



**L'utilisation des habiletés de pensée pour mieux  
collaborer : développement, implantation et évaluation  
d'une approche de pratique réflexive en formation  
interprofessionnelle**

**Thèse**

**Amélie Richard**

**Doctorat en médecine expérimentale**  
Philosophiæ doctor (Ph. D.)

Québec, Canada

© Amélie Richard, 2021

**L'utilisation des habiletés de pensée pour  
mieux collaborer : développement,  
implantation et évaluation d'une approche de  
pratique réflexive en formation  
interprofessionnelle**

**Thèse**

**Amélie Richard**

Sous la direction de :

Emmanuelle Careau, directrice de recherche  
Mathieu Gagnon, codirecteur de recherche

# Résumé

## Contexte

La collaboration interprofessionnelle (CIP) s'impose maintenant comme une façon incontournable d'offrir des services concertés, coordonnés et cohérents aux personnes, aux proches et aux communautés. La formation interprofessionnelle (FIP) est une approche d'enseignement permettant à des apprenants d'au moins deux disciplines d'apprendre en interaction les uns avec les autres dans une visée d'amélioration de la collaboration et d'optimisation des soins et services. Il existe cependant de nombreux défis à la mise en place d'initiatives de la FIP. Au-delà des difficultés logistiques, différents enjeux psychosociaux peuvent survenir : rapports hiérarchiques entre les groupes d'étudiants, barrières communicationnelles, confrontation d'identités professionnelles ou de philosophies de soins, etc. L'une des voies les plus prometteuses pour faire face à ces enjeux est le recours à la pratique réflexive. La pratique réflexive est reconnue comme étant un facteur clé dans la formation des futurs professionnels en santé et services sociaux. Si son importance est de plus en plus soutenue, on retrouve cependant encore peu d'écrits à ce sujet et les initiatives mises en place sont souvent peu opérationnalisées, non fondées théoriquement ou pauvrement documentées.

## Objectifs

L'objectif général de la thèse vise donc à développer une approche de pratique réflexive adaptée à la FIP et fondée théoriquement afin d'outiller les facilitateurs dans leur rôle et de soutenir la collaboration et les discussions interprofessionnelles entre les participants. Cinq objectifs spécifiques en découlent : 1) Examiner la pertinence au plan théorique et pratique, de la pratique réflexive dans un contexte de FIP; 2) Identifier les principes et caractéristiques à mettre en place pour développer une approche de pratique réflexive fondée théoriquement et adaptée à la FIP; 3) Élaborer une approche de pratique réflexive adaptée à la FIP fondée sur les principes et caractéristiques identifiés; 4) Implanter l'approche de pratique réflexive développée en contexte de FIP auprès des facilitateurs et des participants et 5) Évaluer les retombées de l'implantation de l'approche développée auprès des facilitateurs et des participants.

## Méthodes

Le projet s'appuie sur un devis de recherche action collaborative basé sur une méthodologie de design pédagogique par prototypage issu de l'approche ADDIE (*Analysis, Design,*

*Development, Implementation, Evaluation*), qui comprend des cycles d'analyse, de design, de développement et se termine par une implantation et une évaluation. L'analyse s'est déclinée en trois méthodes : recension réaliste des écrits sur la pratique réflexive en CIP et en FIP, discussion focalisée auprès de facilitateurs impliqués en FIP et analyse de discussions interprofessionnelles entre des étudiants dans un cours de FIP. Des phases de pré-test ont mené au raffinement d'un prototype final. L'implantation de l'approche a été effectuée dans un cours de FIP à l'Université Laval au Québec, Canada. L'évaluation des retombées de l'approche a été basée sur trois méthodes : questionnaire pré-post sur le sentiment d'efficacité personnelle (SEP) envers le soutien des pratiques collaboratives (SEP-CIP) et discussion focalisée chez les facilitateurs et analyse de discussions interprofessionnelles entre les étudiants.

## **Résultats**

Le projet a mené au développement d'une approche de pratique réflexive adaptée à la FIP intégrant un enseignement explicite du raisonnement (déductif et inductif) et l'utilisation d'habiletés de pensée ciblées pour leur pertinence dans le contexte. Suite à l'implantation de l'approche, les facilitateurs ont développé une plus grande aisance et confiance dans leur rôle et ont appris à diversifier leurs façons d'intervenir en réponse aux besoins des étudiants. Les étudiants, pour leur part, ont appris à questionner leurs collègues et à explorer différentes perspectives, ce qui n'était pas le cas avant l'implantation alors qu'ils arrivaient à des consensus sans examen ou évaluation des différentes propositions et sans exploration du rationnel les sous-tendant. Les étudiants ont appris à expliciter le raisonnement et les hypothèses sur lesquelles ils s'appuyaient dans leurs propositions et à construire, ensemble, un raisonnement clinique collaboration permettant une réponse plus cohérente et concertée aux besoins de la personne.

## **Conclusion**

L'enseignement explicite et l'utilisation du raisonnement et des habiletés de pensée en FIP permettent de mobiliser une pratique réflexive collaborative en cours de discussion interprofessionnelle. L'utilisation des habiletés de pensée permettent à l'équipe de se remettre en question et de cheminer vers un but commun en conciliant les différents points de vue. La rigueur du dialogue qui en découle permet en ce sens de discuter des cas cliniques dans une perspective centrée sur les besoins de la personne et de ses proches.

# **Abstract**

## **Context**

Interprofessional collaboration (IPC) is now established as a necessary way to provide concerted, coordinated, and consistent services to individuals, families, and communities. Interprofessional education (IPE) is a teaching approach that allows students from two or more professions to learn by interacting with each other in order to improve collaboration and optimize care and services. However, implementing IPE initiatives comes up against numerous difficulties. Aside from the challenge of logistics, various psychosocial issues can arise, including hierarchical relationships between groups of students, communication barriers, and confrontation of professional identities or philosophies of care. One of the most promising ways to address these issues is the use of reflective practice. Reflective practice is considered to be a key factor in the training of future health and social services professionals. Despite a growing recognition of its importance, the literature on the subject is still scarce and the initiatives implemented are often hardly operationalized, theoretically unfounded, or poorly documented.

## **Aims**

The general objective of the thesis is therefore to develop a theoretically grounded reflective practice approach that is tailored to the needs of IPE in order to support facilitators in their role and to promote interprofessional collaboration and discussion among participants. This overarching purpose translates into five specific objectives: 1) Examining the theoretical and practical pertinence of reflective practice in the IPE context; 2) Identifying the principles and characteristics that should underlie the development of a reflective practice approach in order to ensure that it is theoretically sound and suited to IPE; 3) Developing an IPE-specific reflective practice approach based on the principles and characteristics identified; 4) Implementing the reflective practice approach developed with facilitators and participants in a context of IPE; and 5) Evaluating the impact of the approach implemented on facilitators and participants.

## **Methods**

The project is based on collaborative action research using a pedagogical design-based research methodology through prototyping derived from the ADDIE approach (Analysis, Design, Development, Implementation, Evaluation), which includes cycles of analysis, design, development, and finally implementation and evaluation. The analysis was carried

out using three methods: realistic review of the literature on reflective practice in IPC and IPE, focus group discussion with facilitators involved in IPE, and analysis of interprofessional discussions among students in the context of an IPE course. The prototype was fine-tuned following pre-testing. The approach developed was implemented in an IPE course at Laval University in Québec City, Canada. Three different methods were used to evaluate the impact of the approach: pre-post questionnaire on self-efficacy, focus group discussion among facilitators, and analysis of interprofessional discussions among students.

## **Results**

The project led to the development of a reflective practice approach that is suited to IPE and that integrates explicit teaching of reasoning (deductive and inductive) and use of a number of thinking skills targeted for their relevance to the context. Following the implementation of the approach, facilitators developed greater ease and confidence in their role and learned to diversify their ways of responding to student needs. Students, for their part, began to explore their colleagues' perspectives and ask questions, in contrast to how they proceeded before the implementation of the approach, i.e. arriving at a consensus without examining and evaluating the various views, or exploring the rationale behind the proposals on hand. Students also learned to make explicit the reasoning and assumptions on which they based their suggestions and to build, together, collaborative clinical reasoning that is conducive to a more consistent and concerted response to the needs of the individual.

## **Conclusion**

Explicit teaching and the use of reasoning and thinking skills in IPE foster the development of collaborative reflective practice in interprofessional discussion. The use of thinking skills enables the members of a team to challenge themselves and move toward a common goal by bridging differing perspectives. The rigour of the resulting dialogue contributes to centering the discussion of clinical cases on the needs of the individual and his or her friends and family.

# Table des matières

Résumé .....	iii
Abstract .....	v
Table des matières .....	vii
Liste des tableaux.....	xiii
Liste des figures.....	xiv
Liste des abréviations .....	xv
Remerciements.....	xvii
Avant-propos .....	xx
Introduction générale .....	1
Chapitre 1 : État des connaissances.....	5
1.1 La formation interprofessionnelle.....	5
1.1.1 Fondements théoriques et caractéristiques de la formation interprofessionnelle	8
1.1.2 Retombées et impacts de la formation interprofessionnelle .....	12
1.1.3 Les données probantes sur la FIP .....	16
1.1.4 Défis et les conditions favorables associés au développement et à l'implantation de la FIP .....	17
1.2 La pratique réflexive .....	25
1.2.1 Origine du concept de pratique réflexive .....	25
1.2.2 Définition de Schön.....	26
1.2.3 Présupposés de la proposition de Schön .....	26
1.2.4 Autres définitions de la pratique réflexive .....	30
1.2.5 Éléments constitutifs de la pratique réflexive.....	32
1.2.6 Modèles de pratique réflexive .....	36
1.2.7 Évaluation des retombées et impacts de la pratique réflexive.....	40
1.2.8 Les défis et conditions favorables liés à la pratique réflexive .....	41
1.3 La pensée critique .....	46
1.3.1 Conception historique de la pensée critique.....	47
1.3.2 Modèle conceptuel de Davies (2015).....	49
1.3.3 Définition de l'Association américaine de philosophie .....	55
1.4 Présupposés de la conception de la pratique réflexive à la base du projet doctoral	57
1.5 Pratique réflexive, pensée critique et formation interprofessionnelle en sciences de la santé : un croisement porteur pour le projet doctoral .....	59
Chapitre 2. Objectifs de la thèse et méthodologie .....	62
2.1 Objectifs de la thèse.....	62
2.2 Considérations méthodologiques générales .....	63

2.3 Éthique.....	63
2.4 Devis méthodologique.....	64
2.5 Phase 1 - Développement.....	66
2.5.1 Cycle 1.....	67
2.5.2 Cycle 2.....	68
2.5.3 Cycle 3.....	70
2.6 Phase 2 - Implantation.....	70
2.7 Phase 3 - Évaluation.....	71
2.8 Conclusion.....	71
Chapitre 3. Using reflective practice in interprofessional education and practice: a realist review of its characteristics and effectiveness.....	72
3.1 Résumé.....	73
3.2 Abstract.....	74
3.3 Introduction.....	75
3.3.1 Background.....	75
3.4 Methods.....	77
3.4.1 Review objectives.....	77
3.4.2 Inclusion criteria.....	77
3.4.3 Data collection.....	78
3.4.4 Data extraction.....	78
3.4.5 Data analysis.....	78
3.5 Findings.....	81
3.5.1 Effectiveness of reflective practice interventions.....	81
3.5.2 Characteristics of reflective practice interventions.....	88
3.6 Discussion.....	90
3.6.1 Reflective practice effectiveness in the context of IPECP.....	91
3.6.2 Characteristics of reflective practice interventions.....	91
3.6.3 Precise criteria and recognized reflective process.....	91
3.7 Strengths and limitations of this study.....	94
3.8 Concluding comments.....	95
3.9 Acknowledgements.....	95
3.10 Declaration of Interest.....	95
3.11 Funding.....	96
3.13 References.....	97
Chapitre 4: Using thinking skills to support the work of interprofessional education facilitators: A theoretical proposal based on the analysis of facilitators' experience.....	102
4.1 Résumé.....	103



4.2 Abstract.....	104
4.3 Introduction .....	105
4.3.1 Background.....	105
4.4 Methods .....	107
4.4.1 Objectives .....	107
4.4.2 Context .....	107
4.4.3 Data collection .....	107
4.4.4 Data analysis .....	108
4.5 Results .....	108
4.5.1 Difficulties observed in students.....	108
4.5.2 Types of interventions carried out by facilitators.....	111
4.5.3 Challenges faced by facilitators.....	112
4.6 Discussion.....	113
4.6.1 Looking for the right answer... or discomfort in the face of uncertainty .....	114
4.6.2 Motivation .....	114
4.6.3 Authentic dialogue and differences of opinion .....	115
4.6.4 Experience and heterogeneity of participants.....	115
4.6.5 Reasoning and thought organization.....	116
4.6.6 Co-construction of the interprofessional clinical approach.....	116
4.6.7 Uncertainty and active learning .....	117
4.7 Limitations .....	117
4.8 Conclusion .....	118
4.9 Declaration of interest.....	118
4.10 Acknowledgements .....	118
4.11 Funding .....	119
4.12 Appendice .....	119
4.13 References.....	120
4.14 Appendice 1 .....	126
Chapitre 5: A theoretical inquiry of collaborative clinical reasoning: Thinking skills to help navigate through the complexity of collaborative clinical reasoning.....	128
5.1 Résumé.....	129
5.2 Abstract.....	130
5.3 Introduction .....	131
5.4 Background.....	131
5.5 Methods .....	132
5.6 Results: Description of the stages and associated thinking skills.....	133
5.6.1 Clarifying the common goal (Stage A.1).....	134

5.6.2 Clarifying each team member's professional role (Stage A.2) .....	134
5.6.3 Sharing clinical data (Stage A.3) .....	135
5.6.4 Synthesizing the situation (Stage A.4).....	136
5.6.5 Identifying one or several priority issues (Stage B.1).....	137
5.6.6 Formulating one or several common objectives (Stage B.2) & Identifying interventions (Stage B.3) .....	140
5.7 Discussion.....	144
5.7.1 Asking questions and reflective practice .....	144
5.7.2 Explicit teaching and the practice of thinking skills .....	145
5.7.3 Facilitator training.....	145
5.7.4 Thinking skills and attitudes .....	146
5.7.5 Conditions for the integration of thinking skills.....	146
5.8 Limitations .....	147
5.9 Conclusion .....	148
5.10 Declaration of interest.....	148
5.11 Funding .....	148
5.12 References.....	149
Chapitre 6: Analysis of thinking skills mobilized by Health sciences students: A window on the challenges of clinical reasoning in an interprofessional context.....	154
6.1 Résumé.....	155
6.2 Abstract.....	156
6.3 Introduction .....	157
6.4 Objectives .....	159
6.5 Methods .....	159
6.5.1 Recruitment and data collection .....	159
6.5.2 Data analysis .....	160
6.6 Results .....	160
6.6.1 Clarifying the common goal.....	162
6.6.2 Sharing clinical data.....	162
6.6.3 Synthesis of the situation .....	163
6.6.4 Identifying the priority issue.....	163
6.6.5 Formulating common objectives.....	164
6.7 Discussion.....	168
6.7.1 Collaborative Clinical Reasoning?.....	168
6.7.2 About other perspectives.....	168
6.7.3 Thinking skills and critical thinking .....	169
6.7.4 Influence of the academic context.....	169

6.7.5 Considerations for developing an educational initiative .....	170
6.8 Limitations of the study .....	170
6.9 Conclusion .....	171
6.10 Declaration of interest.....	172
6.11 Funding .....	172
6.12 References.....	173
Chapitre 7: Élaboration et implantation de l'approche de pratique réflexive (résultats supplémentaires) .....	177
7.1 Principes à la base de l'approche élaborée .....	177
7.1.1 Fondements théoriques .....	177
7.1.2 Approche consciente .....	177
7.1.3 Explicitation et infusion.....	178
7.1.4 Réflexion menée en équipe .....	178
7.1.5 Habiletés de pensée et de raisonnement .....	178
7.1.6 Facilitateurs formés.....	179
7.2 Approche développée.....	179
7.2.1 Contexte d'implantation.....	179
7.2.2 Modifications apportées .....	180
7.3 Formation des facilitateurs .....	182
8.1 Précisions méthodologiques (questionnaire sur le SEP-CIP).....	183
8.1.1 Choix de l'outil .....	183
8.1.2 Population.....	184
8.1.3 Analyses .....	186
8.2 Résultats .....	186
8.3 Précisions méthodologiques : discussion focalisée auprès des facilitateurs .....	189
8.3.1 Cueillette des données.....	189
8.3.2 Analyse des données.....	189
8.4 Résultats .....	189
8.4.1 Impacts observés chez les étudiants.....	190
8.4.2 Impacts chez les facilitateurs .....	192
8.4.3 Appréciation des changements .....	193
8.4.4 Développement des compétences .....	194
8.5 Précisions méthodologiques : analyse de discussions post-implantation.....	197
8.6 Rappel des résultats pré-implantation .....	197
8.7 Résultats .....	198
8.7.1 Clarification du but commun.....	199
8.7.2 Partage des données cliniques .....	200

8.7.3 Synthèse de la situation .....	204
8.7.4 Détermination du problème prioritaire .....	204
8.7.5 Formulation des objectifs communs .....	206
Chapitre 9. Discussion générale .....	210
9.1 Retour sur les résultats de la thèse .....	210
9.2 Retombées théoriques de la thèse doctorale.....	213
9.3 Retombées de la thèse doctorale sur les pratiques pédagogiques et professionnelles .....	217
9.4 Retombées méthodologiques de la thèse doctorale .....	220
9.5 Limites et forces de la thèse .....	222
9.6 Perspectives de recherche .....	224
Conclusion générale .....	228
Bibliographie.....	229
Annexe A. Schéma conceptuel de la pensée critique (Davies, 2015).....	244
Annexe B. Formulaires .....	246
Annexe C. Documents pédagogiques (FIS-4102, Été 2019).....	254
Annexe D. Questionnaires .....	271
Annexe E. Preuves de soumission des articles au <i>Teaching and Learning in Medicine</i> . .....	276

## Liste des tableaux

<b>Tableau 1:</b> Définitions de la FIP .....	7
<b>Tableau 2:</b> Jet Classification of Outcomes* .....	13
<b>Tableau 3:</b> Définitions de la pratique réflexive .....	30
<b>Tableau 4:</b> Description of outcomes according to the Jet Classification of IPE outcomes. 80	
<b>Tableau 5:</b> Description of design, sample, objectives, setting, methods and evaluation tools for each selected article .....	82
<b>Tableau 6:</b> Article quality evaluation .....	85
<b>Tableau 7:</b> Examples of quotations.....	126
<b>Tableau 8:</b> Stages of an interdisciplinary meeting .....	133
<b>Tableau 9:</b> Thinking skills' definitions and identification in CCR Stages .....	142
<b>Tableau 10:</b> Participant demographics by team.....	161
<b>Tableau 11:</b> Thinking skills considered relevant for each stage of the CCR process, illustrated by examples of verbatim transcripts, and how often students used them in interprofessional case discussion. ....	166
<b>Tableau 12:</b> Items correspondant à chaque catégorie du questionnaire sur la mesure du SEP-CIP .....	184
<b>Tableau 13:</b> Données démographiques des facilitateurs ayant complété le questionnaire sur le SEP-CIP .....	185
<b>Tableau 14:</b> Niveaux de confiance associés aux scores obtenus au questionnaire sur la mesure du SEP-CIP .....	186
<b>Tableau 15:</b> Résultats au questionnaire sur le SEP-CIP .....	187
<b>Tableau 16:</b> Scores moyens aux différentes composantes du questionnaire sur le SEP-CIP .....	188
<b>Tableau 17:</b> Données démographiques des participants par équipe (post-implantation)	199
<b>Tableau 18:</b> Fréquence moyenne des habiletés de pensée en pré/post intervention selon l'étape du processus.....	201
<b>Tableau 19:</b> Verbatim des habiletés de pensée en fonction des étapes .....	208

## Liste des figures

<b>Figure 1:</b> Phases du projet .....	65
<b>Figure 2:</b> Méthodologie de la phase 1 – Développement .....	67
<b>Figure 3:</b> Flow chart illustrating the selection of papers for the review.....	79
<b>Figure 4:</b> Critical thinking, reasoning, and thinking skills .....	158

## Liste des abréviations

CIP	Collaboration interprofessionnelle
CCR	Collaborative clinical reasoning
CPIS	Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé
DP	Dialogue philosophique
FIP	Formation interprofessionnelle
IPC	Interprofessional collaboration
IPE	Interprofessional education
OMS	Organisation mondiale de la santé
PD	Philosophical dialogue
RCC	Raisonnement clinique collaboratif
SEP	Sentiment d'efficacité personnelle
SEP-CIP	Sentiment d'efficacité personnelle dans le soutien des pratiques collaboratives
WHO	World Health Organization

*À mon père, qui depuis toujours, nourrit la curiosité et le goût d'apprendre.*

*À toutes ces personnes, familles, enfants, aînés, que j'ai rencontrées au fil des années  
et qui méritent des soins de qualité.*



# Remerciements

Mon premier remerciement va à ma « maman lionne », Emmanuelle. Franche, brillante, dévouée, soutenance sans être complaisante, à l'écoute sans être obligeante, et surtout, prête à déplacer des montagnes pour m'aider à avancer : elle a été, à tout point de vue, la directrice parfaite pour moi. Emmanuelle m'a fait grandir comme chercheuse, enseignante, formatrice, coordonnatrice et elle m'a permis de développer la confiance dont j'avais besoin pour maintenant voler de mes propres ailes. Je quitte le nid sans regret, mais avec un certain pincement au cœur. Merci Emmanuelle.

Mon deuxième remerciement va à Mathieu, qui a fait preuve d'une générosité extraordinaire, une générosité qui ne se compte pas seulement en temps, mais en engagement sincère. Plus d'une fois il m'a fait douter, m'a amenée à me questionner, à me requestionner, à approfondir et souvent... à tout recommencer! Bref, il m'a fait plonger moi-même dans cet univers qu'est la réflexion... la pensée critique... la pensée réflexive... la métacognition... (J'avoue que je profite de cette section sans balises pour écrire tous ces termes sans les définir, douce revanche!) Merci Mathieu.

Je tiens également à remercier les membres de mon jury de thèse : madame Joyce Maman Dogba, madame Kathleen Lechasseur et monsieur Georges Kpazaï. Ce sont des personnes inspirantes, qui ont généreusement accepté d'évaluer mon travail de recherche. J'en suis sincèrement reconnaissante. Je remercie également les membres du comité d'évaluation de mon examen doctoral, qui m'ont aidée à faire évoluer mon projet : monsieur Luc Côté, monsieur Andrew Freeman et madame Joyce Maman Dogba. Un merci tout spécial à Luc qui a joué en quelque sorte le rôle de mentor auprès de moi. Merci.

Je souhaite maintenant remercier Audette, qui m'a permis de trouver ma place dans le monde académique, de m'y retrouver parmi les miens. C'était un cadeau inestimable. Merci également à madame Marie-Hélène Parizeau qui m'a accompagnée dans mes premiers pas vers le doctorat.

Merci à Mireille, Mira, Marianne et Véronique d'avoir écouté avec empathie... et incrédulité parfois, mes élucubrations sur la « prise en compte de la prise en charge ». Un merci tout spécial à Marianne qui a continué de me suivre pendant toutes ces années dans ce parcours (jusque dans mes bagages en congrès!). C'est sûrement la pire critique que la terre ait portée, mais certainement la meilleure amie pour m'accompagner. J'en profite pour

remercier au passage ces amis extraordinaires qui nous entourent et qui sont devenus, pour nous, une deuxième famille : Charles, Aurélie, Léa-Rose et Maélie, André, Caroline, Emma et Nathan, Julie, Marc-André et Ariane. Merci de votre présence et de votre soutien. Merci enfin à Julie, avec qui je rêvais dès six ans d'aller un jour à l'université.

