

Enfin, une autre limite de la recension est la difficulté à repérer des articles sur l'implication des patients dans la formation, en raison de la variété des termes utilisés pour identifier les experts reconnus sur la base d'un savoir d'expérience dans la littérature. En effet, certains auteurs utilisent le terme « patient », d'autres celui d'« usager », de « client » de « consommateur » ou encore d'« expert par l'expérience ». Cette difficulté semble pouvoir s'expliquer en raison d'une mésentente pour désigner les personnes dont l'expertise repose d'abord sur leur expérience. Alors que certains auteurs préfèrent utiliser le terme « patient » afin d'englober le plus de personnes possible (p. ex. : des personnes malades, avec des incapacités, utilisant ou ayant reçu des services, les proches actuels ou passés, etc.), d'autres jugent ce terme trop associé à la maladie et à une représentation passive de la personne. Bref, cette mésentente contribue à augmenter la confusion et la controverse quant aux termes à utiliser, et explique la variété de termes existant dans la littérature associée à cette stratégie (Walsh, 2013). Par ailleurs, ces différents termes n'incluaient pas toujours les proches. Ainsi, il est possible qu'une recension comparable à celle-ci puisse porter exclusivement sur les initiatives qui sollicitent l'implication active des proches dans la formation des professionnels et observer des éléments spécifiques qui ont échappé à la présente recension. Enfin, peu d'études portant spécifiquement sur l'engagement actif des patients dans la formation des professionnels en contexte de CIP ont été recensées. Cela s'explique sans doute par la relative nouveauté des concepts de CIP et d'engagement actif des patients dans les curriculums de formation. Quoi qu'il en soit, il y aurait avantage

à mener des études prospectives afin de vérifier la portée à long terme de ces formations.

## CONCLUSION

L'utilité de la présente recension réside dans l'éclairage qu'elle apporte sur les différentes modalités de formation recommandées pour optimiser les pratiques de CIP centrées sur le patient. Les résultats montrent l'importance d'exposer les participants aux données probantes, ainsi que de les faire participer à des activités pratiques pour favoriser l'appropriation et l'application des nouvelles connaissances à leur pratique. La CIP centrée sur la personne et les approches de PDP qui en découlent sont relativement récentes, d'où le peu d'études susceptibles de dégager des évidences sur la portée à long terme des formations visant l'optimisation de telles pratiques. Le nombre restreint d'études recensées indique que malgré la popularité de la PDP et des autres approches de soins centrés sur le patient, encore peu de formations de CIP orientée spécifiquement sur l'amélioration des soins aux patients ont fait l'objet de publications à ce jour. Il semble par ailleurs que la participation des pairs cliniciens dans une perspective interdisciplinaire présente un avantage. Notre recension montre la pertinence de former les différents professionnels au sein d'une formation commune, pour qu'ils développent leurs réflexes de collaborer et leurs capacités à communiquer efficacement. Les organisations devraient également mettre en place des occasions de rencontre des différents professionnels pour favoriser le travail d'équipe. Dans le même sens, considérant les impacts positifs des usagers sur la motivation des professionnels à optimiser leur pratique de soins centrés sur la personne, des efforts devraient être investis afin de mettre en place des mécanismes facilitant l'embauche, la formation, la communication et la reconnaissance des experts par l'expérience dans la formation des professionnels.

Enfin, la synthèse des connaissances réalisée dans le cadre de la présente recension a été mise à

contribution dans le développement du cadre pédagogique d'une formation destinée aux professionnels de la santé portant sur le travail d'équipe interprofessionnelle en contexte de détermination du niveau de soins avec le patient et ses proches. Cette formation a été déployée auprès de deux équipes interprofessionnelles à Québec durant l'hiver 2018. Les résultats quant à l'utilité et à la satisfaction des participants à l'égard de cette formation sont à venir.

## REMERCIEMENTS

Merci au Fonds de recherche du Québec – société et culture (FRQ – SC), au Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval (CERSSPL-UL) et à la Fondation AFDU-Québec pour leur soutien financier.

## NOTES

1. Le terme anglophone *Scoping Review* est largement utilisé pour décrire ce type de recension.
2. Il est à noter que la prise de décision partagée (PDP) est une approche qui apporte une contribution importante à la pratique centrée sur le patient, c'est pourquoi elle est incluse dans les mots-clés utilisés et est abordée dans les résultats. La PDP était présente dans 7 des 18 publications retenues.
3. La compétence réfère ici à la mise en œuvre des savoirs, savoir-être et savoir-faire du professionnel dans une famille de situations. C'est l'acquisition de compétences qui permet au professionnel d'agir en situation complexe alors qu'il conjugue ces différents savoirs. La compétence s'acquiert notamment avec l'expérience dans l'action et la pratique réflexive (INSPQ, 2011).