Merci au cercle des fermières du doctorat, Anne, Catherine, Mélissa et Monica. Merci à tous les collègues de rédaction et merci, merci, merci mille fois à l'organisme Thèsez-vous qui a sauvé mon doctorat... ainsi que mon mariage en m'apprenant à travailler très fort, pour ensuite mériter de précieux moments de pause! Merci enfin à Mélissa, qui a fait partie de tout cela et bien plus encore. Merci Mélissa de m'avoir accompagnée plus particulièrement dans cette dernière année. Confinement ou pas, je ne me suis jamais sentie seule pour faire face à tout ce travail. Merci de ton amitié.

Merci aux étudiants ayant accepté de collaborer à ce projet. Merci aux personnes ressources du cours FIS-4102 qui ont été extrêmement généreuses. Un merci grand comme l'univers à Élise Milot, qui a ouvert les portes du cours dont elle était responsable pour plonger dans l'aventure qu'on lui proposait. Merci Élise d'avoir été présente pour moi. Ton écoute, ta considération, ton soutien, ta gentillesse ont énormément compté pour moi. Merci au RCPI et à Nathalie plus particulièrement pour le soutien et la confiance.

Merci aux différents collaborateurs qui ont croisé mon chemin au fil des années : Matthieu, merci de ta confiance et de la chance que tu m'as offerte. Merci aux intervenants de SPOT, à Marie-Claude et Julie, Josette, Samuel, Jean. Merci à tous mes merveilleux collègues du CRDI, de l'hôpital, du communautaire et de l'Université : Geneviève F., Marie-Claude, Geneviève R., Édith et Sylvie, Hélène, Amélie, Michelle, Mathieu, Karine, Pascale, Mathilde, Colette, Véronique, Elsa; Marianne, Françoise, Jacinthe, Mélanie et Anne-Marie; Lorraine, Anne-Isabelle, Anne, Geneviève et Sylvie et enfin, Suzie et Monique, Élisabeth et Nancy, Pascale, Annie, Annie et Sylvie P., Sylvie G., Anne-Marie et Marianne, Marie-Catherine, François, Jean-François, Gisèle, Nathalie. Merci à ceux que je n'ai pas pu mentionner. Vous avez tous, à votre façon, contribué à l'avancement de ma réflexion.

Merci à madame Aroa El Horani pour son travail professionnel et attentif à la traduction, à madame Isabelle Savard pour ses conseils sur la méthodologie, à Adrien et à Camille pour le coup de main dans le traitement des données et à Anne-Claire pour son aide avisée.

Je tiens maintenant à remercier ma famille, qui m'a si bien épaulée. Merci à mon frère, qui est un modèle de volonté et d'action. Merci à ma sœur, qui m'a aidée bien souvent à dédramatiser les aléas de mes aventures de doctorante, de maman, de conjointe, ...! Merci surtout Marie-Pierre pour ton écoute, ton intérêt et ton soutien. Merci à Guillaume pour ton écoute et ta compréhension. Et merci à mes parents, les gens les plus généreux que je connaisse, sans condition. Merci à toi papa de m'avoir si souvent demandé d'aller « chercher dans le dictionnaire ». Merci de m'avoir éveillée en pleine nuit pour me montrer une éclipse de lune et de m'avoir expliqué pourquoi la population de morues en Atlantique diminuait autant... Merci maman de m'avoir appris à savourer et à m'émerveiller de tout ce qui m'entoure et surtout, merci de m'avoir appris que j'étais « capable »! Si j'ai été heureuse chaque minute pendant ce doctorat, c'est en grande partie grâce à vous.

Merci à mes enfants. Marie-Lucille a appris à jouer près de moi et à lire une horloge alors qu'elle était toute petite afin de savoir quand était la « prochaine pause » de maman. Elle a développé une créativité exceptionnelle au fil des années et une routine qui rythme joyeusement mes journées de rédaction à la maison. Élianne a une façon bien unique de m'accompagner, de me soutenir. Son regard me couve d'une douceur infinie... et ses recettes, d'un amour sucré et moëlleux. Sous ses petits doigts de fée, les lattés se transforment en carburant magique pour doctorante. Madeline, lorsque j'ai débuté le doctorat, m'écrivait des petits mots d'amour pour m'encourager (qui sont toujours épinglés sur mon babillard). C'est une personne sur qui on peut compter, réellement. Je me sens privilégiée de pouvoir partager le « dernier droit » avec elle, un jour sur deux, COVID oblige! Victor-Auguste a été et demeure toujours attentif et à l'écoute, s'enthousiasmant au récit de chaque nouvelle expérience, compatissant aux difficultés et me félicitant à chaque avancement durement gagné. Il faut le côtoyer pour ressentir cette force tranquille qui l'habite et avec laquelle il nous enveloppe de tout son amour. Merci à vous quatre. Il n'y a jamais eu de doctorante qui se soit sentie plus soutenue par sa famille que je ne l'ai été.

Sébastien, tu es mes quatre causes. Tu es derrière chacune de ces pages. Ton amour et ton soutien conjuguent la terre et l'horizon. Tu nourris, tu inspires. Tu permets, tu décuples. Tantôt vent arrière, tantôt vent contraire, ton aide est toujours guide, support. Je le dis dans le doctorat : on réfléchit bien mieux « ensemble ». À certains moments, c'est par toi que j'y ai cru, que j'ai réussi à voir, à envisager. Tu es une force de mouvement (le premier?), une énergie de tous les possibles. Et tous ces possibles, tu les partages avec la plus grande des générosités, créateur d'univers. Merci infiniment.

## Avant-propos

Ce manuscrit constitue une thèse par insertion d'articles, c'est-à-dire qu'il combine à la fois des articles (publiés ou soumis) ainsi que des chapitres de facture traditionnelle. Quatre articles sont insérés dans la présente thèse :

Richard, A., Gagnon, M., Careau, E. (2018). Using reflective practice in interprofessional education and practice: a realist review of its characteristics and effectiveness. *Journal of Interprofessional Care*, 33(5), 424-436.

Richard, A., Yergeau, S., Gagnon, M., Careau, E. (2020). A theoretical inquiry of collaborative clinical reasoning: Thinking skills to help navigate through the complexity of collaborative clinical reasoning. Article soumis pour publication.

Richard, A., Gagnon, M., Yergeau, S., Careau, E. (2020). Using thinking skills to support the work of interprofessional education facilitators: A theoretical proposal based on the analysis of facilitators' experience. Article soumis pour publication.

Richard, A., Gagnon, M., Yergeau, S., Careau, E. (2020). Analysis of Thinking Skills Mobilized by Health Sciences Students: A Window on the Challenges of Clinical Reasoning in an Interprofessional Context. Article soumis pour publication.

Le premier article est inséré au chapitre 3. Il est présenté tel qu'accepté le 4 décembre 2018 par la revue *Journal of interprofessional Care*. Le second article, inséré au chapitre 4, est présenté tel que soumis le 22 octobre 2020. Le troisième article est inséré au chapitre 5 et est présenté tel que soumis le 9 novembre 2020. Le quatrième article est inséré au chapitre 6 et est présenté tel que soumis le 7 décembre 2020. Tous ont été soumis à la revue *Teaching and Learning in Medicine*. Les quatre articles ont été soumis en anglais et en respectant les normes de présentations de la revue. Les numéros des tableaux ont cependant été changés dans la thèse afin de respecter l'ordre de présentation. Les quatre articles ont été rédigés par Amélie Richard, qui en est l'auteure principale. Celle-ci a été responsable de la recension et de l'analyse des articles, de l'analyse de contenu théorique, des collectes de données, de l'analyse des données, de la rédaction et de la soumission aux fins de publication. Emmanuelle Careau et Mathieu Gagnon sont co-auteurs de l'ensemble des articles et ont participé activement à la révision, à la correction et à l'ajustement de plusieurs versions de ces derniers. Sébastien Yergeau est co-auteur de trois

des articles. Il a participé au développement et à la révision de ces derniers. Les quatre articles intégrés dans la thèse doivent pouvoir être consultés de façon indépendante, ce qui peut causer des répétitions d'informations entre les chapitres et une perception de redondance au lecteur. Les sections d'introduction des articles peuvent, par exemple, reprendre une portion de la théorie présentée au chapitre 1 de la présente thèse. De même, la discussion de la thèse reprend certaines thématiques abordées à l'intérieur des articles, mais dans une perspective de cohérence d'ensemble.

## Introduction générale

La collaboration interprofessionnelle (CIP) s'impose depuis plusieurs années comme une manière incontournable d'offrir des services concertés, coordonnés et cohérents aux besoins des personnes<sup>1</sup>, à leur entourage et aux communautés (Kuipers et al., 2014; Paradis et Reeves, 2013; Reeves et al., 2017). De plus, la CIP, en favorisant la coordination des connaissances, des habiletés et des compétences de différents professionnels<sup>2</sup>, constitue un moyen privilégié pour répondre à certains enjeux menaçant l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins prodigués mondialement : vieillissement de la population, augmentation des cas de maladies chroniques, complexification des tableaux cliniques impliquant de multiples comorbidités, etc. (Frenk et al., 2010; Paradis et Reeves, 2013; World Health Organization [WHO], 2010b). Ce faisant, la CIP permet à la fois d'améliorer les déterminants et les indices de santé et de bien-être, mais également de renforcer les systèmes dans lesquels elle s'inscrit (World Health Organization [WHO], 2010a). Il paraît ainsi primordial que les futurs professionnels soient bien préparés à jouer leur rôle de collaborateur, qui plus est, à l'intérieur de systèmes de plus en plus complexes (Reeves et al., 2016; WHO, 2010b). Ainsi, en plus d'avoir à développer et à maintenir leurs compétences cliniques disciplinaires pendant leur formation, les étudiants doivent également développer des compétences leur permettant de travailler de façon efficiente et harmonieuse avec d'autres professionnels pour offrir des services de qualité aux personnes (Freeth et al., 2005; Frenk et al., 2010; Reeves et al., 2016).

La formation interprofessionnelle (FIP) est une approche d'enseignement qui permet à des apprenants (étudiants ou professionnels en exercice) provenant d'au moins deux disciplines différentes d'apprendre en interaction les uns avec les autres dans une visée d'amélioration de la collaboration et, ultimement, d'optimisation des soins et services offerts aux personnes (Barr, 2002). La FIP repose notamment sur la prémisse selon laquelle les participants seront plus aptes à collaborer s'ils apprennent ensemble, par le biais d'activités interactives et collaboratives (Buring et al., 2009). La qualité de l'expérience offerte aux apprenants est

---

<sup>1</sup> Le terme « personne » est utilisé dans cette thèse pour désigner l'individu bénéficiant des soins et services offerts par une équipe interprofessionnelle. Ce terme inclut les formulations usuelles telles que « patient », « bénéficiaire », « client » ou « usager ».

<sup>2</sup> L'utilisation du genre masculin a été adoptée afin de faciliter la lecture et n'a aucune intention discriminatoire.

primordiale afin de favoriser leurs apprentissages et de soutenir une perspective positive à l'égard de la CIP (Barr et al., 2005). Il existe cependant de nombreux défis liés à la mise en place d'initiatives de FIP. Au-delà des difficultés inhérentes à la planification de formations demandant la coordination de plusieurs programmes, différents enjeux psychosociaux peuvent survenir : rapports hiérarchiques entre les groupes d'étudiants, barrières communicationnelles, confrontation d'identités professionnelles ou de philosophies de soins, etc. (Best et Williams, 2019; Olenick et al., 2010; Reeves et al., 2016; Roberts et al., 2018; Wackerhausen, 2009). Face à ces enjeux, il apparaît nécessaire de poursuivre l'amélioration des initiatives de FIP dans le but de favoriser une expérience optimale des étudiants (Frenk et al., 2010; Kvan, 2013; WHO, 2010b). Parmi les nombreux facteurs pouvant influencer la qualité de la FIP (Barr et al., 2008; Oandasan et Reeves, 2005a, 2005b; Reeves et al., 2013; Thistlethwaite, 2012). la formation des facilitateurs et la pratique réflexive ont été identifiées comme des avenues des plus prometteuses (Bainbridge et Wood, 2013; Barr et al., 2008; Clark, 2009; Frenk et al., 2010; Hall et Weaver, 2001; Kuipers et al., 2014; Thistlethwaite, 2012).

Les facilitateurs en FIP exercent un rôle central dans l'expérience des participants (Hammick et al., 2007; Hammick et al., 2009; Oandasan et Reeves, 2005b; Ruiz et al., 2013; Telford et Senior, 2017). Afin de bien remplir leur rôle, ils doivent développer une diversité de compétences dans différentes sphères, notamment en gestion d'équipes interprofessionnelles et en animation de discussions, de même que dans le soutien de la réflexion chez les participants (Drynan et Murphy, 2016; Hall et Zierler, 2015; Kelley et Aston, 2011; Oandasan et Reeves, 2005b; Olenick et al., 2010; Ruiz et al., 2013). À cet effet, la littérature souligne maintenant l'importance de la pratique réflexive pour mieux former et accompagner les facilitateurs dans leur rôle et favoriser des discussions interprofessionnelles approfondies et rigoureuses (Bainbridge et Wood, 2013; Barr et al., 2008; Clark, 2009; D'Eon, 2005; Frenk et al., 2010; Hall et Weaver, 2001; Kuipers et al., 2014; Thistlethwaite, 2012). La pratique réflexive est généralement considérée comme une réflexion portée sur la pratique (avant, pendant ou après) et visant l'amélioration de cette dernière (Caty et al., 2015; Finlayson, 2015; Mamede et Schmidt, 2004). En FIP, elle doit de plus favoriser une distanciation de son propre point de vue afin de considérer l'apport de l'autre (Clark, 2009; Wackerhausen, 2009). Si l'importance d'une pratique réflexive est généralement reconnue en FIP, l'efficacité d'une telle approche est encore peu soutenue empiriquement (Clark, 2009; Zarezadeh et al., 2009). De plus, les fondements théoriques de la pratique réflexive sont souvent peu explicités, voire absents (Caty et al., 2015; Kinsella,

2010b; Ng et al., 2015). Enfin, les initiatives de pratique réflexive en éducation médicale se réfèrent généralement à une réflexion a posteriori, souvent individuelle, qui s'avère peu adaptée à la FIP qui demande une réflexion collaborative dans l'action (*in action*) (Clark, 2009; Finlayson, 2015; Mamede et Schmidt, 2004; Zarezadeh et al., 2009). Les participants en FIP doivent effectivement être en mesure de réfléchir ensemble autour d'une situation clinique, d'explorer différentes perspectives et de conserver une distance critique face au processus qu'ils mettent en place (Blondon et al., 2017; Visser et al., 2020). Il n'existe actuellement pas, à notre connaissance, d'approche de pratique réflexive spécifiquement adaptée à la FIP, offrant des outils concrets aux participants et aux facilitateurs « dans l'action », et étant soutenue par des fondements théoriques précis et rigoureux. Établir les fondements théoriques et développer notre compréhension du phénomène de pratique réflexive en santé et services sociaux constitue en ce sens un impératif pour permettre éventuellement le développement de programmes de formation et d'enseignement en pratique réflexive en FIP bien conçus (Flood et al., 2019; Mamede et Schmidt, 2004).

La présente thèse vise donc à répondre à ces questions en examinant d'abord la pertinence théorique et empirique d'une telle approche, à déterminer les principes fondateurs et les meilleures pratiques à mettre en place le cas échéant, puis à évaluer les impacts de l'implantation d'une approche basée sur ces principes en contexte de FIP.

Cette thèse est composée de 9 chapitres. Le premier chapitre présente l'état des connaissances en lien avec les concepts fondamentaux de la thèse. Les meilleures pratiques en matière de FIP de même que les enjeux qui y sont rencontrés sont d'abord présentés. Les concepts de pratique réflexive et de pensée critique sont par la suite explorés. Le premier chapitre se termine avec la présentation des présupposés théoriques de la thèse et de différentes considérations pédagogiques qui influencent la suite du manuscrit.

Le deuxième chapitre présente les objectifs et la méthodologie globale du projet, à l'intérieur de laquelle s'insèrent les différents articles. Le projet doctoral s'appuie effectivement sur une méthodologie de design pédagogique inspirée par le modèle ADDIE (*Analysis, Design, Development, Implementation, Evaluation*) (Barab et Squire, 2004), qui comprend des cycles d'analyse, de design, de développement et se termine par l'implantation et l'évaluation.



Les troisième, quatrième, cinquième et sixième chapitres constituent des articles, dont un est publié et les trois autres, soumis pour publication dans une revue avec comité de pairs. Le premier article de la thèse présente une recension réaliste visant à décrire l'état actuel des connaissances en matière de pratique réflexive en CIP et en FIP. Pour ce faire, elle décrit des initiatives de pratique réflexive afin d'en extraire les caractéristiques principales, puis identifie des recommandations à mettre en place à cet effet. Le deuxième article rapporte les résultats d'une discussion focalisée menée auprès de facilitateurs impliqués en formation interprofessionnelle à l'Université Laval afin de documenter les défis auxquels ils font face dans leur rôle, les difficultés qu'ils perçoivent chez les étudiants et les interventions qu'ils mettent en place pour y répondre. Le troisième article se base sur une analyse théorique du processus de raisonnement clinique collaboratif (RCC) et des meilleures pratiques attendues afin d'identifier des habiletés de pensée qui paraissent pertinentes à son fonctionnement. Ce faisant, il permet de mettre en lumière la complexité des mécanismes sous-jacents au RCC en vue de favoriser l'apprentissage des étudiants en FIP. Le quatrième article rapporte les résultats d'une analyse de discussions réalisées par des équipes interprofessionnelles d'étudiants dans le cadre d'un cours de FIP offert à l'Université Laval. L'analyse des discussions permet d'identifier les habiletés de pensée utilisées spontanément par les étudiants lors d'un processus de RCC et de les mettre en parallèle avec les meilleures pratiques attendues. L'article se conclue en identifiant des recommandations à mettre en place afin de favoriser le soutien du RCC par l'intégration des habiletés de pensée en FIP.

Le septième chapitre présente les principes fondamentaux à partir desquels une approche de pratique réflexive a été implantée dans un cours de FIP offert à l'Université Laval et les changements ayant été apportés à ce dernier. Quelques documents relatifs aux modifications apportées sont placés en annexe de la thèse.

Le huitième chapitre présente des résultats supplémentaires portant sur l'évaluation de l'implantation de l'approche de pratique réflexive développée.

Le neuvième et dernier chapitre de la thèse prend la forme d'une discussion générale. Il présente une synthèse des principaux résultats de la thèse et en propose des pistes d'interprétation. Le chapitre se conclue par l'identification d'orientations possibles pour la poursuite de la recherche sur l'utilisation des habiletés de pensée et de l'enseignement explicite du raisonnement déductif et inductif en FIP et sur les avenues possibles de développement. Ce dernier chapitre est suivi par une brève conclusion qui clôt la thèse.

# Chapitre 1 : État des connaissances

Le présent chapitre vise à présenter l'état des connaissances théoriques et empiriques concernant les trois objets d'intérêt principaux auxquels cette thèse s'intéresse, soit la formation interprofessionnelle, la pratique réflexive et la pensée critique.

## 1.1 La formation interprofessionnelle

Les structures traditionnelles d'enseignement ont tendance à former les différents professionnels en santé et services sociaux de façon parallèle, à l'intérieur de silos disciplinaires (Olenick et al., 2010). Ce type de formation uniprofessionnelle favorise le développement d'une appartenance et d'une identité professionnelle fortes, ce qui risque, en contrepartie, d'ériger des frontières entre les professions (Best et Williams, 2019; Oandasan et Reeves, 2005b; Olenick et al., 2010). Ces frontières peuvent éventuellement devenir des obstacles à la bonne collaboration entre les différents groupes professionnels. De plus, cette façon de former la relève en santé et services sociaux conduit au risque de perpétuer des rapports hiérarchiques entre les professions et, ce faisant, de nuire à la communication et à la collaboration entre ces dernières (Olenick et al., 2010). Ces structures d'enseignement sont le fruit d'un héritage socio-culturel sous-tendu par le phénomène de la « professionnalisation », qui se réfère à la construction de l'identité professionnelle et à son évolution à travers le temps (Khalili et al., 2014). La professionnalisation avait d'abord comme objectif de « servir à sécuriser et à protéger des champs exclusifs de connaissances, de compétences et d'expertise » [traduction libre] (Khalili et al., 2014, 93). À partir des années '50 et par la suite, elle visait donc à « créer des frontières hiérarchiques entre les professions en soin » et à assurer un certain monopole de l'expertise. En médecine par exemple, l'une des cibles de la professionnalisation a été le « développement de l'autonomie médicale et de l'autorité de ses membres pour prendre le contrôle sur leur propre travail et sur l'organisation des soins » (Khalili et al., 2014, p.93). Cette professionnalisation a mené entre autres à une certaine hiérarchie entre les disciplines en santé et services sociaux. L'encadrement légal des professions et l'identification d'« actes réservés » a contribué au renforcement de ces monopoles et a accentué les frontières entre les professions. L'explosion des connaissances associées au monde médical a mené progressivement au développement de nouvelles professions, qui ont elles-mêmes recherché à affirmer un certain monopole et à apposer des frontières à leur expertise (Khalili et al., 2014). Ainsi, jusqu'à la fin des années '80, la professionnalisation a contribué au

développement d'identités professionnelles fortes se positionnant souvent en confrontation avec les autres professions dans des rapports hiérarchiques (Khalili et al., 2014; Thistlethwaite, 2012, 2016). Parallèlement, on a assisté à une complexification des soins, à l'augmentation des cas de comorbidité et à l'émergence de « patients connaisseurs », toujours plus exigeants face à des systèmes de soins de plus en plus surchargés. Vers la fin des années '80, des rapports de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ont commencé à indiquer que des déficiences dans la collaboration entre les différents professionnels ajoutaient une pression supplémentaire aux systèmes et nuisait à la qualité et à la sécurité des soins (Dickie, 2016; Thistlethwaite, 2016; World Health Organization [WHO], 1988). L'exigence d'améliorer la CIP devenait un objectif important à viser pour préserver les systèmes et la qualité des soins. Ce n'est par contre que vers la fin des années '90 que la FIP a été identifiée plus largement comme une façon privilégiée d'atténuer l'émergence et la fortification des frontières entre les professions et de sensibiliser les étudiants à l'apport des autres (Frenk et al., 2010; Oandasan et Reeves, 2005b). Le but premier de la FIP consiste en effet à former de futurs professionnels ayant les connaissances, habiletés et compétences pour devenir des professionnels qui travaillent ensemble et collaborent efficacement (Oandasan et Reeves, 2005b). Au Canada, le rapport Romanow en 2002 a constitué une première orientation officielle vers l'exigence de « former les professionnels en santé ensemble pour améliorer et créer un système de soins efficient et fiable » (Dickie, 2016). Le leadership en matière de développement de la FIP a par la suite été partagé entre les Provinces, sous l'égide de Santé Canada, et a mené, entre autres, à l'intégration progressive de la FIP dans les cursus de formation en santé et services sociaux et à la production d'un guide sur les normes et standards d'agrément reliés à la FIP (Agrément de la formation interprofessionnelle en santé [AFISS], 2011). À l'échelle mondiale, les rapports de l'OMS (WHO, 2010a) et The Lancet (Frenk et al., 2010) avaient également propulsé la FIP comme préoccupation majeure de la formation en santé et services sociaux.

La FIP est une approche d'enseignement qui permet à des personnes d'au moins deux disciplines différentes en santé et services sociaux d'apprendre ensemble, à travers des interactions, dans une visée de développement de la collaboration et d'amélioration des soins (Goldman et al., 2009; Hammick et al., 2007; WHO, 2010a). Différentes définitions ont été proposées concernant la FIP. Le tableau 1 présente les définitions les plus souvent évoquées dans la littérature (Buring et al., 2009; Olenick et al., 2010).

**Tableau 1: Définitions de la FIP**

Auteurs, année	Définition
Barr, 2002 (Centre for the Advancement of Interprofessional Education [CAIPE])	La FIP est un processus d'enseignement et d'apprentissage entre deux professions ou plus qui soutient et favorise le travail collaboratif et améliore la qualité des soins. La FIP se produit quand les étudiants apprennent avec les autres, des autres et à propos des autres [traduction libre].
World Health Organization, 2010a	La FIP se produit lorsque deux professionnels ou plus apprennent avec les autres, des autres et à propos des autres ( <i>with, from and from</i> ) pour soutenir la collaboration et pour améliorer les soins [traduction libre].
Canadian interprofessional Health Collaborative [CIHC], s. d.	On parle de FIP dès que deux professions ou plus sont engagées dans un processus d'apprentissage conjoint, réciproque et qui leur permet de mieux se connaître mutuellement afin de mieux collaborer et d'améliorer la qualité des soins.
Reeves et al, 2013	La FIP est définie comme une intervention où les membres de plus d'une profession en santé et/ou en services sociaux, ou les deux, apprennent ensemble de façon interactive dans le but explicite d'améliorer la collaboration interprofessionnelle et/ou la santé et le bien-être de patients/client [traduction libre].

L'une des définitions les plus répandues concernant la FIP est celle du Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE) (Barr, 2002), qui stipule que « la FIP se produit quand les étudiants apprennent avec les autres, des autres et à propos des autres ». Pour plusieurs, l'apprentissage « avec » et « des » autres doit d'abord se baser sur un apprentissage « à propos » des autres (Bainbridge et Wood, 2012). Les interactions doivent en effet permettre aux participants de développer une meilleure connaissance du rôle de chacun, de leurs expertises propres et de leurs contraintes. Ils apprennent « à propos » des autres, ce qui leur permet éventuellement de s'ajuster aux réalités de chacun et de s'engager dans des discussions plus efficaces (Careau et al., 2014; Orchard et al., 2010). Apprendre « avec » les autres a d'abord une signification de présence mutuelle, dans un même contexte. Par contre, la signification qui est visée en FIP implique plutôt un engagement actif des apprenants, fondé sur les interactions les uns avec les autres (Bainbridge & Wood, 2012). Ces interactions permettent enfin d'apprendre « des » autres, c'est-à-dire de contribuer à un enrichissement des connaissances, habiletés et compétences de chacun par un transfert mutuel, un partage (Bainbridge et Wood, 2012). Cet apprentissage doit reposer sur la « confiance en les connaissances et l'expertise de

l'autre » (Bainbridge et Wood, 2012). Ce concept d'apprentissage interactif entre au moins deux professions se retrouve au cœur des autres définitions de la FIP également (tableau 1). La notion d'amélioration des pratiques est également centrale aux différentes définitions de la FIP. La FIP se met effectivement en place pour améliorer la collaboration et, éventuellement, les soins et services offerts à la personne (Olenick et al., 2010). Enfin, la notion d'apprentissage expérientiel est également sous-jacente à plusieurs définitions, dans la mesure où on souhaite faire vivre une expérience aux apprenants et les amener à y réfléchir dans une visée d'amélioration de la pratique (Kolb, 2014; Olenick et al., 2010).

Olenick et al. (2010) ont effectué une analyse de concept centrée sur la FIP et ont regroupé sous la forme d'une définition exhaustive les caractéristiques importantes qu'ils ont identifiées :

Dans cette analyse de concept, la FIP est considérée comme un apprentissage expérientiel, interactif et andragogique ainsi qu'un processus de socialisation. La FIP se met en place lorsque deux membres ou plus d'une équipe en soins de santé (qui participent soit à l'évaluation ou à la prise en charge d'un patient) apprennent avec, des autres et à propos des autres alors qu'ils s'engagent de façon collaborative dans des soins centrés sur le patient et la recherche de résultats optimaux en santé. En FIP, le partage de connaissances et de valeurs se produit à la fois au sein d'une même discipline qu'entre plusieurs [traduction libre] (p.80).

Bien qu'elle s'applique d'abord aux professionnels en exercice, cette définition peut être transposée au contexte académique, chez des étudiants pré-gradués. En effet, les étudiants ne sont généralement pas en soins directs avec les personnes (sauf en contexte de stage clinique). Néanmoins, la FIP devrait leur permettre de travailler autour d'un but commun, soit dans une visée d'offrir des soins centrés sur le patient et/ou d'amélioration continue de ces derniers (Oandasan et Reeves, 2005a, 2005b).

### **1.1.1 Fondements théoriques et caractéristiques de la formation interprofessionnelle**

Cette définition réunit plusieurs éléments essentiels à la FIP. Ces différents éléments ainsi que certaines théories sociales, psychologiques et pédagogiques qui les sous-tendent seront détaillés dans les prochaines sections. L'exploration des fondements théoriques de la FIP favorise effectivement une meilleure compréhension et peut ainsi contribuer au développement d'initiatives de FIP adaptées à ces derniers (Barr, 2013; Hammick, 1998; Hean et al., 2012).

### 1.1.1.1 Apprentissage interactif, expérientiel et transformatif

La FIP s'appuie sur un apprentissage interactif et réciproque entre les différentes professions (Bainbridge et Wood, 2012; Barr, 2002). Ainsi, il ne suffit pas que des apprenants de différentes professions soient réunis et qu'ils apprennent de façon parallèle pour constituer de la FIP (Barr, 2002; Buring et al., 2009; Hall & Zierler, 2015). La richesse de la FIP provient effectivement du partage des expertises, de l'écoute et de la considération des différentes perspectives et de l'apprentissage réciproque qui en résulte (Careau et al., 2014; Walker et Lovat, 2016), et ce, dans une visée de soins centrés sur la personne (Bainbridge et Wood, 2012; Blondon et al., 2017).

L'apprentissage expérientiel s'appuie sur l'expérience et la pratique. Ce type d'apprentissage, selon Kolb (2014), est soutenu par un cycle continu de plusieurs étapes reposant sur l'expérience (voir section 1.2.6.3). Selon la théorie de l'apprentissage expérientiel, l'apprentissage s'effectue non seulement par le biais de l'action, mais aussi en fonction de la réflexion qui est portée sur cette dernière. Suite à cette réflexion, la personne peut modifier sa perception, le cas échéant, puis réinvestir cet apprentissage dans l'expérience (D'Eon, 2005; Finlayson, 2015; Kolb, 2014). La FIP vise à placer les apprenants dans un contexte où ils ont à interagir les uns avec les autres et à collaborer. Ainsi, ces derniers vivent une « expérience » de collaboration à propos de laquelle ils devraient idéalement être amenés à réfléchir (Barr, 2013; Hean et al., 2012; Nguyen et al., 2014; Oandasan et Reeves, 2005b) en vue notamment d'améliorer leur collaboration (D'Eon, 2005).

Pour certains, l'apprentissage des étudiants devrait atteindre un niveau « transformatif », c'est-à-dire que leur réflexion sur l'expérience devrait les amener à se remettre en question eux-mêmes et à modifier, le cas échéant, leurs valeurs, croyances, attitudes ou comportements (Mezirow, 2018) envers la CIP, envers les soins et services ou d'un point de vue plus personnel, en relation avec soi-même (*self*) (Barr, 2013; Clark, 2006, 2009). En FIP, la notion d'apprentissage transformatif permet aussi « de mieux comprendre les changements qu'on demande aux apprenants d'effectuer [en lien avec des concepts] tels que le partage de compétences, l'organisation non hiérarchique du travail et la collaboration

interprofessionnelle » (Bainbridge et Wood, 2012). Une transformation est donc attendue dans les rapports avec les autres ainsi que dans les façons de travailler en collaboration.

#### *1.1.1.2 Principes andragogiques*

L'application des principes en andragogie a été identifiée comme un facteur clé dans la qualité de la FIP et l'expérience des étudiants (Hean et al., 2012). Les étudiants sont d'abord responsables de leurs apprentissages et on vise le développement progressif de leur autonomie (Knowles et al., 2015). De plus, les apprentissages s'appuient sur leurs connaissances antérieures, qui sont sollicitées dans le cadre des activités collaboratives qui leur sont proposées (Freeth et Reeves, 2004). Enfin, l'expérience doit avoir un sens pour eux et être cohérente à la réalité de la pratique clinique et à ce qu'ils auront à vivre en tant que professionnels (Freeth et Reeves, 2004). Ces différents facteurs favorisent la motivation et l'implication des étudiants (Visser et al., 2019).

#### *1.1.1.3 Processus de socialisation*

La formation uniprofessionnelle constitue d'emblée un processus de socialisation où les étudiants apprennent les principes, valeurs et comportements associés à leur futur groupe d'appartenance (Best & Williams, 2019; Khalili et al., 2014). Ce processus de socialisation mène au développement d'une identité et, éventuellement, à des enjeux de confrontation des identités et des valeurs entre les différentes professions (Best & Williams, 2019; Khalili et al., 2014). Selon les théories de l'identité en psychologie sociale, dès lors que des individus sont séparés en deux groupes distincts, il se crée un préjugé positif en faveur de son groupe d'appartenance et un préjugé négatif envers les autres (Barr, 2013; Tajfel et al., 1979). Ainsi, afin de contrer l'apparition de ces préjugés et les enjeux qui s'ensuivent, il apparaît important de permettre la rencontre des disciplines par le biais de la FIP. Cette rencontre peut être analysée sous l'angle de la théorie du contact (Allport, 1954), qui stipule que les contacts entre les membres de différents groupes peuvent potentiellement réduire l'hostilité sous-jacente entre ces derniers. Ainsi, la théorie du contact constitue en quelque sorte une réponse aux enjeux soulevés par les théories de l'identité (Barr, 2013; Tajfel et al., 1979). En FIP, ce contact doit notamment s'effectuer dans des conditions où les différents apprenants ont un statut égal et partagent un but commun afin d'être optimal (Carpenter & Dickinson, 2016; Thistlethwaite, 2012). Un second processus de socialisation doit donc éventuellement s'effectuer par le biais de la FIP afin d'amener les participants à

développer ce qui peut être conçu comme une identité de collaborateur, celle de membre à part entière d'une équipe interprofessionnelle (Best & Williams, 2019).

#### *1.1.1.4 Soins et services centrés sur la personne et raisonnement clinique collaboratif*

Le fait d'offrir des services centrés sur la personne, cohérents avec ses besoins et ses attentes, constitue l'objectif ultime de la FIP et de la CIP (Brewer & Jones, 2013; Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2011; Orchard et al., 2010; WHO, 2010a). Se centrer sur la personne permet également aux participants, dans un contexte de FIP, de faire migrer leur attention de leur identité et de leur discipline pour la placer vers un objet commun de collaboration (Flood et al., 2019). Ainsi, regrouper une équipe d'apprenants autour de discussions visant à répondre aux besoins d'une personne favorise leur engagement et l'établissement de processus collaboratifs efficaces (Sims et al., 2015; Visser et al., 2020; Visser et al., 2019).

La prise de décision partagée centrée sur la personne doit s'appuyer sur un processus de raisonnement clinique soutenu en équipe (Blondon et al., 2017; Kiesewetter et al., 2017; Perversi et al., 2018). La FIP doit permettre aux participants d'apprendre à réfléchir ensemble afin d'identifier avec la personne les meilleures décisions possibles en fonction de ses besoins et de son contexte (Blondon et al., 2017; Kiesewetter et al., 2017; Politi et Street, 2011; Visser et al., 2020). Ce type de raisonnement, le raisonnement clinique collaboratif (RCC), favorise la prise en compte de différentes perspectives dans le but d'enrichir la vision de la situation (Blondon et al., 2017; Kiesewetter et al., 2017; Perversi et al., 2018). La collaboration se met effectivement en place face à des situations complexes où l'incertitude est grande et où plusieurs avenues peuvent être possibles (Barr, 2013; Hood, 2012; Kuipers et al., 2014; Sims et al., 2015; Trede et Higgs, 2011). La coordination des perspectives des différents professionnels, de la personne et de sa famille à l'intérieur du RCC favorise une prise de décision plus rigoureuse, concertée et adaptée aux besoins de la personne (Blondon et al., 2017; Kiesewetter et al., 2017; Trede et Higgs, 2011). Le raisonnement clinique est cependant le plus souvent enseigné comme une démarche individuelle et on en connaît encore peu sur le processus mis en place en équipe. Il apparaît donc important de s'y attarder en contexte de FIP afin de mieux préparer les étudiants à leurs futures tâches en tant que collaborateurs (Kiesewetter et al., 2017; Visser et al., 2020).



La FIP est donc un concept complexe, qui fait intervenir un ensemble de facteurs et qui s'appuie sur diverses théories sociales et de l'éducation (Barr, 2013; Hall et Weaver, 2001; Oandasan et Reeves, 2005a, 2005b; Reeves et al., 2013). La FIP se met par ailleurs en place dans une diversité de contextes et selon diverses modalités, vise différents buts et s'adresse à des participants variés (Hall et Weaver, 2001; Oandasan et Reeves, 2005a, 2005b; Reeves et al., 2013). Certaines FIP, par exemple, s'adressent plus particulièrement à des professionnels en milieu clinique, dans une visée d'amélioration de la collaboration et des services. D'autres sont mises en place en milieu académique, dans le cadre de la formation préclinique des étudiants en sciences de la santé et en services sociaux ou lors de stages cliniques (Brewer et Barr, 2016). Ces dernières visent plus particulièrement l'amélioration des compétences collaboratives, mais dans une visée de soins centrés sur la personne<sup>3</sup>.

### **1.1.2 Retombées et impacts de la formation interprofessionnelle**

Considérant la complexité de la FIP, qui peut être interpellée par de multiples interventions différentes et implantée dans des contextes hétérogènes, l'évaluation de ses retombées constitue un réel défi. Pour faciliter la compréhension des différents niveaux de retombées pouvant être touchés par une initiative de FIP (Reeves et al., 2015), Barr et al. (2000) ont développé une adaptation de la classification proposée par Kirkpatrick (1967) portant sur les retombées d'interventions en éducation. La « Jet Classification of Outcomes » est une grille à six niveaux allant de la présentation de résultats plus proximaux (ex. satisfaction des apprenants face à une initiative de FIP) aux plus distaux (ex. impacts sur la santé d'un patient).

Comme la FIP vise à favoriser le développement des compétences collaboratives chez les apprenants, il est aussi nécessaire de bien définir le profil de compétences d'un bon collaborateur. Il existe différents cadres conceptuels et référentiels de compétences à cet effet, dont le Interprofesional capability framework (Walsh et al., 2005), le Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice (Interprofessional Education

---

<sup>3</sup> Le présent projet doctoral s'intéresse plus particulièrement à cette deuxième modalité de FIP.

Collaborative Expert Panel [IECEP], 2011), le Interprofessional Capability Framework (Brewer et Jones, 2013) et le Référentiel national en matière d'interprofessionnalisme (Orchard et al., 2010), qui font partie des cadres conceptuels les plus répandus (Dickie, 2016).

**Tableau 2: Jet Classification of Outcomes\***

<b>Niveaux</b>	<b>Description des niveaux</b>
<b>Niveau 1:</b> Réaction	Point de vue de l'apprenant sur l'expérience d'apprentissage et sa nature interprofessionnelle
<b>Niveau 2a:</b> Modification de la perception et des attitudes	Changement réciproque d'attitudes et de perceptions entre les différents groupes de participants. Changements dans la perception ou l'attitude à propos de la valeur ou de l'utilité d'une approche en équipe pour les soins aux personnes
<b>Niveau 2b:</b> Acquisition de connaissances et d'habiletés	Inclut les connaissances et les habiletés liées à la collaboration interprofessionnelle.
<b>Niveau 3:</b> Changement de comportement	Concerne le transfert des apprentissages interprofessionnels dans le contexte de la pratique professionnelle.
<b>Niveau 4a:</b> Changement dans les pratiques organisationnelles	Changements dans l'organisation et l'offre de soins et services.
<b>Niveau 4b:</b> Bénéfices aux patients/clients	Amélioration de la santé et du bien-être des patients/clients.

\* Traduction libre de Barr et al., 2000

Le Interprofessional capability framework (Walsh et al., 2005), provenant du Royaume-Uni, est orienté spécifiquement vers le développement de « capacités » chez les étudiants. L'identification de quatre domaines principaux de capacités s'est appuyée sur une stratégie de théorisation ancrée (Walsh et al., 2005). Les quatre domaines identifiés sont les suivants :

- Connaissances en la pratique
- Pratique éthique
- Travail interprofessionnel
- Réflexion (apprentissage)

Chacun des domaines est décliné en différentes capacités, elles-mêmes pouvant être subdivisées en différents comportements observables, définis en fonction de trois niveaux

à travers lesquels les étudiants peuvent cheminer au cours de leur cursus de formation jusqu'à la capacité finale visée (Walsh et al., 2005).

Le référentiel « Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice » (IECEP, 2011), provenant des États-Unis, a été basé sur le travail d'analyse et de définition d'un panel d'experts en soins infirmiers, ostéopathie, pharmacie, médecine dentaire, médecine et santé publique (IECEP, 2011). Ces experts ont identifié quatre domaines de compétences, sous-tendues par plusieurs sous-compétences :

**Valeurs et éthique pour la pratique interprofessionnelle :**

- Travailler avec des individus d'autres professions pour maintenir un climat de respect mutuel et un partage de valeurs [traduction libre];

**Rôles et responsabilités :**

- Utiliser les connaissances propres à son rôle et à ceux des autres pour évaluer et adresser de façon appropriée les besoins des patients et des populations [traduction libre];

**Communication interprofessionnelle :**

- Communiquer avec les patients, les familles, les communautés et les autres professionnels en santé de façon responsable et sensible afin de supporter une approche collaborative visant le maintien de la santé et le traitement des maladies [traduction libre];

**Équipes et travail d'équipe :**

- Appliquer des valeurs soutenant la construction de relations et les principes des dynamiques de groupe pour travailler de façon efficace au sein d'équipes pour planifier et offrir des soins sécuritaires, efficaces et équitables centrés sur les patients et les populations [traduction libre].

Les sous-compétences associées aux quatre domaines de compétences sont par ailleurs déclinées en trois niveaux de développement, chacun représenté par un niveau inspiré du modèle de Bainbridge et Wood (2013) soit l'exposition, l'immersion et la maîtrise (section 1.1.3.2). Le référentiel « Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice » (IECEP, 2011) présente par ailleurs des indicateurs de compétence en fonction de ces niveaux.

Brewer et Jones (2013), de la Curtin University en Australie, ont analysé différents cadres conceptuels en collaboration et en formation interprofessionnelle et ont identifié leurs forces et leurs faiblesses dans le but de développer le leur : le Interprofessional Capability Framework. Ce cadre repose sur trois éléments centraux :

- Services centrés sur le « client »;
- Sécurité du client et qualité des services;
- Pratique collaborative.

Ces trois éléments centraux sont sous-tendus par cinq compétences principales :

- Communication;
- Fonctionnement d'équipe;
- Clarification des rôles;
- Résolution de conflits;
- Réflexion.

Les profils attendus chez les étudiants sont déclinés en trois niveaux correspondant respectivement à un étudiant novice de première année, à un étudiant intermédiaire et à un étudiant sur le point d'intégrer la pratique clinique. Ce référentiel se distingue notamment en proposant la réflexion en tant que compétence sous-jacente à la CIP. Cette réflexion vise à assurer un bon partenariat avec les collègues et les clients dans le but d'assurer la sécurité et l'efficacité des soins et services.

Le consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIS) a proposé un référentiel national des compétences nécessaires à l'établissement d'une bonne CIP à partir d'une vaste consultation d'experts (Orchard et al., 2010). Ce référentiel de compétences est largement utilisé au Canada. En tout, six domaines de compétences sont énoncés :

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

Deux des domaines soutiennent et influencent les quatre autres : la communication interprofessionnelle et les soins centrés sur la personne. Ce référentiel ne présente pour sa part pas de sous-compétences ou d'indicateurs déclinés en fonction de différents niveaux d'apprentissage, mais il décrit certains comportements et principes associés à chacun des domaines. De plus, plutôt que d'identifier un domaine spécifique concernant la dimension éthique de la pratique collaborative ou la réflexion, il intègre plutôt ces dernières à l'intérieur des six domaines de compétences.

En FIP, le recours à des cadres conceptuels ou à des référentiels de compétences permet de mieux cibler les objectifs visés, de développer des activités cohérentes avec ces derniers et de planifier une évaluation conséquente. (Brewer et Jones, 2013; IECEP, 2011; Orchard et al., 2010; Walsh et al., 2005). Le cadre de référence pour ce projet doctoral est celui du

CPIS, qui est principalement utilisé au Canada notamment (et dans le cours de FIP visé par l'implantation de l'approche de pratique réflexive développée).

### **1.1.3 Les données probantes sur la FIP**

L'évaluation des retombées des initiatives de FIP comporte de nombreux défis notamment en raison de la complexité du construit mesuré, de l'hétérogénéité des interventions et des contextes d'implantation, ainsi que de la disponibilité limitée des instruments de mesure valides et fiables. Or, malgré des données probantes limitant l'établissement de conclusion solide sur l'efficacité de la FIP, il est possible d'affirmer que ces initiatives sont bénéfiques pour soutenir la collaboration entre professionnels.

En effet, les données soutenant l'efficacité de la FIP se font de plus en plus nombreuses, mais l'hétérogénéité des initiatives et la taille limitée des échantillons lors des études rendent toute généralisation ou méta-analyse difficile (Hall et Weaver, 2001; Hammick et al., 2007; Reeves et al., 2013). Plusieurs études rapportent néanmoins des résultats positifs en lien avec les attitudes et perceptions envers la CIP (Davidson et al., 2008; Hammick et al., 2007; Lapkin et al., 2013) ainsi qu'en ce qui concerne la diminution des erreurs dans les soins (Reeves et al., 2013). Les résultats sont parfois mixtes concernant l'amélioration des habiletés cliniques et les soins aux patients (Reeves et al., 2011, 2013). Olenick (2010), de son côté, identifie 18 conséquences positives de la FIP, qui s'échelonnent sur les différents niveaux de la JET. Elle identifie effectivement des gains en: 1) négociation, 2) leadership, 3) travail d'équipe et dans les 4) habiletés de communication. Les apprenants sont mieux préparés à 5) échanger des connaissances et des informations, 6) prendre des décisions partagées, 7) résoudre des conflits et 8) offrir des soins centrés sur le patient par le biais d'une meilleure compréhension des rôles. Les données issues de la littérature suggèrent que les participants en FIP 9) améliorent leur estime d'eux-mêmes, 10) leur confiance et 11) leurs compétences. La FIP 12) soutient le respect mutuel et 13) la confiance entre les différents professionnels, 14) améliore la qualité des soins et 15) favorise la cohésion des équipes en réduisant les stéréotypes. Plus encore, 16) l'apprentissage tout au long de la vie et 17) la croissance personnelle font partie des conséquences positives de la FIP. Ultimement, la FIP soutient la 18) pratique collaborative [traduction libre] (Olenick et al., 2010). Parmi les retombées nommées, on observe donc des améliorations dans plusieurs domaines de compétences en collaboration interprofessionnelle, dont la communication interprofessionnelle, la résolution de conflits et le travail d'équipe (Orchard et al., 2010).