## RÉFÉRENCES

- Arksey, H. et O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. doi: 10.1080/136455703200011961
- Bain, L., Kennedy, C., Archibald, D., Lepage, J. et Thorne, C. (2014). A training program designed to improve inter-professional knowledge, skills and attitudes in chronic disease settings. *Journal of Interprofessional Care*, 28(5), 419-425. doi:10.3109/13561820.2014.898622
- Barnes, D., Carpenter, J. et Dickinson, C. (2006). The outcomes of partnerships with mental health service users in interprofessional education: A case study. *Health and Social Care in the Community*, 14(5), 426-435. doi:10.1111/j.1365-2524.2006.00661.x
- Careau, E. (2013). *Processus de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux : proposition d'une grille d'observation des rencontres d'équipe interdisciplinaires*. [Thèse de doctorat]. Québec: Université Laval. Repéré à: [http://ariane25.bibl.ulaval.ca/ariane/wicket/recherche?recherche.lignes%5B0%5D.type=\\*%26recherche.lignes%5B0%5D.champ=emmanuelle+careau](http://ariane25.bibl.ulaval.ca/ariane/wicket/recherche?recherche.lignes%5B0%5D.type=*%26recherche.lignes%5B0%5D.champ=emmanuelle+careau).
- Carr, E. C. J., Worswick, L., Wilcock, P. M., Campion-Smith, C. et Hettinga, D. (2012). Improving services for back pain: Putting the patient at the centre of interprofessional education. *Quality in Primary Care*, 20(5), 345-353.
- Chan, E.A., Mok, E., Po-ying, A.H. et Man-chun, J.H. (2009). The use of interdisciplinary seminars for the development of caring dispositions in nursing and social work students. *Journal of Advanced Nursing*, 65(12), 2658-2667. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05121.
- Cooke, C., Gormley, J.G., Haughey, S. et Barry, J. (2017). Tracing the prescription journey: a qualitative evaluation of an interprofessional simulation-based learning activity. *Advances in Simulation*, 2(14), 1-8. doi:10.1186/s41077-017-0047-0
- Cooper, H. et Spencer-Dawe, E. (2006). Involving service users in interprofessional education narrowing the gap between theory and practice. *Journal of Interprofessional Care*, 20(6), 603-617. doi:10.1080/13561820601029767
- Doucet, S., Andrews, C., Godden-Webster, A. L., Lauckner, H. et Nasser, S. (2012). The Dalhousie Health Mentors Program: Introducing students to collaborative patient/client-centered practice. *Journal of Interprofessional Care*, 26(Mars), 336-338. doi:10.3109/13561820.2012.680631
- El-Awaisi, A., Awaisu, A., El Jajj, M.S., Alemrayat, B., Al-Jayyousi, G. et Verjee, M.A. (2017). Delivering Tobacco Cessation Content in the Middle East Through Interprofessional Learning. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 81(5), article 91.
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS). (2006). *Le travail en équipe dans les services de santé : promouvoir un travail en équipe efficace dans les services de santé au Canada*. Repéré à [http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/teamwork-synthesis-report\\_f.pdf](http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/teamwork-synthesis-report_f.pdf)

- Furness, P. J., Armitage, H. et Pitt, R. (2011). An evaluation of practice-based interprofessional education initiatives involving service users. *Journal of Interprofessional Care*, 25(1), 46–52. doi:10.3109/13561820.2010.497748
- Hendricks-Ferguson, V. L., Kane, J. R., Pradhan, K. R., Shih, C.-S., Gauvain, K. M., Baker, J. N. et Haase, J. E. (2015). Evaluation of Physician and Nurse Dyad Training Procedures to Deliver a Palliative and End-of-Life Communication Intervention to Parents of Children with a Brain Tumor. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 32(5), 337–347. doi.org/10.1177/1043454214563410
- Hoffmann, T. C., Bennett, S., Tomsett, C. et Del Mar, C. (2014). Brief training of student clinicians in shared decision making: A single-blind randomized controlled trial. *Journal of General Internal Medicine*, 29(6), 844–849. doi.org/10.1007/s11606-014-2765-5
- Kim, Y. M., Kols, A., Martin, A., Silva, D., Rinehart, W., Prammawat, S. et Church, K. (2005). Promoting Informed Choice: Evaluating a Decision-Making Tool for Family Planning Clients and Providers in Mexico. *International Family Planning Perspectives*, 31(4), 162–171. doi.org/10.1363/3116205
- Institut de recherche en santé du Canada. (2011). *Stratégie de recherche axée sur le patient du Canada*. Repéré à [http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/documents/P-O\\_Research\\_Strategy-fra.pdf](http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/documents/P-O_Research_Strategy-fra.pdf)
- Institut national de santé publique (INSPQ). (2010). *Vieillesse de la population, état fonctionnel des personnes âgées et besoins futurs en soins de longue durée au Québec*. Repéré à [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1082\\_VieillessePop.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1082_VieillessePop.pdf)
- INSPQ. (2011). *L'approche par compétences Un levier de changement des pratiques en santé publique au Québec*. Repéré à [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1228\\_ApprocheCompetences.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1228_ApprocheCompetences.pdf)
- Légaré, F., Politi, M. C., Drolet, R., Desroches, S., Stacey, D. et Bekker, H. (2012). Training health professionals in shared decision-making: An international environmental scan. *Patient Education and Counseling*, 88(2), 159–169. doi:10.1016/j.pec.2012.01.002
- Légaré, F., Ratté, S., Gravel, K. et Graham, I. D. (2008). Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: Update of a systematic review of health professionals' perceptions. *Patient Education and Counseling*, 73(3), 526–535. doi:10.1016/j.pec.2008.07.018
- Légaré, F., Stacey, D., Brière, N., Robitaille, H., Lord, M.-C., Desroches, S. et Drolet, R. (2014). An interprofessional approach to shared decision making: an exploratory case study with family caregivers of one IP home care team. *BMC Geriatrics*, 14(1), 83. doi:10.1186/1471-2318-14-83
- Lespérance, M., Shannon, R., Pumphrey, P. K., Dunbar, E., Genter, R., Coleman, C. L. et Colón-Otero, G. (2014). Training mid-level providers on palliative care: Bringing advanced directives and symptom assessment and management to community oncology practices. *American Journal of Hospice et Palliative Medicine*, 31(3), 237–243. <http://dx.doi.org.unicat.bangor.ac.uk/10.1177/1049909113486335>
- Mckeown, M., Malihi-Shoja, L., Hogarth, R., Jones, F., Holt, K., Sullivan, P. et Mather, M. (2012). The value of involvement from the perspective of service users and carers engaged in practitioner education: Not just a cash nexus. *Nurse Education Today*, 32(2), 178–184. doi:10.1016/j.nedt.2011.07.012
- Singer, Z., Fung, K., Lillie, E., McLeod, J., Scott, G., You, P. et Helleman, K. (2018). Interprofessional education day – an evaluation of an introductory experience for first-year students. *Journal of Interprofessional Care*, 32(3), 399–402. doi: 10.1080/13561820.2018.1433641
- Smith, R., Anderson, L. et Thorpe, L. (2006). *SWAP report: Interprofessional Education*. Southampton, UK.: Higher Education Academy. Subject Centre for Social Policy and Social Work.
- Spencer, J., Godolphin, W., Karpenko, N. et Towle, A. (2011). *Can patients be teachers? The Health Foundation Inspiring Improvement* (October), 1-75. Repéré à <http://www.health.org.uk/sites/default/files/CanPatientsBeTeachers.pdf>
- Stacey, D., Brière, N., Robitaille, H., Fraser, K., Desroches, S. et Légaré, F. (2014). A systematic process for creating and appraising clinical vignettes to illustrate interprofessional shared decision making. *Journal of Interprofessional Care*, 28(5), 453–459. doi:10.3109/13561820.2014.911157
- Towle, A., Brown, H., Hofley, C., Kerston, R. P., Lyons, H. et Walsh, C. (2014). The expert patient as teacher: An interprofessional Health Mentors programme. *Clinical Teacher*, 11(4), 301–306. doi:10.1111/tct.12222
- Towle, A. et Godolphin, W. (2011). A meeting of experts: the emerging roles of non-professionals in the education of health professionals. *Teaching in Higher Education*, 16(5), 495–504. <https://doi.org/10.1080/13562517.2011.570442>