Bien que de nombreux efforts aient été consentis au cours des dernières années à son développement, la FIP doit encore être bonifiée dans le but de soutenir le développement des compétences à la CIP (Frenk et al., 2010; Kvan, 2013; WHO, 2010a). Or, la qualité de la FIP peut être influencée par de multiples facteurs, qui seront abordés dans la section suivante (Barr et al., 2008; Oandasan et Reeves, 2005a, p. 2, 2005b; Reeves et al., 2013). Ainsi, davantage d'études sont nécessaires pour explorer de quelle manière, dans quel contexte et pour qui la FIP est réellement efficace.

#### **1.1.4 Défis et les conditions favorables associés au développement et à l'implantation de la FIP**

Il est primordial que les participants vivent une expérience positive de FIP leur permettant de développer une attitude et des compétences favorisant la CIP (Barr et al., 2008). Or, de nombreux facteurs peuvent compromettre l'expérience des apprenants, ce qui risque notamment de forger ou d'ancrer des biais négatifs à l'égard des autres professions (Barr et al., 2008). Les obstacles à la FIP sont autant d'ordre logistique que psychosocial : éducation traditionnelle et curriculums unidisciplinaires, rapports hiérarchiques, pratiques en silo, stéréotypes entre les professions, manque de ressources financières et contraintes d'horaire, faible engagement facultaire, manque de formation des facilitateurs, manque de compréhension et de reconnaissance de la FIP, barrières à la communication (Olenick et al., 2010). Le développement des compétences collaboratives chez les participants ne s'effectue pas par simple exposition et les initiatives de FIP doivent être planifiées en conséquence (Best et Williams, 2019). Il apparaît en ce sens essentiel de promouvoir le développement de la FIP et de bonifier son enseignement, notamment en mettant en place certaines conditions favorables (Frenk et al., 2010).

Plusieurs conditions favorables ont été identifiées pour soutenir la FIP : soutien politique et facultaire, temps alloué, implication de facilitateurs formés, fondements théoriques, valorisation de l'autonomie dans l'apprentissage, contenu et activités significatifs et authentiques, établissement d'un climat d'ouverture, de respect et de confiance ainsi que le recours à la pratique réflexive (Darlow et al., 2016; Freeth et al., 2005; Olenick et al., 2010). L'atteinte des résultats escomptés est plus susceptible de se produire si le souci de faire vivre une expérience positive aux étudiants est au cœur des priorités (Freeth et al., 2005).

#### *1.1.4.1 Développement des cursus de formation disciplinaire et intégration des occasions d'apprentissage interprofessionnel*

Tel que précisé plus haut, les structures traditionnelles d'enseignement concourent à l'apparition de plusieurs défis rencontrés en FIP, dont les rapports hiérarchiques, les pratiques en silo et l'apparition de stéréotypes entre les professions (Baker et al., 2011; Best et Williams, 2019; Hammick et al., 2007; Reitsma et al., 2019). De plus, la spécialisation des différentes disciplines peut mener à des barrières communicationnelles entre ces dernières, notamment en raison de l'utilisation de termes spécialisés, voire hermétiques (Barr et al., 2008).

L'adhésion des étudiants serait plus grande lorsque la FIP fait partie intégrante de leur cursus de cours et lorsqu'elle est obligatoire, donc évaluée formellement (Oandasan et Reeves, 2005b). Bien que cela nourrisse un certain stress chez les étudiants, ces derniers seraient plus enclins à y accorder de l'importance dans ces conditions. Certains auteurs notent cependant que les évaluations formatives plutôt que certificatives seraient tout de même préférées par plusieurs étudiants, qui y verraient une occasion de développement en plus de voir leur stress diminuer (Wong et al., 2019).

La question du meilleur moment où il est optimal d'introduire la FIP demeure également centrale dans la planification de cette dernière (Olenick et al., 2010). Certains soutiennent qu'il est idéal de l'introduire très tôt dans le parcours, afin de réduire les risques de créer des barrières ou des silos disciplinaires (D'Eon, 2005; Frenk et al., 2010; Olenick et al., 2010). D'autres affirment au contraire qu'il est préférable que les étudiants intègrent la FIP avec une identité professionnelle solide et une base d'expertise clinique, ce qui suppose une introduction plus tardive (D'Eon, 2005). De plus, la manière traditionnelle de développer des cursus de formation laisse souvent peu de place à l'ajout de périodes formelles de FIP. La modalité qui demeure la plus largement soutenue actuellement consiste en une introduction progressive et répartie dans l'ensemble du cursus des étudiants (Barr et al., 2005; Machin et al., 2019). Cette façon de fonctionner permet d'assurer un certain équilibre entre le développement de l'identité professionnelle de chacun tout en créant un espace, progressivement, pour le développement d'une identité de collaborateur, de membre d'une équipe (Barr et al., 2005; Machin et al., 2019).

#### *1.1.4.2 Contenu des apprentissages interprofessionnels*

L'un des buts ultimes de la CIP consiste à répondre de façon cohérente et concertée aux besoins d'une personne et de ses proches (Freeth et al., 2005; Oandasan et Reeves, 2005a, 2005b; Orchard et al., 2010; Reeves et al., 2013). La CIP est particulièrement pertinente et nécessaire face à des situations complexes, où l'incertitude est grande et où plusieurs orientations sont possible (Lewitt et al., 2019; Oza et al., 2017). Par la coordination du travail de plusieurs professionnels, la CIP permet d'obtenir un portrait plus complet de la situation, favorisant une prise de décision plus rigoureuse et ajustée dans un contexte de complexité et d'incertitude (Careau et al., 2014; Perversi et al., 2018). La FIP devrait préparer les étudiants aux échanges délibératifs nécessaires à la CIP et contribuer à développer leurs compétences en la matière (Blondon et al., 2017; Kiesewetter et al., 2017; Perversi et al., 2018; Visser et al., 2020). Les étudiants doivent en effet apprendre à effectuer un processus de raisonnement collaboratif (RCC) en équipe qui tient compte de l'ensemble des perspectives des différents professionnels (Blondon et al., 2017; Kiesewetter et al., 2017; Visser et al., 2019). Au-delà de l'échange d'informations cliniques, les étudiants doivent apprendre à partager le rationnel sur lequel ils s'appuient dans leurs propositions (Oza et al., 2017; Perversi et al., 2018). Les étudiants ont effectivement tendance à considérer que la communication est de meilleure qualité et plus collaborative lorsque le raisonnement de chacun est explicité aux autres (Oza et al., 2017). En apprenant à adjoindre leur raisonnement clinique disciplinaire au processus de RCC en équipe, les étudiants mettent en place des conditions qui favorisent un dialogue authentique, tourné vers la réponse aux besoins de la personne (Hammick, 1998; Politi et Street, 2011; Walker et Lovat, 2016).

Offrir une expérience d'apprentissage authentique aux étudiants est considéré comme un moteur puissant pour la FIP (Bainbridge et Wood, 2013; Flood et al., 2019; Freeth et al., 2005; Hammick, 1998; Loversidge et Demb, 2015; Oandasan et Reeves, 2005b; Roberts et al., 2018; Visser et al., 2019). L'intégration d'activités centrées sur la personne et reprenant un format semblable à ce que les étudiants retrouveront en pratique clinique constituent des moyens pour atteindre une plus grande authenticité dans les apprentissages (Flood et al., 2019; Freeth et al., 2005; Loversidge et Demb, 2015).

Lorsque l'intérêt du patient est placé au centre des apprentissages, les étudiants ont tendance à avoir plus de facilité à aller au-delà des barrières disciplinaires et à s'investir dans la FIP (Flood et al., 2019). Les activités leur paraissent alors plus authentiques, ce qui



soutient leurs engagement et leur motivation (Flood et al., 2019; C. L. F. Visser et al., 2019). Lorsqu'ils portent leur attention vers les besoins du patient, les étudiants seraient plus susceptibles de former leur identité de collaborateur (Flood et al., 2019). Ainsi, les étudiants doivent être amenés à échanger avec les autres dans le but d'identifier les meilleures orientations possibles pour répondre aux besoins de la personne, de ses proches et de la communauté (Freeth et al., 2005; Oandasan et Reeves, 2005b).

La FIP peut être conceptualisée comme un « processus graduel, complexe et itératif » [traduction libre], qu'il est nécessaire de préparer de façon attentive en fonction des besoins et des connaissances des apprenants, des habiletés des enseignants et facilitateurs et des objectifs poursuivis (Bainbridge et Wood, 2013). Le modèle de la University of British Columbia (UBC) propose une taxonomie des apprentissages en FIP basée sur la « prémisse qu'il y a un moment d'apprentissage optimal pour les étudiants et les professionnels en santé et services sociaux selon le stade de leur développement en tant que professionnel » (Bainbridge et Wood, 2013; Charles et al., 2010). La taxonomie propose trois niveaux basés sur une gradation de la complexité des activités et des apprentissages visés : exposition, immersion et maîtrise [traduction libre] (Bainbridge et Wood, 2013; Charles et al., 2010). Le niveau d'exposition est associé à l'apprentissage « à propos » des autres, celui d'immersion au fait d'apprendre « avec » les autres et celui de maîtrise, des autres (Bainbridge et Wood, 2013; Charles et al., 2010). Le recours aux différents niveaux est vu de façon itérative et non séquentielle et peut guider la mise en place d'activités de FIP en aidant à préciser les objectifs visés et le degré de complexité associé à ces derniers (Bainbridge et Wood, 2013; Charles et al., 2010).

#### *1.1.4.3 Logistique*

De nombreux enjeux logistiques apparaissent inhérents au fait de devoir coordonner les horaires de différentes disciplines et d'assurer une certaine homogénéité entre les participants, en fonction de leur avancement dans leur curriculum respectif (Freeth et Reeves, 2004; Machin et al., 2019; Wong et al., 2019). Ainsi, les cursus initialement pensés en silos disciplinaires amènent des difficultés majeures lorsque l'on veut les bonifier par la suite avec des activités de FIP. Ces difficultés portent souvent sur l'harmonisation des horaires de cours, la disponibilité des locaux et l'engagement des enseignants. Dans le même sens, la libération de ressources humaines et financières peut devenir un enjeu dans les différents programmes (Freeth et Reeves, 2004).

Une planification méthodique et concertée est primordiale en FIP (Buring et al., 2009; Wong et al., 2019). La FIP doit être soutenue par une équipe d'enseignants provenant de différentes disciplines et ayant une perception positive de la CIP (Wong et al., 2019).

#### *1.1.4.4 Gouvernance et leadership*

La planification de la FIP doit s'appuyer sur un leadership clair et affirmé (Wong et al., 2019). Or, les différents programmes de formation en santé et services sociaux ont plutôt tendance à prioriser les enseignements unidisciplinaires, reléguant la FIP au second plan (Wong et al., 2019). L'identification d'un leadership en la matière n'est donc pas toujours simple. Un manque de leadership clair et établi peut également être symptomatique d'une pauvre valorisation de la FIP menant à une priorisation insuffisante de cette dernière (Oandasan et Reeves, 2005a, 2005b; Wong et al., 2019). Cette situation peut aussi être observée dans les milieux cliniques, où une culture peu favorable à la CIP peut être présente, de façon affirmée ou latente. Cette situation risque éventuellement d'avoir un impact sur l'atmosphère entourant la FIP et d'être perceptible par les apprenants. Par exemple, les étudiants peuvent observer des modèles de rôle plus négatifs ou être témoins d'attitudes et de comportements allant à l'encontre des compétences collaboratives visées. Ce phénomène est mieux connu sous le nom de « curriculum caché », un concept qui se réfère à l'ensemble des pratiques et croyances non affirmées explicitement qui influencent l'expérience des participants (Barr et al., 2008; Oandasan et Reeves, 2005a, 2005b; Thistlethwaite, 2012).

Un soutien clair de l'organisation, des gestionnaires ou des autorités facultaires, selon le contexte, permet de légitimer les investissements nécessaires à la mise en place de la FIP en affirmant clairement son importance (Wong et al., 2019). Il est en ce sens important de sensibiliser les responsables facultaires et gestionnaires quant à leur rôle dans la perception positive de la FIP au sein de l'organisation, tant chez les étudiants que chez les différents enseignants et facilitateurs impliqués (Oandasan et Reeves, 2005a).

#### *1.1.4.5 Compétence des enseignants et facilitateurs*

Le modèle de rôle que présentent les responsables de la FIP ainsi que les facilitateurs impliqués peut avoir un impact important sur l'expérience des participants. Le manque d'expérience ou d'habiletés du facilitateur est fortement corrélé à une expérience négative chez les participants (Kent et al., 2017; Wong et al., 2019). En contrepartie, le succès de des FIP dépend largement de l'implication de facilitateurs bien formés (Freeth et al., 2005;

Hall et Zierler, 2015; Kent et al., 2017; Ruiz et al., 2013). La formation et l'accompagnement de ces derniers constitue donc une exigence incontournable pour assurer la qualité de la FIP (Hall et Zierler, 2015; Ruiz et al., 2013; Wong et al., 2019).

La formation initiale des facilitateurs et le support qui leur est offert par la suite devraient être basés sur leurs besoins (Buring et al., 2009; Freeth et al., 2005; Oandasan et Reeves, 2005b). La tâche des facilitateurs en FIP est différente de celle qui est attendue en éducation médicale de façon plus générale (Barr et Coyle, 2013). Afin de bien remplir leur rôle, les facilitateurs doivent développer et mettre en œuvre une variété de connaissances, d'habiletés et d'attributs personnels (Harvey et al., 2002; Ruiz et al., 2013). Ils doivent d'abord être en mesure de soutenir les discussions et les délibérations en équipe interprofessionnelle (Kent et al., 2017), puis être prêts à réagir aux enjeux nommés plus haut, notamment s'ils perçoivent des tensions dues à des rapports hiérarchiques entre les professions, des incompréhensions liées aux différents champs d'expertise ou des confrontations entre les identités (Davoli et Fine, 2004; Freeth et Reeves, 2004). Enfin, les facilitateurs doivent être en mesure de soutenir la réflexion chez les participants afin de les aider à se décentrer de leur propre perspective et à porter un regard critique sur le processus de collaboration (Kent et al., 2017; Oandasan et Reeves, 2005b). La formation des facilitateurs devrait par ailleurs leur permettre de s'engager eux-mêmes dans une pratique réflexive à l'égard de leurs propres compétences (Hall et Zierler, 2015; Steinert et al., 2012).

Le recours à deux facilitateurs représentant deux professions différentes est fortement recommandé afin d'agir à titre de « modèles de rôle » (Kent et al., 2017). Les facilitateurs doivent idéalement avoir une expérience en CIP et être reconnus par leurs collègues comme des "champions", des modèles présentant les compétences recherchées chez un bon collaborateur (Freeth et al., 2005; Frenk et al., 2010; Kent et al., 2017).

#### *1.1.4.6 Caractéristiques associées aux apprenants*

Enfin, certains enjeux liés à la FIP sont plus particulièrement associés aux caractéristiques personnelles des participants ou à leurs expériences antérieures. Ainsi, certains participants sont généralement positifs à l'égard de la FIP alors que d'autres ont une attitude plutôt fermée, voire négative (Freeth et Reeves, 2004). Certaines personnes ont des difficultés à établir une communication ouverte et respectueuse avec les autres participants ou ont tendance à exercer un leadership contraignant et directif au sein du groupe (Reitsma et al.,

2019). De plus, la nature et la qualité des expériences antérieures des participants peuvent influencer leur ouverture face à la FIP (Freeth et Reeves, 2004). Enfin, la mobilisation et la motivation des participants peuvent être affectées s'ils considèrent les activités qui leur sont proposées comme peu authentiques ou pertinentes pour leur futur travail (Freeth et al., 2005; Roberts et al., 2018; Visser et al., 2019; Wong et al., 2019).

La FIP doit s'appuyer sur un ensemble d'attitudes favorables à la collaboration. En effet, les participants doivent faire preuve d'ouverture face aux propos des autres, d'adaptation et de flexibilité (Best et Williams 2018, citant Mitchell and Boyle (2015); Flood et al., 2019; Molyneux, 2001). L'un des défis de la FIP consiste à s'assurer que les apprenants s'engagent dans la collaboration avec les autres avec « sollicitude, ouverture, confiance, respect, à travers un dialogue sincère et la volonté d'apprendre réellement à connaître les autres » [traduction libre] (Flood et al., 2019, p.8). Un climat d'écoute et de respect mutuel doit donc être préconisé afin de faciliter une communication sincère et ouverte (Best et Williams, 2019; Careau et al., 2014; Orchard et al., 2010). Tous les participants doivent jouir d'un statut égalitaire, qui se traduit à travers des relations non hiérarchiques (Darlow et al., 2016; Freeth et al., 2005). La confiance au sein de l'équipe favorise l'établissement d'un tel climat et la manifestation de ces différentes attitudes ainsi que l'émergence d'un dialogue où tous se sentent à l'aise de s'exprimer (Oza et al., 2017; Politi et Street, 2011). Un dialogue authentique et ouvert permet en effet d'explorer les différentes perspectives dans le but d'identifier la meilleure réponse possible aux besoins de la personne (Hammick, 1998; Politi et Street, 2011; Walker et Lovat, 2016).

L'engagement, l'adhésion et la motivation des étudiants est importante pour leur propre expérience comme pour celle de leurs coéquipiers. Les étudiants qui s'engagent réellement dans les activités sont plus susceptibles de faire des apprentissages profonds et durables (Vandergoot et al., 2018). Les étudiants apprécient particulièrement s'impliquer dans des activités leur demandant d'être actifs et de développer leur autonomie (Hall et Zierler, 2015). Cette observation peut être mise en lien avec les théories liées à l'andragogie ainsi que l'apprentissage expérientiel : la FIP doit proposer aux étudiants un apprentissage actif (Careau et al., 2014; Kolb, 2014; Visser et al., 2019). L'engagement et la motivation des étudiants sont finalement étroitement associés à l'utilité qu'ils perçoivent face à la FIP (Visser et al., 2019). Les activités qui leur sont proposées doivent donc être étroitement reliées aux tâches qui leur seront demandées en tant que futurs professionnels (Freeth et al., 2005; Roberts et al., 2018; Visser et al., 2019).

#### *1.1.4.7 Réflexion*

La réflexion est reconnue comme étant un facteur clé en FIP (Charles et al., 2010; Oandasan et Reeves, 2005b; Olenick et al., 2010). Peu importe son contexte ou les sujets spécifiques qu'elle couvre, la FIP devrait en effet toujours encourager la pensée critique, l'auto-évaluation et la réflexion (Buring et al., 2009; Kent et al., 2017). La réflexion en FIP permet aux étudiants de prendre conscience de leurs perceptions disciplinaires et de leur rôle en collaboration (Buring et al., 2009; Hean et al., 2012; Kent et al., 2017; Machin et al., 2019; Oandasan et Reeves, 2005b). Elle favorise également un décentrement de son propre cadre de référence pour mieux considérer l'apport des autres (Case et al., 2012; Clark, 2009; Hean et al., 2012; Machin et al., 2019; Mezirow, 2018; Wackerhausen, 2009). Cette réflexion de « second niveau » (Clark, 2009) peut réduire les enjeux hiérarchiques et favoriser la déconstruction des préjugés entre les professions (Charles et al., 2010), des conditions essentielles à la qualité de l'expérience en FIP. La réflexion aurait donc le potentiel de répondre à plusieurs enjeux nommés plus haut et soutiendrait l'établissement de plusieurs conditions favorables.

La réflexion en équipe, soutenue par les pairs, a le potentiel d'être plus profonde, rigoureuse, et de mener à des transformations de perceptions, de façons d'agir, voire de valeurs (Hall et Zierler, 2015; Machin et al., 2019). La remise en question amenée par les autres, la confrontation des idées et la découverte d'autres perspectives sont autant d'éléments qui peuvent être favorisés par la réflexion en contexte de FIP (Oandasan et Reeves, 2005b). Plus encore, le développement des compétences collaboratives elles-mêmes serait soutenu par la réflexion en FIP (Freeth et Reeves, 2004; Orchard et al., 2010).

Nonobstant ces considérations, le domaine de la réflexion en FIP demeure à être mieux défini. On retrouve dans la littérature l'utilisation d'une variété de termes qui sont souvent équivoques et qui ne réfèrent pas au même objet selon le contexte : réflexion, pratique réflexive, pensée critique, métacognition,... De plus, les termes eux-mêmes sont rarement définis et les fondements théoriques des concepts, peu explorés en FIP (Clark, 2009; Zarezadeh et al., 2009). Un paradoxe semble présent entre la façon dont la réflexion en FIP est soutenue dans la littérature et un manque de définitions opérationnelles et de recherches empiriques. On retrouve en effet peu de données quant à son utilisation réelle, les modalités employées pour la mettre en place et ses retombées pour la FIP.

La réflexion en FIP sera abordée dans ce doctorat sous l'angle de la pratique réflexive et de la pensée critique, deux concepts importants en FIP (Clark, 2009; DeKeyser Ganz et al., 2016; Michalsen et al., 2019; Oandasan et Reeves, 2005b; Sims et al., 2015; Visser et al., 2020; Wackerhausen, 2009). La pratique réflexive a été identifiée comme une voie des plus prometteuses pour optimiser la FIP et favoriser le développement des compétences à la CIP (Clark, 2009; Frenk et al., 2010; Hall et Weaver, 2001; Kuipers et al., 2014).

## **1.2 La pratique réflexive**

Cette section vise à présenter le concept de pratique réflexive en explorant d'abord brièvement l'historique de son apparition et la proposition fondatrice de Schön. Par la suite, d'autres définitions et modèles seront présentés, suivis par les retombées, les défis et les conditions favorables à la pratique réflexive.

### **1.2.1 Origine du concept de pratique réflexive**

Le concept de pratique réflexive a été introduit par Donald Schön (1987) et puise son origine dans les travaux de John Dewey et ce, tant dans ses principes fondateurs que dans sa méthode. Philosophe du pragmatisme américain, Dewey a souhaité, tout au long de son œuvre, ancrer ses propositions dans la pratique (Dewey, 2004), notamment dans son ouvrage phare, *How we think*, publié en 1910. Il s'est d'ailleurs grandement inspiré des approches scientifiques, en plein essor au début du 20<sup>e</sup> siècle, pour proposer un processus réflexif en cinq étapes, débutant par un état initial de doute, suivi d'une réflexion rigoureuse menant vers des solutions possibles en vue de modifier une action (Section 1.2.6.1). Un demi-siècle plus tard, Schön a repris le concept introduit par Dewey pour l'appliquer au domaine de la pratique professionnelle, ce qui a mené éventuellement à son introduction dans le champ de la santé et des services sociaux (Schön, 1987). Selon Kinsella (2010a), Schön a poursuivi l'œuvre de Dewey en tentant de dépasser la dualité existant entre les notions de réflexion et d'action. Pour lui, la pratique réflexive consisterait effectivement en un processus dialectique au cours duquel la réflexion et l'action se retrouveraient intrinsèquement reliés (Kinsella, 2010a). Par le biais d'une évaluation critique, le praticien

s'engagerait dès lors dans un processus d'amélioration et de développement de ses habiletés pratiques (et professionnelles)<sup>4</sup> (Kinsella, 2010a; Schön, 1987).

### **1.2.2 Définition de Schön**

Schön distingue deux formes de pratique réflexive : la « réflexion dans l'action » (*reflection-in-action*) et la « réflexion sur l'action » (*reflection-on-action*). La distinction entre ces deux formes est d'abord temporelle : la pratique réflexive « dans l'action » se produit pendant la pratique, en cours d'action, alors que la pratique réflexive « sur l'action » se produit par la suite et est rétrospective (Kinsella, 2010b; Schön, 1987). La première forme permet au praticien de réagir et de s'ajuster en cours d'action face à des situations inhabituelles ou problématiques. En réfléchissant « dans l'action », le professionnel peut identifier une solution au problème en question et poursuivre sa pratique de façon sensible et adaptée (White et al., 2006). La « réflexion dans l'action », selon Schön (1992), est essentielle au développement de l'expertise des praticiens. La « réflexion sur l'action », quant à elle, s'effectue après la situation, favorisant alors une certaine « distance » permettant une réflexion plus rigoureuse et en profondeur (White et al., 2006). Cette forme de pratique réflexive est celle qui est la plus souvent abordée dans la littérature (Sandars, 2009). Elle est notamment impliquée dans l'apprentissage expérientiel, où on cherche à trouver un sens nouveau à l'expérience dans le but de réinvestir dans l'action les apprentissages effectués (Kolb, 2014; Mamede et Schmidt, 2004).

### **1.2.3 Présupposés de la proposition de Schön**

La théorie de Schön demeure la référence de base la plus souvent citée en ce qui concerne la pratique réflexive (Fragkos, 2016; Kinsella, 2007, 2010b; Nguyen et al., 2014; White et al., 2006). L'importance qu'elle conserve dans le domaine de la santé et des services sociaux justifie de s'y attarder et de l'examiner plus attentivement (Kinsella, 2010a). Selon Kinsella (2010a), la théorie de Schön se base sur cinq présupposés épistémologiques : (1) une critique de la rationalité technique; (2) une conception de la pratique professionnelle en tant qu'art; (3) des bases constructivistes; (4) l'importance du savoir tacite au cœur des

---

<sup>4</sup> Schön (1987, 1992) utilise des termes reliés aux réalités du marché du travail dans la présentation de sa théorie. Il parle notamment de « abilities in the workplace » ou de « partitioners ». Ces termes seront traduits par « compétences » ou « habiletés » selon le cas et par « praticiens » ou « professionnels » dans le cadre de cette thèse.

connaissances professionnelles; et (5) le dépassement du dualisme entre l'esprit et le corps afin de reconnaître la connaissance exprimée à travers l'action [traduction libre] (Kinsella, 2010b, p.6). La reconnaissance de ces différents présupposés permet de mieux comprendre les fondements de la proposition de Schön.

### *1.2.3.1 La critique de la rationalité technique*

La critique de la rationalité technique constitue la base de la proposition que Schön fait dans son ouvrage *Educating the reflective practitioner* (1987), c'est-à-dire que l'ensemble des propositions qu'il fait semblent émerger d'un constat : face à la complexité de la pratique professionnelle, la rationalité technique est insuffisante et mène à la perte de confiance du public envers les professions. La rationalité technique soutient que les professionnels résolvent des problèmes de façon instrumentale, en appliquant des formes procédurales de savoirs scientifiques (Kinsella, 2007; Schön, 1987). Schön affirme qu'il faut dépasser le développement de la rationalité technique pour s'engager vers la formation de « praticiens réflexifs ». Selon lui, le fait de se concentrer seulement sur la formation et l'utilisation d'une rationalité technique va à l'encontre de l'expérience réelle des praticiens (Schön, 1987). Ce constat reflète également l'expérience des professionnels en contexte de CIP qui font face à des situations souvent complexes, où l'incertitude est grande et où il n'est pas possible de se fier exclusivement à une rationalité technique, qui impliquerait notamment l'application de principes généraux à une situation spécifique (Schön, 1983).

### *1.2.3.2 La pratique professionnelle comme un « art »*

L'intégration de la notion « d'art » (*artistry*) dans la pratique professionnelle émerge du constat que la rationalité technique n'arrive pas à répondre au caractère indéterminé et imprévisible du monde et de la pratique professionnelle (Kinsella, 2010b). Ainsi, réussir à répondre à des situations changeantes, chaque fois uniques et souvent complexes, devient un « art » pour le professionnel. Il est à noter que la notion d'art est présente autant chez Dewey que chez Schön, qui reconnaissent l'importance d'apprendre à naviguer avec « art » à travers l'ambiguïté et l'incertitude liées à la pratique professionnelle (Kinsella, 2010b). Pour Schön, plus un professionnel devient compétent, plus il développe ce « sens artistique » (White et al., 2006). Ce développement devrait dès lors faire partie de la formation des futurs professionnels, notamment en santé et services sociaux (Schön, 1987; White et al., 2006).



### *1.2.3.3 Le présupposé constructiviste*

Le présupposé constructiviste de Schön est étroitement relié à la notion de connaissances tacites (Kinsella, 2010b; Schön, 1987). Selon Schön (1987), il est important de considérer les professions sous un angle constructiviste de façon à envisager de quelle façon les professionnels construisent leur vision du monde et tentent également de l'influencer (Schön, 1987). Le présupposé constructiviste accorde donc de l'importance au fait que la vision du monde qu'ont les professionnels est « construite » et que leur pratique, les outils qu'ils utilisent, leurs hypothèses, etc., sont influencés par cette vision et ses caractéristiques. Dès lors, il peut s'ensuivre une spirale où les actions du professionnel sont influencées par sa vision du monde et que, corrélativement, cette vision du monde est renforcée par les actions effectuées qui lui correspondent (White et al., 2006). À ce sujet, White (2006) ajoute que les idées les plus robustes et répandues dans le monde professionnel, supportées par une majorité, peuvent avoir tendance à empêcher les professionnels de s'engager dans une pratique réflexive. Or, il est important, selon Schön, d'engager une réflexion permettant aux professionnels de remodeler ce monde si nécessaire : « Lorsque les praticiens répondent à des situations incertaines et indéterminées en s'engageant dans une conversation réflexive, ils reconstruisent une portion du monde associé à leur pratique et révèlent ainsi les processus tacites de la construction du monde qui sous-tend leur pratique » [traduction libre] (Schön, 1987, p.37). La conscience de son « monde professionnel » et la réflexion sur ce dernier permet donc de révéler les savoirs tacites reliés à la pratique. La socialisation des différentes professions en santé et services sociaux contribue à construire leur « monde professionnel » (Best et Williams, 2019; Khalili et al., 2014; Wackerhausen, 2009). La FIP doit contribuer à la remise en question de ce monde et à la reconstruction de ce dernier au contact des autres (Clark, 2009; Wackerhausen, 2009).

### *1.2.3.4 Le savoir tacite*

La pratique professionnelle est constituée d'un ensemble de savoirs explicites, qu'il est possible d'exprimer, d'expliquer, d'enseigner. Elle comporte toutefois aussi une grande part de savoirs tacites, qu'il est parfois difficile d'expliquer, voire même d'identifier et qui ne se retrouvent pas explicitement dans un programme de formation (Kinsella, 2010b; Schön, 1987). Schön (1987) soutient que les professionnels qui ne sont pas conscients de ce savoir tacite peuvent avoir tendance à ne pas considérer d'alternatives à leurs actions et à ne pas remettre en question le « monde professionnel » qu'ils se sont construit. Kinsella (2010b), à

la suite de Schön, suggère que l'explicitation des cadres implicites du travail des professionnels aide ces derniers à devenir conscients qu'il existe différentes façons de considérer la réalité de la pratique (Kinsella, 2010b). Cette prise de conscience est primordiale en FIP afin d'ouvrir les participants à la possibilité et à la pertinence d'envisager d'autres perspectives sur la situation (Barr, 2013; Clark, 2009; Wackerhausen, 2009).

### *1.2.3.5 Dépasser le dualisme entre l'esprit et le corps*

Pour Schön (1983, 1987, 1992b), les actions du corps et la réflexion se placent en continuité. Il n'est en fait pas possible de tracer une frontière définitive entre les deux et Schön les conçoit plutôt de façon intégrée. Un aller-retour constant se met en place entre le corps et l'esprit, entre l'action et la réflexion, de façon à renseigner l'une sur l'autre et à ajuster l'action. Ainsi, le praticien doit rester attentif et conscient face à la situation, à ses actions et à leurs conséquences de même qu'à ses idées et son ressenti pendant sa pratique, de façon à assurer cette intégration continue<sup>5</sup>.

Tel que mentionné plus haut, à l'heure actuelle, beaucoup de propositions sont actuellement basées sur la théorie de Schön (Fragkos, 2016). Dans la plupart des cas, les présupposés ci-haut ne sont pas mis en lumière et les fondements théoriques des propositions, peu explicités. Les propositions effectuées dans le cadre de cette thèse s'inscrivent quant à elles dans la voie des quatre premiers présupposés, soit la critique de la rationalité technique, la conception de la pratique professionnelle comme un « art », la vision constructiviste de la pratique professionnelle et le savoir tacite. Ainsi, l'approche de pratique réflexive développée devrait permettre de dépasser la rationalité technique en favorisant une mobilisation flexible et créative de la réflexion en cours d'action. Cette pratique réflexive devrait par ailleurs favoriser une explicitation des savoirs tacites et en permettre la reconstruction par le biais de la collaboration. Il demeurera donc intéressant de conserver ces présupposés en tête lors de la lecture des sections subséquentes.

---

<sup>5</sup> Il est à noter que ce dernier présupposé ne sera pas interpellé dans le cadre de cette thèse qui s'intéresse à la FIP dans un contexte académique. Pour explorer un peu plus le sujet, il peut être intéressant de lire les œuvres de Schön ou Kinsella (2007).

## 1.2.4 Autres définitions de la pratique réflexive

À la suite de Schön, plusieurs auteurs ont tenté de définir le concept de pratique réflexive. Selon Mann et al. (2009), pour être considérée comme se référant à la pratique réflexive, une définition doit refléter « à la fois la nature de l'activité réflexive et sa transposition dans la pratique professionnelle » (traduction libre, p.596). Différents auteurs utilisent donc parfois différents termes pour identifier ce processus réflexif émanant de la pratique et visant un retour vers cette dernière pour l'améliorer (Coty et al., 2015; Nguyen et al., 2014; White et al., 2006). Le tableau 3 présente un aperçu de certaines des définitions les plus largement répandues concernant la pratique réflexive (Duffy, 2007; Goulet et al., 2016; Nguyen et al., 2014)<sup>6</sup>. À l'exception de la définition générale offerte par Mamede et Schmidt (2004), plusieurs définitions répertoriées partagent certaines caractéristiques. On retrouve d'abord l'idée de la prise de conscience de son expérience et de ses propres pensées. De plus, la visée d'une transformation tant pratique qu'individuelle est soutenue. Six des définitions évoquent le caractère critique de la réflexion posée sur la pratique, l'action ou l'expérience (Tableau 3). Tel que révélé par Goulet et al. (2016), la plupart des définitions ont donc en commun « un processus délibéré et guidé et un objectif d'apprentissage ou de transformation » (traduction libre, p.5).

**Tableau 3: Définitions de la pratique réflexive**

Auteurs, année	Définition
Dewey, 1938 (dans Goulet et al., 2016)	Reflection is to look back over what has been done so as to extract the net meanings which are the capital stock for intelligent dealings with further experiences. It is in the heart of the intellectual organisation and of the disciplined mind.
Boud et al., 1985 (dans Goulet et al., 2016)	...a generic term for those intellectual and affective activities in which individuals engage to explore their experiences in order to lead to a new understanding and appreciation.
Moon, 1999 (dans Goulet et al., 2016)	'...a form of mental processing with a purpose and/or anticipated outcome that is applied to relatively complex or unstructured ideas for which there is not an obvious solution.

<sup>6</sup> Pour un examen plus exhaustif des différentes définitions, vous pouvez vous référer à Duffy (2006), Goulet et al. (2016) ou Nguyen et al. (2014).

Mamede et Schmidt, 2004	Preparedness of doctors to think critically and to engage themselves in reflection upon their professional activities.
Duffy, 2007	Reflective practice is an active and deliberate process of critically examining practice where an individual is challenged and enabled to undertake the process of self-enquiry to empower the practitioner to realize desirable and effective practice within a reflexive spiral of personal transformation.
Mann et al., 2009	Purposeful critical analysis of knowledge and experience, in order to achieve deeper meaning and understanding.
Sandars, 2009	...a metacognitive process that occurs before, during and after situations with the purpose of developing greater understanding of both the self and the situation so that future encounters with the situation are informed from previous encounters.
Lawrence, 2011	Critical reflexive practice is defined as being mindful of self within or after professional practice situations, i.e., <i>processing</i> the cognitive, behavioral, moral (ethical), socio-political, and affective components of professional practice situations, so as to continually grow, learn, and develop, personally, professionally, and politically.
Johns, 2013	...being mindful of self, either within or after experience, as if a mirror in which the practitioner can view and focus self within the context of a particular experience, in order to confront, understand and move towards revolving contradiction between one's vision and actual practice. Through the conflict of contradiction, the commitment to realise one's vision, and understanding why things are as they are, the practitioner can gain new insight into self and be empowered to respond more congruently in future situations within a reflexive spiral towards developing practical wisdom and realising one's vision as praxis. The practitioner may require guidance to overcome resistance or to be empowered to act on understanding.
Nguyen et al., 2014	Reflection is the process of engaging the self in attentive, critical, exploratory, and iterative interactions with one's thoughts and actions, and their underlying conceptual frame, with a view to changing them and with a view on the change itself.
Griggs et al. 2018	...is a careful examination and bringing together of ideas to create new insight through ongoing cycles of expression and re/evaluation.

Bien que plusieurs points en commun puissent être identifiés entre ces définitions, force est de constater qu'il existe tout de même plusieurs différences entre ces dernières, notamment dans le degré de concrétude suggéré, sur l'objet de la réflexion, le moment de cette dernière ou le but ultime du processus engagé (Caty et al., 2015; Goulet et al., 2016; Mamede et Schmidt, 2004). Ainsi, la pratique réflexive ne peut être considérée comme une entité unidimensionnelle, mais doit plutôt être appréhendée comme un phénomène multidimensionnel, qui peut s'actualiser de différentes façons selon le contexte (Mamede et

Schmidt, 2004). Mann et al. (2009), par le biais de leur recension systématique sur le sujet, abondent dans le même sens. L'analyse des résultats de leur recension les amènent à postuler que la pratique réflexive n'est pas un phénomène « unitaire » et qu'elle peut être mobilisée de différentes façons, tant par un même individu qu'entre ces derniers. Il serait donc présomptueux de prétendre ici être en mesure de définir la pratique réflexive de façon univoque. Les prochaines sections s'attarderont donc plutôt à la diversité des propositions pour tenter d'en dégager certaines caractéristiques centrales, voire essentielles, en vue d'identifier certaines propositions à partir desquelles poursuivre le projet principal de thèse. Certains modèles de pratique réflexive seront enfin présentés de façon très brève afin d'envisager les possibles applications du concept.

### 1.2.5 Éléments constitutifs de la pratique réflexive

Différents auteurs ont tenté de mieux cerner le concept de pratique réflexive en tentant d'identifier ses éléments constitutifs. Issus de recensions ou d'analyses de concepts, ces éléments sont nommés attributs, dimensions, caractéristiques ou composantes selon les auteurs. La prochaine section explorera ces différents éléments.

Selon Duffy (2007), la pratique réflexive comporte un ensemble d'**attributs** essentiels, qui semblent transcender les différentes façons dont elle est exprimée :

- Examen de la pratique;
- Réflexivité;
- Processus de construction actif et délibéré;
- Processus de transformation.

L'**examen de la pratique** est d'abord relié au concept d'« awareness » chez les futurs professionnels et les professionnels en exercice : « la plupart des modèles de pratique réflexive représentent la réflexion comme étant activée par la conscience [awareness] d'un besoin ou d'une perturbation dans la pratique habituelle » (Mann et al., 2009). Dans le cas de la pratique réflexive, le terme « awareness » renvoie à la fois à la sensibilité et l'attention portée à la pratique, puis à la conscience : la pratique réflexive aide les étudiants et les professionnels à devenir sensibles, attentifs et conscients de leur pratique, des situations qu'ils rencontrent et de leurs propres raisonnements face à ces dernières, ce qui leur permet en retour d'y réfléchir et de s'ajuster le cas échéant (Finlay, 2008; Lewitt et al., 2019; Sandars, 2009). Cet « awareness » constituerait en quelque sorte la condition essentielle de l'examen de la pratique (Sandars, 2009), qui demande également un engagement continu du professionnel (Fook, 2015).

La **réflexivité** se réfère ici à la construction du soi (*self*) émergeant des expériences passées et à l'influence de ces dernières sur la perception des nouvelles expériences (Duffy, 2007; Johns, 2013). Chaque nouvelle expérience bénéficie, grâce à la réflexivité, de l'éclairage apporté par les expériences passées (Johns, 2013). La réflexivité demande une analyse continue et délibérée des expériences afin de créer des liens significatifs entre ces dernières, permettant de construire des schèmes de référence à partir desquels analyser et interpréter les nouvelles expériences (Johns, 2013). La réflexivité peut ainsi favoriser une prise de conscience du présupposé constructiviste présenté plus haut.

Un **processus de construction actif et délibéré** : la pratique réflexive s'appuie sur des efforts conscients des apprenants ou des professionnels pour se construire (Mamede et Schmidt, 2004). Lorsque les apprenants ou les professionnels se retrouvent face à une situation où l'idéal visé et la réalité sont en tension ou en contradiction, ils s'engagent dans un processus réflexif qui les amène à construire de nouvelles connaissances visant à résoudre le problème rencontré dans la pratique (Duffy, 2007). Ce processus de construction est relié à la fois à l'examen de la pratique et à la réflexivité : il s'inspire de la pratique et utilise les outils de la réflexivité pour donner un sens à la situation, formuler des hypothèses, rechercher des alternatives, etc. (Mann et al., 2009). Le processus engagé doit donc dépasser le niveau « intuitif et automatique » de certaines réflexions (Dewey, 2004; Sadlon, 2018).

La pratique réflexive favorise un **processus de transformation** personnelle, c'est-à-dire une modification des valeurs, attitudes, croyances, ou des comportements résultant de l'examen de la pratique, de la réflexivité et du processus de construction (Duffy, 2007). Ultimement, cette transformation mène à l'« empowerment » chez le professionnel, lui offrant les outils et la capacité de modifier sa pratique en regard des apprentissages effectués (Johns, 2013). La pratique réflexive doit donc non seulement viser une transformation de la pratique, mais également une transformation individuelle, permettant des changements profonds dans les pensées et les actions (Nguyen et al., 2014). L'idée de transformation apparaît étroitement liée à une majorité de définitions rapportées dans le tableau 3. En effet, si plusieurs auteurs ne mentionnent pas explicitement la présence d'une transformation personnelle profonde (croyances, valeurs,...), tous s'entendent pour postuler un changement dans la pratique.

Mamede et Schmidt (2004), dans un effort d'identifier la structure de la pratique réflexive, proposent cinq **dimensions** à cette dernière :

- Induction délibérée;
- Déduction délibérée;
- Test des hypothèses face au problème identifié;
- Ouverture face à la réflexion;
- Méta-raisonnement.

La proposition de Mamede et Schmidt (2004) souligne trois éléments complémentaires et essentiels à adjoindre aux attributs déjà mentionnés. Premièrement, elle met en lumière l'importance des processus de raisonnement sous-jacents à toute pratique réflexive, qu'ils soient inductifs ou déductifs. D'abord, différentes hypothèses sont générées pour tenter de comprendre et de résoudre une situation non familière ou problématique : il s'agit de l'induction délibérée. Par la suite, sur la base de liens effectués entre les connaissances antérieures, la situation analysée et les hypothèses formulées, un raisonnement déductif permet d'identifier la réponse considérée comme étant la plus ajustée et valide. Le raisonnement apparaît donc central à la pratique réflexive. Deuxièmement, la proposition de Mamede et Schmidt (2004) souligne l'importance des attitudes ou dispositions face à la pratique réflexive. Un individu tout à fait capable de raisonnement pourrait en effet ne jamais se remettre en question ni s'engager dans une réflexion sur sa pratique. L'une des conditions essentielles à la pratique réflexive consiste en une ouverture face à la réflexion. Le professionnel doit également être prêt à accepter une part d'incertitude et d'ambiguïté pendant le processus, favorisant une pratique réflexive honnête et ouverte au changement. Troisièmement, un méta-raisonnement doit être engagé face à ses propres processus réflexifs, en vue d'en prendre conscience, de les examiner et de se réajuster, le cas échéant. Cette façon de réfléchir à sa propre réflexion peut favoriser la prise de conscience de certains biais, présumés ou croyances associés au problème en question. Il ne s'agit donc pas seulement de réfléchir à sa pratique, mais également de se questionner sur ses processus de réflexion et sur leurs impacts, et ce, de façon ouverte et honnête.

Pour Marshall (2019), la pratique réflexive regroupe quatre **caractéristiques** principales :

- Cognitive;
- Intégrative;
- Itérative;
- Active.

La pratique réflexive est d'abord un processus cognitif qui contribue à « donner du sens à des problèmes complexes et ambigus » (Marshall, 2019). L'expérience est appréhendée par la réflexion, puis des hypothèses sont formulées pour y répondre. La pratique réflexive est intégrative, c'est-à-dire qu'elle permet de saisir l'incertitude, l'ambiguïté et la complexité d'une situation pour la traduire en un tout cohérent (Marshall, 2019). Elle permet de plus de créer des liens entre les connaissances préalables et l'expérience présente afin d'en faire émerger une nouvelle compréhension. La pratique réflexive est itérative et non linéaire. Il s'agit d'un processus cyclique en mouvement, qui implique une construction active et continue de sens en examinant et en réexaminant l'expérience ainsi que les cadres conceptuels qui lui sont reliés (Marshall, 2019; Nguyen et al., 2014). La pratique réflexive est active. Elle implique une intention consciente et délibérée de donner du sens à une expérience (Goulet et al., 2016; Marshall, 2019). En ce sens, elle demande un engagement actif du professionnel.

De leur côté, Nguyen et al. (2014) identifient, sur la base d'une analyse conceptuelle, cinq **composantes** principales. Ces composantes recoupent certaines des caractéristiques et dimensions identifiées plus haut :

- Pensées et actions;
- Processus attentif, critique, exploratoire et itératif;
- Cadre conceptuel sous-jacent;
- Vision de changement;
- Soi (*self*).

La proposition de Nguyen et al. (2014) s'intéresse d'abord au contenu de la pratique réflexive, qui peut porter tant sur la pratique que sur les idées, les croyances, les expériences ou les connaissances. Pour eux, les termes « pensées et actions » regroupent l'ensemble des possibilités de « contenu » de la réflexion. Les auteurs soulignent par ailleurs que la pratique réflexive est un processus, un processus qui doit rencontrer différentes caractéristiques. Il doit d'abord être attentif, c'est-à-dire qu'il doit s'appuyer sur l'« awareness » et démontrer un réel souci d'évaluation et d'amélioration. Le processus doit également faire intervenir une réflexion qui soit critique (cet aspect sera abordé dans la section 1.3 du présent chapitre) et exploratoire. Une réflexion exploratoire ouvre la possibilité de scruter les « pensées et actions » et ensuite, d'en construire un sens nouveau. Enfin, le processus de réflexion sous-jacent à la pratique réflexive doit être itératif. La pratique réflexive doit ensuite favoriser une prise de conscience du cadre conceptuel sur



lequel la personne s'appuie pour réfléchir et agir. Ce cadre conceptuel, entre autres influencé par l'expérience, les connaissances, les valeurs et les croyances de la personne, peut alors devenir le nouvel objet de la réflexion afin être remis en question, modifié ou validé (Nguyen et al., 2014). Cette façon de mettre en lumière le cadre conceptuel et d'y réfléchir rejoint la dimension de « méta-raisonnement » de Mamede et Schmidt (2004) et favorise une réflexion plus profonde ou de « haut niveau » selon les auteurs (Clark, 2009; Nguyen et al., 2014; Schön, 1983; Wackerhausen, 2009). La pratique réflexive se distingue ensuite d'autres formes de réflexion par le but qu'elle recherche. La pratique réflexive doit effectivement apporter une vision de changement, c'est-à-dire qu'elle doit être mobilisée avec une visée de modifier et d'améliorer la pratique, le cadre conceptuel sous-jacent ou les deux (Nguyen et al., 2014). Enfin, la pratique réflexive doit s'intéresser au « soi » (*self*), à la personne elle-même, qui est au cœur de sa pratique professionnelle. La personne peut à la fois devenir l'agent et l'objet de sa réflexion, dans une visée d'amélioration des deux (Nguyen et al., 2014).

Ces attributs, dimensions, caractéristiques et composantes permettent d'extraire certains des éléments considérés comme étant importants, voire essentiels en ce qui a trait à la pratique réflexive en santé et services sociaux. La prochaine section s'attardera à différents modèles de pratique réflexive.

### **1.2.6 Modèles de pratique réflexive**

Les modèles de pratique réflexive visent à intégrer les attributs, dimensions, caractéristiques et composantes en une forme qui peut être saisie dans la pratique. Dans cette section, on effleurera d'abord la structure générale des modèles en pratique réflexive. Ensuite, différents modèles seront présentés.

Pour Mann et al. (2009), de même que pour Ménard et Ratnapalan (2013), il existe deux grandes catégories de modèles : les modèles itératifs et les modèles verticaux ou linéaires (par échelle chez Ménard). Dans les modèles itératifs, l'expérience suscite la réflexion, qui elle-même produit de nouvelles connaissances/hypothèses/solutions qui sont réinvesties dans l'action, pour redevenir éventuellement l'objet de la réflexion. Cette conception rejoint notamment les modèles de Dewey (2004), de Schön (1983) et de Kolb (2014). Les modèles « verticaux » ou par « échelle » présentent quant à eux une série d'étapes linéaires, à

effectuer dans un ordre précis. Les différentes étapes ou « niveaux » visent une réflexion de plus en plus approfondie : plus l'étudiant ou le professionnel avance dans les étapes, plus sa réflexion gagne de la profondeur et de la qualité (Mann et al., 2009). Certains modèles combinent les deux visions, c'est le cas du modèle de Boud et al. (2013) ainsi que celui de Johns (2013).

Parmi les modèles les plus souvent identifiés (Coty et al., 2015), on constate que celui de Schön est le plus présent, puis celui de Kolb (2014) et de Boud et al. (1985). Les trois seront donc présentés ici, en plus de celui de Dewey, qui constitue en quelque sorte la base de ce mouvement. Le modèle de Johns (2013) sera également présenté en tant qu'exemple de processus itératif et vertical.

#### *1.2.6.1 Modèle de Dewey*

La plupart des modèles de pratique réflexive se basent sur un état de doute ou de perplexité amenant la nécessité de réfléchir pour comprendre la situation et, éventuellement, trouver des solutions (Mann et al., 2009). Cette conception apparaît en cohérence avec la suggestion initiale de Dewey, chez qui la démarche réflexive débute d'abord par une difficulté :

1. Existence d'une difficulté;
2. Définition de la difficulté;
3. Existence d'une explication suggérée ou d'une solution possible;
4. Élaboration rationnelle d'une idée;
5. Concordance d'une idée et formation d'une opinion comme conclusion (Dewey, 2004).

Pour (Dewey, 2004), cette démarche est constituée d'étapes « logiques », c'est-à-dire qui se succèdent. Cette proposition a été fortement inspirée par la démarche scientifique qui prenait son essor à l'époque. La difficulté peut être de différentes natures et avoir différentes causes, partant d'un vague embarras à une impression de choc plus affirmée (Dewey, 2004). La définition de la difficulté ou du problème permet entre autres d'en cerner les causes. Dewey insiste sur l'importance de bien définir la difficulté : « Si l'on ne se soucie pas suffisamment de situer la difficulté, les suggestions qui doivent la solutionner se présenteront plus ou moins au hasard » (Dewey, 2004, p.101-102). On se retrouve alors à l'extérieur d'une « réflexion vraie ou [d'un] raisonnement critique » selon Dewey. La suggestion (supposition, conjecture, présomption, hypothèse), quant à elle, provient d'une inférence que la personne fait entre la difficulté observée et sa résolution. Ce « bond » vers

l'avant est comblé par la réflexion, qui elle-même doit chercher à « multiplier les suggestions alternatives » (Dewey, 2004). Pour Dewey, la recherche d'alternatives est un élément important d'une « bonne activité de pensée » (2004). L'élaboration rationnelle d'une idée consiste « à développer des supports, ou plus techniquement, des implications d'une idée en tenant compte du problème donnée » (Dewey, 2004, p.103). Dewey nomme cette activité intellectuelle le « raisonnement ». Le raisonnement permet un examen attentif des suggestions afin d'en percevoir les conséquences possibles et d'en déterminer, éventuellement, le contenu exhaustif. La dernière étape consiste à conclure par une « espèce de corroboration expérimentale, ou une vérification de l'idée conjecturée » (Dewey, 2004, p.105). Ainsi, on évalue si les résultats prévus par l'hypothèse se vérifient concrètement, menant enfin à une conclusion sur l'adéquation ou non de la suggestion choisie avec la situation.

#### 1.2.6.2 *Modèle de Schön*

Schön (1983), tel que précisé plus haut, distingue d'abord la réflexion qui a lieu en cours d'action et celle qui est effectuée par la suite (*in action* et *on action*). Dans les deux situations, de façon semblable à la proposition de Dewey, la réflexion se met en place face à une situation inhabituelle ou problématique. Le processus « en spirale » qui s'ensuit « traverse des phases d'appréciation, d'action et de réévaluation » (Schön, 1983). Le professionnel identifie d'abord un problème, puis le structure et le définit grâce à ses savoirs et son expérience antérieurs. Il identifie par la suite des hypothèses et des solutions possibles. Il appréhende et évalue ces dernières d'abord cognitivement, afin de tenter d'envisager les conséquences possibles, puis directement dans l'action. Le test dans l'action devient une nouvelle source de réflexion, puis le cycle reprend.

#### 1.2.6.3 *Modèle de Kolb*

Le modèle de Kolb (2014) reprend des étapes semblables à celles proposées par Dewey et Schön :

1. Expérience concrète;
2. Observation réflexive;
3. Conceptualisation abstraite;
4. Expérimentation active/observation réflexive.

Présenté comme un « cycle » réflexif de quatre phases, le processus proposé par Kolb (2014) est itératif : la dernière phase consiste également en la première phase du cycle

suisant, et ainsi de suite. Pour Kolb (2014), l'expérience est la source de l'apprentissage et du développement, d'où une réflexion continue à son égard. Pour lui, l'abstrait et le concret, la réflexion et l'action, entrent dans une dialectique menant éventuellement à une transformation des deux.

#### *1.2.6.4 Modèle de Johns*

Johns (2010) a développé un modèle de pratique réflexive adapté à la pratique professionnelle en santé et services sociaux, mais également à la supervision et à la formation des étudiants. Son modèle intègre par ailleurs des éléments de l'ordre des émotions et du ressenti qui, selon lui, ont un impact important dans l'expérience et l'apprentissage. La pratique réflexive est présentée en une série d'étapes verticales et itératives :

1. Description de l'expérience;
2. Réflexion;
3. Facteurs d'influence;
4. Questionnement face à l'expérience ("Could I have dealt with it better?");
5. Apprentissage.

Pour Johns (2010), la conscience de soi est primordiale à la réflexion sur l'expérience, pendant et/ou après cette dernière. La réflexion permet de confronter, comprendre et résoudre les contradictions et problèmes perçus dans l'expérience: « À travers le conflit de la contradiction, l'engagement pour réaliser sa vision et comprendre pourquoi les choses sont ce qu'elles sont, le praticien peut développer une nouvelle perception de lui-même et la capacité de répondre de manière plus congruente aux situations futures »[traduction libre] (Johns, 2013, p.2).

La plupart des modèles de pratique réflexive se présentent donc sous la forme d'un cycle, habituellement itératif, composé d'une série de phases à travers lesquelles le professionnel chemine pour réfléchir à sa pratique et s'engager vers une modification de ses perceptions et de ses actions. La mise en place de tels processus semble permettre de produire des effets positifs dans la pratique.

## **1.2.7 Évaluation des retombées et impacts de la pratique réflexive**

L'évaluation des interventions de pratique réflexive demeure à ce jour complexe à effectuer, notamment en raison de la multiplicité des contextes, modalités et des buts recherchés. On retrouve néanmoins plusieurs indices permettant de conclure que la pratique réflexive contribuerait à l'apprentissage et à l'amélioration de la pratique professionnelle (Caty et al., 2015; Fragkos, 2016).

### *1.2.7.1 Retombées associées à la pratique réflexive*

La pratique réflexive contribuerait tout d'abord au processus d'apprentissage en permettant aux apprenants d'y réfléchir et d'établir des liens entre la théorie et la pratique et ce, selon deux angles (Goulet et al., 2016). D'abord, elle aiderait les professionnels à améliorer leur pratique en fonction des écrits scientifiques, puis elle les amènerait à créer du sens à partir de leur propre expérience, à formuler, en quelque sorte, des théories à partir de cette dernière (Goulet et al., 2016; Mann et al., 2009; Zarezadeh et al., 2009). Cette réflexion leur permettrait donc de créer du sens à partir de leur expérience et favoriserait leur engagement et leur motivation face à leurs apprentissages (Goulet et al., 2016). La pratique réflexive favoriserait par ailleurs le développement de la conscience de soi, de ses croyances et de ses valeurs (Fragkos, 2016; Goulet et al., 2016). La présence d'un facilitateur formé permettrait aux apprenants de développer leur « awareness » et les guiderait dans une réflexion plus approfondie et plus susceptible d'apporter un apprentissage en profondeur ou une « transformation » (Fragkos, 2016; Goulet et al., 2016; Mann et al., 2009).

La pratique réflexive soutiendrait également l'analyse de situations complexes, le raisonnement clinique et la prise de décision (Goulet et al., 2016; Johns, 2013). Elle soutiendrait de façon générale le développement des compétences des professionnels en santé et services sociaux et l'amélioration continue de leur pratique (Goulet et al., 2016; Johns, 2013). La pratique réflexive est reconnue comme étant utile en contexte de supervision et aiderait les superviseurs à accompagner leurs étudiants dans le développement de leurs compétences (Goulet et al., 2016). De façon plus large, la pratique réflexive serait reliée à une plus grande satisfaction et à une diminution des épuisements dus au travail (Fragkos, 2016). La pratique réflexive aiderait également à développer l'empathie et la compassion et à agir dans le respect de la dignité de la personne en favorisant notamment la compréhension de son point de vue (Goulet et al., 2016). En somme, elle soutiendrait le développement du « caring » (Goulet et al., 2016).

### **1.2.8 Les défis et conditions favorables reliés à la pratique réflexive**

Certains enjeux menacent cependant le bon déroulement de la pratique réflexive et la qualité de l'expérience des apprenants et des professionnels, ce qui risque de nuire aux retombées positives associées (Finlay, 2008; Griggs et al., 2018; Kelsey et Hayes, 2015; Mamede et Schmidt, 2004; Mann et al., 2009). Ces enjeux peuvent notamment être reliés au contexte académique ou clinique, à l'expérience et aux caractéristiques des participants et des enseignants/facilitateurs : suivre une structure rigide ou « recette », réfléchir de façon superficielle, croire que la réflexion est simple, ne pas enseigner la réflexion de façon formelle, intellectualiser la réflexion, ne pas bien informer les étudiants, accepter l'expérience sans critique, aller au-delà de l'expertise des enseignants/facilitateurs ou exercer une autorité excessive sur les apprenants (Boud et al., 2013).

On retrouve par ailleurs un ensemble de conditions favorables à l'exercice de la pratique réflexive (Duffy, 2007; Goulet et al., 2016; Kelsey et Hayes, 2015; Mamede et Schmidt, 2004). Certaines conditions concernent plus particulièrement des qualités individuelles, telles que le désir d'apprendre et l'honnêteté, ou des conditions organisationnelles, telles que la charge de travail ou la culture du milieu en regard de la pratique réflexive.

#### *1.2.8.1 Facteurs reliés à la clarté conceptuelle*

Il existe peu de données sur ce qui contribue précisément à rendre une intervention en pratique réflexive efficace et positive pour les apprenants (Norrie et al., 2012). De plus, on retrouve peu d'informations sur les conditions favorables à la mobilisation des apprentissages dans d'autres contextes (Griggs et al., 2018). Enfin, le manque de clarté conceptuelle peut influencer négativement l'élaboration d'activités de pratique réflexive et l'engagement envers cette dernière (Marshall, 2019). La planification, la précision des objectifs, la formation des facilitateurs et la clarté de la structure sont donc centraux et favorisent la mise en place d'initiatives efficaces et satisfaisantes pour les apprenants (Kelsey et Hayes, 2015).

#### *1.2.8.2 Facteurs organisationnels*

L'un des plus grands enjeux associés à la pratique réflexive concerne le temps nécessaire à son accomplissement. Que ce soit dans le milieu académique ou clinique, on déplore le rythme du travail et la surcharge qui s'ensuit (Griggs et al., 2018; Mamede et Schmidt, 2004;

Mann et al., 2009). Ainsi, libérer du temps pour réfléchir semble être un obstacle pour plusieurs. La libération de temps est d'autant plus difficile lorsque la pratique réflexive ne paraît pas supportée par l'organisation, ce qui amène un manque de valorisation et de priorisation de cette dernière (Griggs et al., 2018; Mamede et Schmidt, 2004). En conséquent, la pratique réflexive peut parfois être mobilisée de façon rigide, superficielle et non critique, sous la forme d'une « recette » à suivre, ce qui nuit à l'authenticité des activités proposées et à la profondeur des apprentissages (Griggs et al., 2018). Or, les participants ont tendance à être moins engagés lorsqu'ils perçoivent peu l'utilité des activités et que ces dernières manquent d'authenticité (Griggs et al., 2018).

Il apparaît ainsi important de dédier du temps à la pratique réflexive, que ce soit en milieu académique ou en milieu clinique (Griggs et al., 2018; Mamede et Schmidt, 2004; Mann et al., 2009). La considération et la promotion de la pratique réflexive favorise sa mise en place et l'engagement des participants (Goulet et al., 2016).

#### *1.2.8.3 Facteurs individuels*

La pratique réflexive peut être ébranlée par un manque d'engagement et de motivation de la part des étudiants (Sandars, 2009). La motivation est notamment influencée par la perception de pertinence et d'utilité de l'exercice (Kinsella, 2010b; Mamede et Schmidt, 2004; Mann et al., 2009) et par l'importance de la valorisation ressentie au sein de l'organisation (Griggs et al., 2018). Certains étudiants remettent donc en question la pertinence de la pratique réflexive et démontrent peu d'ouverture à son égard (Sandars, 2009). Dans certains cas, la remise en question impliquée par la pratique réflexive est confrontante, particulièrement lorsque cela provoque une prise de conscience de problèmes et d'enjeux liés à sa pratique (Benson, 2010; Vatne, 2010). De plus, l'exploration de l'expérience, des attitudes, des valeurs et des croyances peut s'avérer difficile pour certains (Griggs et al., 2018; Norrie et al., 2012). Un enjeu éthique se pose alors, dans la mesure où la pratique réflexive est souvent une exigence apportée par une instance en position d'autorité (Boud et al., 2013; Finlay, 2008). Ainsi, les participants peuvent se sentir contraints d'y prendre part et de se « livrer », sans avoir pu réellement consentir de façon éclairée. Par ailleurs, les enseignants/facilitateurs peuvent ne pas être préparés suffisamment pour accueillir les retombées de cette pratique réflexive et gérer les impacts de cette dernière (Boud et al., 2013; Sandars, 2009). La pratique réflexive peut également avoir des conséquences néfastes sur la confiance des futurs professionnels, qui pourraient

avoir l'impression de ne jamais réussir à atteindre les attentes et toujours douter de leur compétence (Finlay, 2008). La pratique réflexive peut aussi, au contraire, amener la personne à être centrée sur elle-même et à rechercher une « auto-confirimation » de sa façon de penser et de réfléchir (Finlay, 2008). Du côté des professionnels, la pratique réflexive peut être utilisée afin de rationaliser leur pratique et de la justifier, plutôt que de la questionner, ce qui peut éventuellement renforcer des préjugés et des pratiques non optimales (Finlay, 2008). Certains apprenants éprouvent enfin des difficultés à réfléchir sur leur pratique et leur pensée et manifestent de faibles niveaux d'introspection et de mobilisation d'habiletés métacognitives (Sandars, 2009). Ainsi, la pratique réflexive semble avoir des impacts positifs chez plusieurs apprenants, soutenir leur motivation et contribuer au développement de leurs compétences, mais est parfois perçue de façon différente ou amène des retombées plus négatives chez d'autres. Cette considération soutient l'importance de planifier les initiatives de pratique réflexive en tenant compte des conditions favorables à l'expérience des apprenants,

Les dispositions personnelles semblent constituer des conditions incontournables à la pratique réflexive (Goulet et al., 2016; Mamede et Schmidt, 2004). Parmi celles-ci, on retrouve le désir d'apprendre, l'ouverture à la collaboration, l'honnêteté intellectuelle, la croyance en la possibilité d'amélioration et le courage d'agir (Duffy, 2007; Goulet et al., 2016). L'étudiant ou le professionnel doivent donc s'engager dans le processus avec une réelle volonté de se remettre en question et d'améliorer leur pratique (Goulet et al., 2016; Mann et al., 2009; Nguyen et al., 2014). Les expériences positives en faveur de la pratique réflexive jouent également un rôle dans la façon dont les participants s'y engagent par la suite (Mamede et Schmidt, 2004).

#### *1.2.8.4 Facteurs liés à l'enseignement*

Le moment et la façon dont la pratique réflexive est introduite aux étudiants semblent avoir une importance dans leur expérience. Selon certains, une introduction trop précoce nuit à l'efficacité de la pratique réflexive, puisqu'elle ne peut s'appuyer sur un bagage d'expériences et de connaissances suffisant (Finlay, 2008). Les novices s'engageraient alors dans la pratique réflexive de façon rigide, superficielle et mécanique (Finlay, 2008). De plus, il semble que la pratique réflexive soit parfois ajoutée au cursus comme une activité complémentaire, ce qui donne une impression de « surplus » ou d'inutilité aux étudiants (Finlay, 2008; Sandars, 2009). Au contraire, la pratique réflexive devrait être intégrée dans



l'ensemble du cursus et de façon étroitement liée aux apprentissages cliniques. Le fait d'évaluer la pratique réflexive pose un problème à divers égards. D'abord, lorsque la pratique réflexive demande aux étudiants d'explorer leurs sentiments, valeurs et attitudes, un enjeu éthique se pose quant à une note qui leur serait attribuée (Finlay, 2008; Kelsey et Hayes, 2015). Ensuite, l'évaluation des réflexions des étudiants peut les amener à répondre en fonction des attentes qu'ils perçoivent plutôt que de partager leurs réflexions de façon sincère et intègre (Kelsey et Hayes, 2015). L'évaluation de la pratique réflexive pourrait même, éventuellement, inhiber les processus d'apprentissage expérientiel et transformatif souvent visés par la pratique réflexive (Kelsey et Hayes, 2015; Kolb, 2014; Mezirow, 2018). Tous les étudiants ne réagissent cependant pas de la même façon aux activités qui leur sont proposées. Par exemple, les journaux réflexifs sont considérés inutiles et superflus pour certains, peu représentatifs de leur futur travail, alors que d'autres apprécient l'exercice et y voient une occasion d'approfondir leur réflexion (Griggs et al., 2018). La réflexion en groupe, lors de discussions facilitées, semble rencontrer un plus grand consensus. Par contre, les facilitateurs doivent être formés pour animer les discussions et accompagner le groupe dans leur réflexion (Kelsey et Hayes, 2015). Un manque d'encadrement peut ainsi avoir un impact négatif sur l'expérience des apprenants (Griggs et al., 2018). Le recours à des processus rigides, par exemple sous la forme d'un ensemble de questions à répondre ou d'étapes fixes à emprunter, peut avoir l'effet de réduire l'aspect créatif et critique de la réflexion (Kelsey et Hayes, 2015). L'engagement des participants dans la pratique réflexive, leur motivation et la perception de pertinence qu'ils ont sont toutefois soutenus par l'authenticité des activités qui leur sont proposées (Mamede et Schmidt, 2004).

Un environnement permettant de supporter les apprenants, à la fois intellectuellement et émotionnellement, est nécessaire pour favoriser la pratique réflexive (Mamede et Schmidt, 2004). Il apparaît ainsi essentiel d'instaurer « un climat de respect dans lequel il est sécuritaire de confronter ses idées et d'en émettre de nouvelles » [traduction libre] (White et al., 2006). L'instauration d'un tel climat est favorisée notamment par la formation de petits groupes et la présence d'un facilitateur compétent (Kelsey et Hayes, 2015; Mann et al., 2009). La mise en place d'un climat favorable à la pratique réflexive et l'implication de facilitateurs formés est également tributaire du support organisationnel qui la sous-tend et de la valorisation et de la considération manifestées envers cette dernière (Griggs et al., 2018; Mamede et Schmidt, 2004).

La guidance et la supervision constituent des facteurs clés de l'apprentissage relié à la pratique réflexive et dans la qualité de l'expérience des étudiants (Clark, 2009; Fragkos, 2016; Kelsey et Hayes, 2015; Mann et al., 2009; Sadlon, 2018). Ainsi, les facilitateurs doivent être prêts à soutenir cette dernière chez les étudiants (Nancarrow et al., 2015; Oandasan et Reeves, 2005; Ruiz et al., 2013). Pour ce faire, ils doivent développer leurs connaissances quant aux contenus à enseigner ainsi que leurs habiletés à les transmettre et à les solliciter chez les participants. De même, les facilitateurs doivent être conscients des conditions nécessaires à la pratique réflexive et contribuer à les instaurer (Duffy, 2007; Goulet et al., 2016; Mamede et Schmidt, 2004). L'implication d'un facilitateur formé en pratique réflexive est notamment associée avec la profondeur de la réflexion chez les participants et l'atteinte d'un processus dit « transformatif » (Mezirow, 2018).

#### *1.2.8.5 Limites intrinsèques aux modèles de pratique réflexive*

Les modèles de pratique réflexive utilisés apportent eux-mêmes certains défis pour son implantation. Le modèle de Schön, d'abord, semble négliger la « phase anticipatoire », soit une réflexion précédant et préparant l'action (Mann et al., 2009). Dans un contexte d'éducation notamment, l'explicitation de la phase anticipatoire apparaît incontournable afin d'aider les étudiants à apprendre à réfléchir avant d'agir (Boud et Walker, 1998; Mann et al., 2009; Sandars, 2009). Dans la plupart des cas, la pratique réflexive s'appuie sur une situation problématique ou de doute : confronté à une situation inhabituelle ou qui pose problème, l'étudiant (ou le professionnel) s'engage dans une réflexion sur sa pratique en vue d'identifier des pistes de solution (Boud et al., 2013; Dewey, 2004; Schön, 1987). En santé et services sociaux, la pratique réflexive devrait cependant viser aussi la compréhension des situations lorsqu'elles se déroulent bien afin d'identifier notamment ce qui contribue aux bonnes pratiques. De plus, une bonne « réponse » n'est pas nécessairement synonyme d'un bon raisonnement. Par exemple, il peut arriver d'identifier un bon diagnostic sur la base d'une fausse inférence ou d'administrer un traitement qui fonctionne, mais en fonction de mauvaises conclusions (Guerrasio, 2018). Ainsi, particulièrement en contexte de supervision, il est important de se remettre en question et d'explorer, notamment, le rationnel sous-jacent aux conclusions et décisions (Guerrasio, 2018). Enfin, en FIP, les participants devraient être encouragés à explorer différentes perspectives afin d'enrichir la vision de la situation et d'arriver à des jugements plus rigoureux et valides en fonction du contexte de la personne et de ses proches (Blondon et al., 2017; Kiesewetter et al., 2017; Perversi et al., 2018). Un consensus trop rapide, où les

propositions ne sont pas remises en question, peut nuire à ce processus et, éventuellement, à la qualité et à la sécurité des soins et services offerts (Brock et al., 2013). Enfin, les modèles de pratique réflexive sous forme d'étapes, dont celui de Schön, manquent souvent de concrétude et de critères tangibles pour opérationnaliser la réflexion (Boud, 1999; Lafortune, 2012, 2015; Nancarrow et al., 2015). Bien qu'ils offrent un certain encadrement, ces modèles renseignent peu sur les façons et les outils susceptibles de soutenir la réflexion effectivement et n'offrent pas de moyens concrets aux éducateurs pour accompagner leurs étudiants en ce sens. Ainsi, on présuppose parfois une certaine compétence à réfléchir afin de répondre à chacune des étapes, et ce, sans nécessairement avoir offert de soutien à cet égard au préalable. Il est possible en ce sens que la réflexion suscitée demeure plus superficielle et ne dépasse pas, par exemple, la formulation de descriptions et d'impressions (Lafortune, 2012, 2015). Or, afin de permettre un examen rigoureux et attentif et tendre vers une amélioration de sa pratique, la pratique réflexive devrait plutôt engager les personnes dans une réflexion qui soit critique, métacognitive et même, éthique (Lafortune, 2012, 2015). La pratique réflexive en FIP devrait de plus favoriser un recul face à sa perspective afin de mieux considérer celle des autres (Case et al., 2012; Clark, 2009; Hean et al., 2012; Machin et al., 2019, 2019; Mezirow, 2018; Wackerhausen, 2009). Ainsi, il apparaît essentiel de dépasser le niveau de la description et des impressions afin de s'engager dans un processus qui s'appuie notamment sur la pensée critique.

Plusieurs défis et conditions favorables à la pratique réflexive paraissent semblables à ceux énoncés dans la section 1.1.3 de ce chapitre concernant la FIP. Cette constatation soutient l'importance de porter une attention particulière à ces éléments dans la mise en place d'une approche de pratique réflexive en FIP afin de favoriser une expérience positive et significative chez les apprenants.

### **1.3 La pensée critique**

Il existe une grande proximité conceptuelle entre la pratique réflexive et la pensée critique : « Toutes deux impliquent un examen de la pratique basé sur l'identification des biais et présupposés qui la sous-tendent » [traduction libre] (Fook, 2015, 440). La pensée critique est une pensée soucieuse du contexte, qui tient compte des circonstances, contraintes et contingences de ce dernier, ce qui correspond également aux principes de la pratique

réflexive (Lipman, 2011). Certains auteurs les appréhendent comme un concept unique et peuvent, par exemple, utiliser les termes de « réflexion critique », « pensée critique » ou de « pratique réflexive » sans distinction, en faisant référence à cet « examen de la pratique » dont il a été question plus tôt (Fook, 2015; Huang et al., 2014; Mamede et Schmidt, 2004; White et al., 2006). Lawrence (2011), pour sa part, exprime explicitement le lien entre les deux concepts en utilisant l'expression « pratique réflexive critique » (« critical reflective practice »). Plusieurs auteurs font néanmoins une certaine distinction entre la pratique réflexive et la pensée critique, conceptualisant la première comme étant une application de la pensée critique dans un processus de jugement porté sur la pratique (Huang et al., 2014; Lafortune, 2012, 2015; Mamede et Schmidt, 2004; Nguyen et al., 2014). Pour certains, la pensée critique serait un « sous-ensemble de la pratique réflexive » [traduction libre] (Fook, 2015). Les deux concepts ne seraient pas mutuellement exclusifs, mais se baseraient sur des hypothèses et des processus de pensée similaires (Fook, 2015). La Open University's Health and Social Care Faculty (Eby, 2000; Finlay, 2008) présente de son côté un modèle où la pratique réflexive et la pensée critique partagent un certain terrain commun, sans se confondre cependant l'une à l'autre. Le modèle présente une relation non hiérarchique sous forme de cercles concentriques, illustrant que la pratique réflexive et la pensée critique partagent une portion de définition, tout en conservant certaines distinctions. Ainsi, selon cette conception, la pratique réflexive ne peut se résumer au seul exercice de la pensée critique sur la pratique, mais cette dernière en est une condition essentielle. De même, toute pensée critique ne correspond pas à la mobilisation d'une pratique réflexive.

Au-delà des différentes façons de conceptualiser le lien entre la pratique réflexive et la pensée critique, l'importance de cette dernière dans l'exercice de la première demeure largement soutenue, voire habituellement acceptée (Coty et al., 2015; Duffy, 2007; Finlay, 2008; Mamede et Schmidt, 2004). Le lien qui les relie n'est cependant pas toujours expliqué ou explicité, mais seulement révélé par l'utilisation de termes relatifs aux deux concepts. Cette situation contribue au manque de clarté conceptuelle dénoncée par plusieurs. L'importance de la pensée critique dans la pratique réflexive soutient la pertinence de s'intéresser à sa définition, notamment en santé et services sociaux (Ng et al., 2015).

### **1.3.1 Conception historique de la pensée critique**

La pensée critique, à l'instar de la pratique réflexive et peut-être même de façon plus marquée, ne peut être résumée à un concept unique. Le foisonnement d'informations et d'écrits sur cette thématique témoigne de la multiplicité des conceptions proposées selon

les domaines, les cultures et les époques. L'historique du concept et ses grandes orientations seront présentés ici par le biais de l'ouvrage de Davies (2015) : « A Model of Critical Thinking in Higher Education ». La démarche de définition et de clarification du concept consistera donc à convoquer les différentes définitions de la pensée critique pour éclairer la complexité et les différentes dimensions de cette entité plurielle (Davies, 2015). En effet, face à la diversité des définitions de la pensée critique, Davies (2015) propose non pas de placer celles-ci en opposition, ni de tenter d'identifier ce que la pensée critique est ou n'est pas, mais plutôt d'en retracer les différents courants et visions afin de la représenter comme un ensemble ayant une cohérence historique et une progression sémantique<sup>7</sup>. Cette façon de conceptualiser la pensée critique a l'avantage, d'une part, de respecter la richesse et les multiples dimensions du concept et d'en permettre, d'autre part, une compréhension plus holistique. De plus, comme la proposition de Davies (2015) vise à établir les bases nécessaires au développement de la pensée critique dans l'éducation supérieure, elle apparaît particulièrement pertinente dans le présent projet. Ainsi, l'analyse de Davies (2015) a été choisie puisqu'elle permet d'obtenir un regard d'ensemble des différentes conceptions de la pensée critique dans le but de cibler de façon éclairée ce qui paraît le plus pertinent à l'implantation d'une approche de pratique réflexive en FIP. Avant de débiter l'analyse de la pensée critique selon Davies (2015), on fera cependant une incursion du côté de Paul (2011), sur lequel Davies base en partie ses travaux.

Paul (2011) propose une conception de la pensée critique en « trois vagues », chacune se succédant historiquement à partir des années '70. La première vague, selon Paul (2011), correspond à une conception logique de la pensée critique : logique, argumentation et raisonnement. Elle est principalement « sous la coupe » des philosophes. Paul soulève les limites de ce mouvement en rappelant que « la notion de pensée critique comme offrant les outils permettant une analyse et une évaluation exhaustives de la pensée dans un ensemble de contextes faisant intervenir les pensées et émotions [...] n'est pas une notion centrale

---

<sup>7</sup> La proposition de Davies (2015), qui constitue un chapitre entier, ne sera pas reprise intégralement ici. <sup>7</sup> Le présent travail ne prétend donc pas présenter une lecture complète du modèle de Davies. Il en présente néanmoins les grandes articulations, nécessaires à la compréhension de ce concept central à la thèse. Pour en connaître plus à ce sujet, veuillez consulter : Davies, M. (2015). A model of critical thinking in higher education. In, M. B., Paulsen, Higher education : handbook of theory and research (p. 41-92). New York: Springer.

dans la plupart des écrits en logique informelle » [traduction libre] (Paul, 2011). Ce mouvement est donc trop limité selon Paul (2011) et ne permet pas d'appréhender les multiples facettes de la réalité. Paul demeure plutôt critique à l'égard de la deuxième vague également, qu'il associe au résultat du travail d'une « agglomération improbable de personnes intéressées, produisant un résultat de qualité mixte » [traduction libre]. Les écrits de cette seconde vague proviennent de disciplines diverses, dont la pédagogie critique, mais également le féminisme, les sciences infirmières, etc., ce qui a contribué à un éclatement de sens et à une perte de cohérence du concept selon Paul. L'idée générale qui se dégage de ces écrits demeure néanmoins assez homogène et cohérente pour être qualifiée de "seconde vague", une vague qui cherche à distancer ou à sortir la pensée critique de la seule tradition logique pour en faire notamment un outil d'action et de changement social, adapté à chacune des disciplines. La troisième vague, selon Paul (2011), se place en complément des deux premières et cherche à pallier leurs erreurs, « à transcender les faiblesses prédominantes des deux premières vagues » [traduction libre]. Cette troisième vague maintient l'apport d'autres disciplines ajouté par la deuxième vague, tout en conservant la rigueur de la logique de la première vague, mais en visant l'atteinte d'autres horizons: « Cela nécessite, des logiciens informels, d'une part, à examiner les problèmes posés par les théoriciens de la seconde vague, mais aussi à évoluer vers une conception plus large de la logique, une conception qui reconnaît qu'il existe une logique qui transcende les disciplines, une logique qui rejoint les émotions humaines, une logique au comportement humain, une logique, en fait, à toute dimension de la vie humaine au cœur de laquelle la réflexion est une force de mouvement » [traduction libre]. Ce mouvement allant d'une conception purement logique vers une conception interdisciplinaire, puis engagée socialement, se retrouve également dans la proposition de Davies (2015).

Bien qu'il n'y ait pas de correspondance formelle entre les "vagues" proposées par Paul (2011) et les dimensions suggérées par Davies (2015), le regard historique et conceptuel du premier facilite la compréhension du modèle plus complexe du second.

### **1.3.2 Modèle conceptuel de Davies (2015)**

Le schéma du modèle conceptuel que Davies (2015) propose peut être retrouvé en annexe (Annexe A). Ce modèle représente la pensée critique sous forme de cercles concentriques, représentant différentes dimensions du concept. Les prochaines sections présentent les cinq conceptions principales exposées par Davies (2015).

### *1.3.2.1 Conception basée sur les habiletés (Skills view)*

Au centre du modèle, ou au cœur de la pensée critique, se situe une conception dite « cognitive », qui considère la pensée critique comme une habileté qui peut être apprise et pratiquée. Cette conception de la pensée critique est reliée à la logique formelle et informelle, plus particulièrement pour ce qui est de l'identification, de l'analyse et de l'évaluation d'arguments et de propositions (Davies, 2015, p.49). Cette identification, cette analyse et cette évaluation se font notamment par l'utilisation et l'orchestration d'habiletés de pensée organisées sous forme d'argumentation. Placer cette conception au cœur du modèle n'est pas fortuit. Si plusieurs définitions, voire la plupart, affirment qu'il n'est pas possible de limiter la pensée critique à cette dimension, il en est peu qui en réfutent l'apport.

Les habiletés de pensée sont, selon Lipman (2011), des opérations mentales qu'il est possible de combiner entre elles afin de faire émerger des réalisations plus complexes, les actes mentaux. Les actes mentaux sont donc basés sur l'agencement de différentes opérations et permettent des réalisations telles que la production de jugements, l'évaluation, le jugement. Ces différents actes mentaux doivent effectivement se baser sur un ensemble d'opérations, représentées par les habiletés de pensée, afin d'être produits. Par exemple, identifier un choix est un acte mental qui suppose de distinguer les raisons qui sous-tendent les différentes options et les conséquences possibles, de les comparer, d'établir des critères de jugement, de les évaluer, etc. Ainsi, l'acte de choisir s'appuie sur l'agencement de plusieurs habiletés de pensée. Les habiletés de pensée peuvent s'exprimer par des expressions représentant des actions potentiellement observables : formuler des hypothèses, distinguer, évaluer, etc. Il n'existe pas de liste définitive et unique d'habiletés de pensée. Davies (2015), suite à l'analyse des écrits de plusieurs auteurs en pensée critique, en dresse d'ailleurs une liste qui en regroupe plusieurs dizaines, qu'il rassemble en différentes catégories : habiletés de base, habiletés d'analyse, habiletés de synthèse, habiletés complexes (d'évaluation) (Davies, nd). De leur côté, Sasseville et Gagnon (2012) regroupent des habiletés de pensée sous trois grands actes : raisonner, rechercher et organiser l'information, qui sont repris également par Gagnon et Yergeau (2016), qui en proposent une certaine séquence d'acquisition.

Identifier, analyser et évaluer des arguments sont des habiletés centrales à adresser dans la formation des étudiants, qui ne sont actuellement pas assez préparés à cet effet (Davies, 2015). L'argumentation mène à la prise de décision, qui est essentielle dans l'apprentissage

des étudiants et l'exercice des professions (Davies, 2015; Schön, 1987). Cette conception de la pensée critique demeure néanmoins majoritairement basée sur la logique formelle et informelle et appartient à une vision plus cognitive du concept (Davies, 2015). Elle rencontre certaines limites notamment lorsqu'il est question de juger de la validité des argumentations produites en regard d'un contexte particulier, ce qui est reconnu comme étant central également dans la formation des étudiants (et dans la pratique réflexive).

#### *1.3.2.2 Conception basée sur les habiletés et les jugements (Skills-and-Judgments view)*

La seconde conception présentée dans le modèle de Davies (2015) intègre les notions de jugement et de réflexivité au premier niveau présenté. Ainsi, l'argumentation ne se résume plus à un simple exercice logique, mais devient une réalisation de la pensée visant la production de jugements valides et acceptables. Cette réalisation est par ailleurs examinée par l'aspect réflexif de la pensée critique.

Pour Ennis (1985), la pensée critique est une « pensée réflexive et raisonnable qui permet de décider ce qu'on doit croire ou non » (Ennis, 1985). La pensée critique s'appuie sur des critères, c'est-à-dire qu'elle établit des règles et des principes qui lui permettent de poser un jugement (Lipman, 2011). Le jugement est le produit de la raison : « raisonner, c'est argumenter, soutenir une position, la défendre (...) afin de préserver et défendre ce qu'on estime être vrai » (Sasseville et Gagnon, 2012, p.28-29). Le jugement de ce qui est vrai, bon, beau, juste,... s'appuie notamment sur l'orchestration de différentes habiletés de pensée sous forme d'argumentation. Les habiletés de pensée sont également mobilisées afin de vérifier la validité et l'acceptabilité des jugements produits et ce, en tenant compte du contexte dans lequel ils sont formulés. Ainsi, la pensée critique permet éventuellement de produire des jugements pouvant soutenir des idées, croyances ou des actions à entreprendre. Selon Lipman (2011), le penseur critique, producteur de jugements, devrait être « guidé par des critères et des normes, sensible au contexte et autocorrecteur » (p.70). Cette conception apparaît centrale à l'exercice de la pratique réflexive, qui doit être étroitement reliée au contexte et s'assurer de mener vers de « bons jugements », nécessaires à la pratique professionnelle.

La dimension réflexive, quant à elle, constitue la faculté qu'a la pensée de se prendre elle-même comme objet : « La pensée réflexive est celle qui est consciente de ce qu'elle affirme et des implications de ces affirmations ; elle est également consciente des raisons et de la justification de ses conclusions » (Lipman, 2011, p.38). Ainsi, la pensée réflexive s'intéresse



non seulement au produit de la pensée, ici les jugements, mais également aux processus y ayant mené. La pensée réflexive s'observe et s'auto-évalue entre autres par le biais de la métacognition. Elle mobilise en quelque sorte ses propres outils pour s'analyser : « la métacognition est donc l'habileté à appliquer des actes cognitifs à d'autres actes cognitifs » (Sasseville et Gagnon, 2012, p.152). De plus, elle vise une « autorégulation » : la pensée s'observe, s'évalue puis s'autorégule (Yergeau, 2018). La pensée réflexive est donc reliée à la fois à la métacognition, mais également à l'autorégulation. La pensée réflexive est considérée comme étant centrale à la pensée critique et à la pratique réflexive (White et al., 2006).

Cette dimension du modèle proposé par Davies suggère que la pensée critique dépasse l'application de la logique et la construction d'argumentations. Elle s'ouvre sur un horizon plus « large » en visant la production de jugements et en intégrant une dimension réflexive (métacognition et autorégulation) (Davies, 2015). Ainsi, selon la conception proposée par Davies, la pensée réflexive s'intègre dans la pensée critique afin de l'examiner et de la soutenir. Il est à noter que cette proposition est controversée dans la littérature concernant la pensée critique. L'intérêt d'adjoindre, voire d'intégrer la pensée réflexive à la pensée critique et non de la considérer comme une entité différente de cette dernière permet cependant de reconnaître son importance dans l'exercice de toute pensée critique. Ainsi, il ne devient plus possible de produire un jugement sans s'attarder à son évaluation, en tant que produit et que processus.

L'ajout de notions de jugement et de réflexivité (incluant la métacognition et l'autorégulation) à la conception de la pensée critique ne garantirait cependant pas la rigueur et la validité de la réflexion (Davies, 2015). Ainsi, un penseur pourrait construire une argumentation logique, menant à un jugement rigoureux, lui-même analysé par le biais de la pensée réflexive, mais constituant une rhétorique simplifiée, voire malhonnête. Pour Davies (2015), l'éducation supérieure devrait aller au-delà de l'apprentissage d'habiletés à juger et à décider. Ce dernier suggère à ce sujet que l'éducation supérieure devrait se baser et promouvoir une vision plus large de la pensée critique, qui inclut non seulement les conceptions basées sur les habiletés et sur les jugements, mais également une « propension ou une tendance à se conduire et agir d'une certaine façon » [traduction libre] (p.55).

### *1.3.2.3 Conception basée sur les habiletés et les dispositions (Skills-Plus-Dispositions View)*

La conception de la pensée critique basée sur les habiletés et les dispositions s'appuie sur la prémisse selon laquelle l'habileté à penser de façon critique est différente de la propension à le faire (Davies, 2015). Selon différents auteurs, la « propension » à penser de façon critique peut être associée à ce qu'on appelle des dispositions (Ennis, 1985; Facione et al., 1995), des attitudes ou même des vertus intellectuelles (Yergeau, 2018). Alors que les dispositions et attitudes peuvent être généralement considérées comme étant de même nature (c'est-à-dire qu'elles se réfèrent à un concept similaire), les vertus intellectuelles constitueraient en quelque sorte « l'excellence » de ces dernières (Yergeau, 2018). Selon Davies, les dispositions incluent « des attitudes de la pensée critique et une disponibilité ou une propension de l'humain à être critique » [traduction libre] (Davies, 2015, p.55). Il ne s'agit donc pas de raisonnements ou de jugements en elles-mêmes, mais elles sont considérées par plusieurs comme étant des « habitudes de l'esprit » qui sont des précurseurs, voire des conditions nécessaires à l'exercice du jugement critique (Davies, 2015). Il s'agit donc plutôt d'états mentaux ou affectifs (Davies, 2015; Lipman, 2011; Yergeau, 2018) qui agissent comme des motivations internes à réfléchir et à agir de façon critique (Facione et al., 2000). De nouveau, il n'existe pas de liste finie des différentes dispositions associées à la pensée critique. Davies, (nd), sur la base de l'analyse des écrits de plusieurs auteurs, en dresse de nouveau une liste qui en regroupe plusieurs dizaines (Davies, nd).

Les dispositions peuvent être envisagées selon trois composantes : une sensibilité, une inclinaison, puis une habileté (Davies, 2015). La première concernerait une sorte d'éveil ou d'attention face à la situation, la deuxième référerait à une forme d'impulsion à agir d'une certaine façon, et la troisième référerait à l'habileté de démontrer un certain comportement, ou une actualisation de la disposition. Ainsi, la pensée critique peut être considérée comme une capacité, qui peut ou non s'exercer selon les dispositions de la personne.

Les dispositions et les attitudes constituent également des conditions favorables, voire nécessaires à la pratique réflexive et à la FIP (Best et Williams, 2019; Brewer et Jones, 2013; Flood et al., 2019; Orchard et al., 2010; Walsh et al., 2005). Selon Davies (2015), les dispositions devraient être intégrées à la conception de la pensée critique soutenue dans l'enseignement supérieur. Cette conception demeure cependant limitée à la vie intellectuelle

et ne considère pas nécessairement les retombées possibles, voire souhaitables, de la pensée critique dans l'action.

#### *1.3.2.4 Conception basée sur les habiletés, les dispositions et les actions (Skills-Plus-Dispositions-Plus-Actions view)*

Dans certaines traditions, d'abord incarnées par Aristote, confiner la réflexion au domaine intellectuel constitue une « faiblesse de l'esprit » (Davies, 2015). Ainsi, la considération de l'action prend de l'importance dans les deux dernières conceptions de la pensée critique présentées par Davies (2015). Afin de s'engager dans l'action, l'individu doit cependant posséder les habiletés et les dispositions nécessaires à sa pensée critique (Davies, 2015).

La conception de la pensée critique basée sur les habiletés, les dispositions et les actions regroupe trois aspects : penser, réfléchir et agir (Davies, 2015). Cette dimension présuppose que le penseur critique est non seulement disposé à réfléchir, mais également à agir en fonction de ses jugements. On dépasse une conception individuelle de la pensée critique pour progressivement l'ancrer dans le monde qui entoure le penseur. Alors que les conceptions précédentes s'intéressent à ce que la pensée critique est ou devrait être, cette nouvelle dimension s'intéresse plutôt à ce que le penseur critique fait, à ce qu'il est et à ce qu'il peut devenir (Davies, 2015). Ainsi, cette dimension présuppose une dimension morale et éthique à la pensée critique.

Cette conception représente un potentiel, voire une prescription pour la formation en éducation supérieure (Davies, 2015). Il s'agit d'une dimension présente dans plusieurs définitions de la pratique réflexive, qui vise une transformation de la personne et une influence dans sa pratique (Duffy, 2007; Goulet et al., 2016).

#### *1.3.2.5 Conception basée sur les habiletés, les dispositions, les actions et les relations (Skills-Plus-Dispositions-Plus-Actions-Plus Social Relations view)*

En plus des actions présentées dans la conception précédente, s'ajoutent ici l'importance des relations sociales comme éléments essentiels à la pensée critique. Cette conception est notamment associée à la pédagogie critique (Davies, 2015; Freire, 1974). L'action visée par cette dimension s'inscrit donc dans un courant « critique » ou « engagé » : les

pédagogues associés à ce mouvement « took “critical” to mean “critique” »<sup>8</sup> (Davies, 2015, p.71). On considère que la pensée critique doit porter un regard sur les réalités sociales et politiques dans le but de permettre une plus grande liberté de pensée et d'action (Davies, 2015). Selon cette conception, la pensée critique doit se placer au service de la transformation des sociétés, pour la lutte contre les inégalités et l'oppression (Davies, 2015; Freire, 1974).

De nouveau, la pratique réflexive peut être interpellée par cette conception dans sa remise en question des cadres de référence et sa visée transformationnelle. La FIP peut également soutenir ce type de transformation, notamment face aux inégalités de santé, aux préjugés liés à certaines populations ou au manque d'adaptation des services face à différentes cultures (Amundson et al., 2008; Iles-Shih et al., 2011; Lee et al., 2013; Liang En et al., 2011; Vatne, 2010).

La proposition de Davies (2015) permet de considérer la complexité et la richesse de la pensée critique. En fait, elle invite à concevoir cette dernière non pas comme un concept unique, mais bien comme un phénomène multiple qui s'est enrichi et diversifié au fil des différentes « vagues » (Davies, 2015; Paul, 2011). L'intégration de la pensée critique dans l'enseignement supérieur devrait tenir compte des différentes conceptions présentées plus haut et en viser idéalement tous les niveaux. En effet, la formation de penseurs critiques ne saurait faire l'économie des habiletés, de l'argumentation, des jugements et des dispositions et de l'action (Davies, 2015).

### **1.3.3 Définition de l'Association américaine de philosophie**

La définition de pensée critique proposée par l'Association américaine de philosophie (*American Philosophical Association*), issue d'une démarche Delphi impliquant 46 participants, propose un regard holiste sur cette dernière et intègre plusieurs éléments énoncés par Davies (2015) :

La pensée critique est un jugement délibéré et autorégulateur qui résulte de l'interprétation, de l'analyse, de l'évaluation et de l'inférence, ainsi que de

---

<sup>8</sup> La traduction en français est complexe ici, compte tenu que le même terme, soit « critique », est souvent utilisé dans les deux cas.

l'explication de considérations, de preuves, conceptuelles ou méthodologiques, de critères à partir desquelles le jugement est basé. La pensée critique est nécessaire au processus de recherche. Ainsi, la pensée critique est une force libératrice en éducation et une ressource puissante pour la personne en tant qu'individu et citoyen. Sans être synonyme de bien penser, la pensée critique est un phénomène autorégulateur. Le penseur critique idéal est habituellement inquisiteur, bien informé, confiant en la raison, ouvert d'esprit, flexible, juste dans l'évaluation, honnête face à ses biais personnels, prudent dans ses jugements, disposé à reconsidérer, sincère face aux enjeux, ordonné face aux questions complexes, diligent dans la recherche d'informations pertinentes, raisonnable dans la sélection de critères, orienté vers la recherche et persévérant dans la recherche de résultats aussi précis que le sujet et les conditions de l'enquête le permettent. Ainsi, éduquer des penseurs critiques signifie de travailler vers cet idéal en combinant le développement d'habiletés de pensée critique et le développement de ces dispositions qui sont à la base d'une société rationnelle et démocratique. [traduction libre] (Facione, 1990)

Ainsi, les habiletés de pensée, les dispositions (ou attitudes), la visée d'action dans la société de même que l'importance de l'éducation de penseurs critiques sont au cœur de la définition de l'Association américaine de philosophie (Facione, 1990), à l'instar de la proposition de Davies (2015). Considérant l'importance de la pensée critique pour la pratique réflexive, toute initiative de pratique réflexive devrait tenir compte de ces différents éléments afin de s'en inspirer et de les intégrer, en tout ou en partie. Les propositions de Davies (2015) et de Facione (1990) soulignent en effet de nouveau la proximité ontologique entre la pratique réflexive et la pensée critique. Toutes deux impliquent certaines dispositions ou attitudes, qui prédisposent la personne à s'engager dans un processus réflexif authentique. De plus, la pratique réflexive et la pensée critique sont sensibles au contexte et cherchent à évaluer l'ensemble des facteurs influençant une situation : elles sont impliquées dans l'examen minutieux et continu des actions (Fook, 2015b). Enfin, selon certaines conceptions (Davies, 2015; Facione, 1990), la pensée critique vise un réinvestissement de la réflexion dans la pratique, dans un but d'ajustement, d'avancement et d'amélioration, tout comme cela est le cas pour la pratique réflexive. La pensée critique apparaît donc primordiale pour la pratique réflexive. Dans ce projet doctoral, elle sera donc considérée comme essentielle, voire inhérente à cette dernière.

## **1.4 Présupposés de la conception de la pratique réflexive à la base du projet doctoral**

Considérant la complexité du concept de pratique réflexive et les multiples dimensions qu'elle comporte, cette section ne vise pas à présenter une définition précise de cette dernière, mais bien à rendre compte de cette complexité. Ainsi, cette section expose les présupposés de la conception de la pratique réflexive sous-tendant le projet doctoral en tenant compte des éléments présentés plus haut concernant cette dernière et la pensée critique. Ces présupposés sont regroupés en fonction de différents angles : ce que la pratique réflexive demande, comment elle se manifeste, sur quoi elle s'appuie, ce qui la soutient et ce qu'elle vise. Cette présentation est complétée par des considérations supplémentaires en lien, notamment, avec des contextes possibles d'exercice de la pratique réflexive.

La pratique réflexive demande :

- une disposition à se remettre en question et une ouverture face à la réflexion et à ses possibilités de changements;
- une « awareness », c'est-à-dire une attention et une sensibilité aux différents éléments de sa pratique : ses actions, ses relations, ses valeurs et principes, ses préconceptions, ses connaissances, ses cadres de référence, etc.;

La pratique réflexive se manifeste par :

- un examen consciencieux, conscient et délibéré des éléments de la pratique par l'observation, la remise en question, l'évaluation et le jugement.

La pratique réflexive s'appuie sur:

- la pensée critique. Elle tient compte notamment du contexte et se base sur des critères en vue d'émettre des jugements;
- la pensée créative et divergente. Elle est en mesure de s'extraire de ses propres cadres afin d'envisager d'autres possibilités;
- une réflexion éthique qui considère le bien, le juste et le bon pour la personne, ses proches, la communauté, les soignants et les systèmes;
- un raisonnement rigoureux soutenu par un ensemble d'habiletés de pensée pouvant être modulées en fonctions des besoins de la situation et des objectifs visés dans le but d'émettre des jugements valides et valables;

La pratique réflexive est soutenue par :

- une réflexion sur elle-même : une métacognition, une autocritique et une autorégulation de ses propres processus;
- le dialogue qui favorise notamment une prise de distance face à soi-même et la considération d'autres perspectives.

La pratique réflexive vise :

- un retour vers la pratique. À partir du jugement émis sur les éléments de la pratique, la pratique réflexive confirme, nuance ou remet en question ces derniers dans un but d'amélioration continue et, le cas échéant, de transformation.

La pratique réflexive peut :

- émerger d'une situation problématique ou nouvelle. Elle peut également (devrait) être sollicitée dans toute autre circonstance, dans un but général d'examiner et/ou d'améliorer sa pratique;
- avoir différents objets. Elle peut porter sur des actions, sur des réflexions ou des conclusions, sur l'organisation des services, sur la situation d'une personne et de ses proches, etc;
- être menée dans différents contextes, par exemple lors de simulations en contexte académique, en stage, lors d'une consultation, pendant une discussion interprofessionnelle, etc;
- en vue de différents buts, soit l'amélioration de la pratique, la remise en question de certains biais socio-culturels, la diminution des erreurs, l'augmentation de l'efficacité d'un service, la résolution d'un dilemme éthique, etc;
- mener vers une transformation. Elle peut également permettre de confirmer la validité, justice, équité, rigueur, adéquation, exactitude, etc., d'une action, d'une idée, d'une conclusion, d'un fonctionnement, etc.

Dans les prochaines sections et chapitres, le terme « pratique réflexive » référera à ces présupposés.

## **1.5 Pratique réflexive, pensée critique et formation interprofessionnelle en sciences de la santé : un croisement porteur pour le projet doctoral**

Les sections 1.1, 1.2 et 1.3 ont porté sur la FIP, la pratique réflexive et la pensée critique. Cette section vise à explorer les liens potentiels entre les trois construits de façon à poser les bases nécessaires à la démarche de design pédagogique du projet doctoral. Le développement de la pratique réflexive et de la pensée critique ne sauraient être relégués à la spontanéité, la simple observation ou l'intuition (Clark, 2009; Lafortune, 2015; Papp et al., 2014). On ne peut présupposer de la compétence des étudiants à ce sujet; il apparaît au contraire important que ces derniers apprennent à réfléchir, en contexte interprofessionnel ou non, avant que cela ne soit exigé d'eux (Aronson, 2011). Suite à une méta-analyse portant sur les différentes interventions pédagogiques visant le développement de la pensée critique, Abrami et al. (2008) ont formulé une série de conclusions à cet effet. Parmi celles-ci, ils soulignent l'intérêt de combiner différentes approches pour favoriser l'apprentissage de la pensée critique. D'abord, il apparaît important de mettre en place des approches dites « générales », qui consistent en des méthodes explicites et décontextualisées, qui abordent des éléments théoriques reliés à la pensée critique (Abrami et al., 2008). Ensuite, il importe « d'immerger » les étudiants dans une expérience en lien avec leur sujet d'étude, soit la matière ou la discipline qu'ils apprennent, et « d'infuser » les connaissances théoriques dans ce contexte. Les approches par infusion « nécessitent la compréhension réfléchie et en profondeur du sujet à propos duquel les étudiants sont encouragés à penser de façon critique » [traduction libre] (Abrami et al., 2008, p. 1106). Ainsi, il apparaît important de rendre explicites des enseignements théoriques liés à la pensée critique et d'amener les étudiants à mettre en pratique ces enseignements dans un contexte significatif pour eux. Cette approche rejoint les exigences de sens et d'authenticité dans l'apprentissage en FIP.

Afin de soutenir l'enseignement et l'apprentissage des étudiants en matière de pensée critique et de pratique réflexive, il est nécessaire que les objectifs d'apprentissage soient clairement définis et explicites, tant auprès des facilitateurs que des étudiants. Des objectifs clairs favorisent l'atteinte des résultats souhaités (Abrami et al., 2008; Clark, 2009). À cet effet, l'apprentissage doit permettre le développement d'habiletés reliées à la pensée critique (Daniel et Auriac, 2011). L'enseignement actuel en pratique réflexive et en pensée critique semble néanmoins déconnecté de ses fondements conceptuels et théoriques,



notamment en ce qui concerne la logique formelle et informelle, ce qui mène à des initiatives parfois superficielles et disjointes (Davies, 2015; Ng et al., 2015; Paul, 2011). Or, il apparaît essentiel de renouer avec ces fondements et de mieux définir ce qui est en jeu dans la pratique réflexive pour être en mesure par la suite de soutenir l'enseignement et de favoriser l'apprentissage des étudiants (Coty et al., 2015; Fragkos, 2016; Ng et al., 2015). Une meilleure compréhension des mécanismes réflexifs à l'œuvre et favorables à la FIP devient également une voie incontournable à explorer, compte tenu du peu de données à cet effet actuellement (Clark, 2009; Flood et al., 2019; Perversi et al., 2018).

La pratique réflexive et la pensée critique sont des entités complexes qu'il peut être laborieux d'opérationnaliser (Abrami et al., 2008; Finlay, 2008; Papp et al., 2014). Or, cette opérationnalisation devient importante lorsqu'il est question d'infuser la pratique réflexive dans un contexte pédagogique (Mamede et Schmidt, 2004; Papp et al., 2014; White et al., 2006). Différents éléments issus des définitions et conceptions nommées plus haut peuvent offrir des balises en ce sens. La plupart des modèles en pratique réflexive présentent une liste d'étapes à accomplir, qui n'opérationnalisent généralement pas les mécanismes à l'œuvre dans l'accomplissement de chacune de celles-ci (Finlayson, 2015; Johns, 2010; Kolb, 2014; Schön, 1987). De plus, ils offrent peu d'outils concrets pour une réflexion en cours de pratique, particulièrement en contexte collaboratif. Les différentes conceptions de la pensée critique nous renseignent de leur côté un peu plus à ce sujet, notamment lorsqu'il est question de dispositions (ou attitudes) et d'habiletés (Davies, 2015; Facione, 1990). Ces dernières constituent en effet des cibles à développer dans un contexte d'enseignement de la pensée critique et de la pratique réflexive (Facione, 1990). Le présent projet s'intéresse particulièrement aux habiletés de pensée. Les dispositions sont des états mentaux ou affectifs (Davies, 2015; Lipman, 2011; Yergeau, 2018) qu'il peut être ardu d'observer directement (Papp et al., 2014). Par exemple, il est possible d'observer certains indices ou manifestations d'ouverture d'esprit ou d'honnêteté face à des biais personnels, mais ces indices demeurent extérieurs à la disposition, qui elle, demeure interne. De plus, ces manifestations s'expriment notamment par l'utilisation de questionnements orientés vers soi ou vers les autres, par l'exploration d'autres points de vue et par leur évaluation, par la comparaison et la distinction, en somme, par l'utilisation de différentes habiletés de pensée. Les habiletés de pensée sont pour leur part impliquées dans la formulation et l'évaluation de raisonnements et de jugements, ce qui constitue une composante essentielle du travail des professionnels en santé et services sociaux (Sadlon, 2018). De plus, les habiletés de

pensée ont le potentiel de soutenir la collaboration et la co-construction de sens en équipe (Daniel et Auriac, 2011; Fisher, 2007; Gagnon et Yergeau, 2016; Yergeau, 2018), ce qui constitue une condition fondamentale en matière de FIP (Blondon et al., 2017; DeKeyser Ganz et al., 2016). En effet, les habiletés de pensée sont particulièrement utiles en contexte dialogique alors qu'elles favorisent le partage de propos organisés, qu'elles soutiennent le questionnement, la prise en compte des idées des autres pour construire son propre point de vue, l'argumentation, etc. (Daniel et Auriac, 2011; Fisher, 2007; Gagnon et Yergeau, 2016; Yergeau, 2018). Les habiletés de pensée peuvent par ailleurs être mobilisées dans l'examen attentif de la pratique, au cœur de la pratique réflexive. Pour White, effectivement, « dans son sens le plus large, la pratique réflexive ou la pensée critique semble s'appliquer à l'utilisation d'habiletés de pensée dans l'examen et le développement de la pratique » [traduction libre] (p.12). Enfin, la sollicitation et la mobilisation des habiletés de pensée auraient le potentiel d'encourager la manifestation de dispositions favorables à la pensée critique et vice versa (Facione et al., 1995). Le fait de se concentrer sur les habiletés pourrait donc, possiblement, favoriser également l'apparition de ces dispositions.

Ainsi, cette thèse propose d'explorer les fondements théoriques pertinents à une pratique réflexive en FIP, de développer une approche en fonction des principes identifiés, puis à examiner les retombées de son implantation chez les étudiants et les facilitateurs.

## Chapitre 2. Objectifs de la thèse et méthodologie

Ce chapitre vise à préciser les objectifs de la thèse et la méthodologie utilisée pour le projet doctoral. Il s'agit donc d'une méthodologie générale qui s'intéresse au processus de recherche global ayant mené à l'implantation et à l'évaluation d'une approche de pratique réflexive en FIP. La méthodologie de chacune des étapes d'analyse ou d'évaluation est pour sa part détaillée dans les chapitres 3 à 8.

### 2.1 Objectifs de la thèse

L'objectif général de la thèse visait à développer une approche de pratique réflexive adaptée à la FIP et fondée théoriquement afin d'outiller les facilitateurs dans leur rôle et de soutenir la collaboration et les discussions interprofessionnelles entre les participants. Cinq objectifs spécifiques en découlaient :

1. Examiner la pertinence au plan théorique et pratique, de la pratique réflexive dans un contexte de FIP;
2. Identifier les principes et caractéristiques à mettre en place pour développer une approche de pratique réflexive fondée théoriquement et adaptée à la FIP;
3. Élaborer une approche de pratique réflexive adaptée à la FIP fondée sur les principes et caractéristiques identifiés;
4. Implanter l'approche de pratique réflexive développée en contexte de FIP auprès des facilitateurs et des participants;
5. Évaluer les retombées de l'implantation de l'approche développée auprès des facilitateurs et des participants.

L'examen théorique de la pertinence de la pratique réflexive en contexte de FIP (objectif spécifique 1) est débuté dans le chapitre 1, par le biais d'un relevé de littérature portant sur les trois objets d'intérêt principaux de la thèse : formation interprofessionnelle, pratique réflexive et pensée critique. Le chapitre 3 permet de poursuivre cet examen par la présentation d'un premier article : une recension réaliste portant sur la pratique réflexive en CIP et en FIP. La portion pratique de l'examen de la pertinence de la pratique réflexive (objectif spécifique 1) est documentée dans les chapitres 4 et 6, qui présentent des articles portant respectivement sur les résultats d'une discussion focalisée menée auprès de facilitateurs et de l'analyse de discussions interprofessionnelles entre étudiants dans le cadre d'un cours de FIP. Les principes et caractéristiques à mettre en place pour la pratique réflexive en FIP (objectif spécifique 2) sont abordés progressivement, d'abord au chapitre

1, puis au fil des articles dans les chapitres 3 à 6, notamment dans la portion « recommandations » de ces derniers. Ils sont par ailleurs résumés au début du chapitre 7. L'élaboration de l'approche (objectif spécifique 3) et le contexte de son implantation (objectif spécifique 4) sont abordés au chapitre 7. Les retombées de l'implantation (objectif spécifique 5) sont présentées au chapitre 8 et discutées au chapitre 9.

## **2.2 Considérations méthodologiques générales**

Les choix méthodologiques ont été modulés par deux facteurs principaux. Premièrement, les champs de la FIP et de la pratique réflexive sont vastes et la jonction des deux est encore peu explorée actuellement. On observe de plus une certaine scission entre les fondements théoriques de la pratique réflexive et le caractère opératoire de cette dernière. Le défi de cette thèse était donc de conjuguer une analyse théorique approfondie avec le développement d'outils concrets, opérationnalisables pour la FIP. La méthodologie empruntée par le projet devait donc permettre de construire l'approche visée de façon méthodique, en s'assurant de maintenir ces liens pendant tout le processus. Deuxièmement, l'approche finale devait être intégrée à un cours déjà existant à l'Université Laval. L'élaboration de FIP est un processus laborieux, coûteux en temps et en ressources humaines (Freeth et al., 2005; Oandasan et Reeves, 2005a; WHO, 2010a). Il est recommandé à cet effet de développer de nouvelles initiatives en FIP de façon graduelle, en bonifiant progressivement ces dernières par la suite (Freeth et al., 2005). Il existe actuellement à l'Université Laval un continuum de cours implanté depuis près de dix ans et impliquant des dizaines de personnes ressources (ou facilitateurs). De plus, le continuum rejoint plus de 3000 étudiants en santé et services sociaux chaque année, des étudiants qui évolueront de façon imminente dans des milieux cliniques à titre de professionnels. Il apparaissait ainsi pertinent, voire important, de s'intéresser à ce continuum déjà existant afin de considérer la possibilité de le bonifier. Ce faisant, la méthodologie du projet devait tenir compte des contraintes inhérentes au format du cours et s'y adapter.

## **2.3 Éthique**

L'ensemble de ce projet a été analysé et approuvé par le comité d'éthique à la recherche de l'Université Laval (#2018-263), selon l'Énoncé des politiques des trois Conseils

concernant l'éthique de la recherche<sup>9</sup>. La lettre de confirmation et les formulaires de consentement sont présentés en annexe (Annexe B).

## 2.4 Devis méthodologique

La démarche de développement de l'approche de pratique réflexive s'appuie sur un devis mixte de recherche action collaborative. Une recherche action collaborative vise à la fois une meilleure définition du champ théorique et une optimisation du domaine pratique dans le but « d'accroître le niveau de compétence des partenaires et de compréhension d'une problématique multiple et complexe en vue d'y apporter des solutions novatrices, efficaces et efficientes » (Lefrançois, 2008, p. 94). Ce devis est particulièrement utile en raison de la complexité des initiatives de FIP (Paradis & Reeves, 2013; Reeves et al., 2015). Concrètement, ce devis demande l'implication d'acteurs et d'experts du domaine et ce, tout au long du processus. Le produit final permet « d'appréhender de nouvelles formes de connaissances pour la formation et de les mettre en pratique directement dans les milieux concernés et au sein des systèmes dans lesquels elles évoluent » (Lefrançois, 2008, p. 18). Ce devis paraît particulièrement adapté à l'élaboration d'une approche de pratique réflexive, car cette dernière devrait idéalement émerger des besoins et des caractéristiques précises du contexte visé (Boud et Walker, 1998). La validité de ce devis se situe dans le lien étroit entre théorie et pratique, de même que dans la triangulation des données provenant de différentes sources et méthodes (Catroux, 2002).

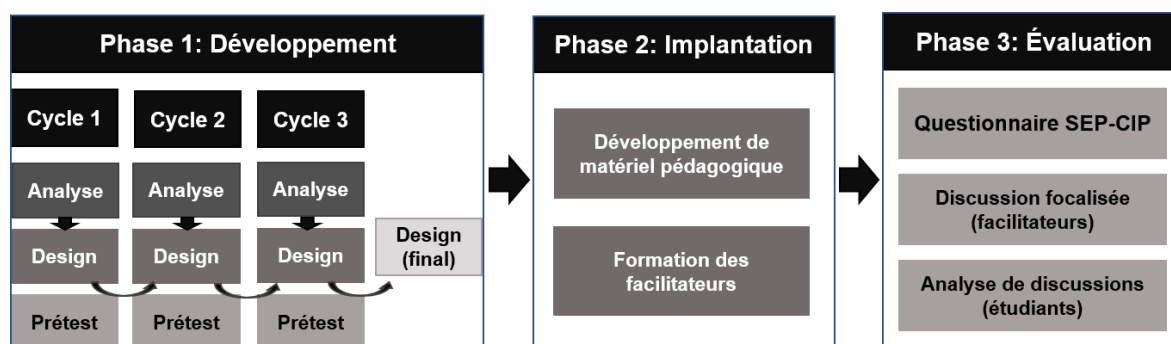
Le modèle de design pédagogique ADDIE favorise la triangulation des données et le dialogue entre la théorie et la pratique (Barab et Squire, 2004). Il comprend cinq étapes : l'analyse, le design, le développement, l'implantation et l'évaluation, permettant éventuellement de transférer les résultats d'une analyse théorique et empirique vers un contexte pratique d'éducation/formation (Barab et Squire, 2004). Ce modèle est donc utile dans le domaine de l'innovation et du développement pédagogique. Bien qu'il s'agisse d'un

---

<sup>9</sup> ÉPTC 2, Article 2.5, p.19 :

Énoncé de politique des trois Conseils, É. (2010). Éthique de la recherche avec des êtres humains. Ottawa, ON: Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, Instituts de recherche en santé du Canada.

modèle présenté sous forme séquentielle, il peut être adapté afin d'incorporer certaines itérations entre les différentes étapes, favorisant ainsi une meilleure intégration de l'innovation au contexte final visé. Dans le cadre de ce projet de doctorat, la démarche adoptée s'est concrétisée à travers trois grandes phases intégrant les étapes préconisées par ADDIE : le développement, l'implantation et l'évaluation (voir figure 1). Un comité consultatif réunissant l'équipe de direction et deux experts consultants, une responsable de cours en FIP (É.M.) et un expert en pédagogie du dialogue philosophique (S.Y.), a été mobilisé à chacune des étapes du projet. Ces consultations visaient à valider la pertinence des contenus ciblés ainsi qu'à assurer le caractère opératoire et réaliste de l'approche développée.



**Figure 1: Phases du projet**

La phase de développement visait à répondre aux objectifs 1, 2 et 3 du projet doctoral. Elle a été segmentée en trois cycles d'analyse, de design et de prétest. Une première étape d'analyse théorique portant sur la pratique réflexive et la FIP a donc été effectuée, suivie d'une étape de design par prototypage (Gray & Black, 1994) afin de développer une première version « prototype » de l'approche pédagogique. Le design pédagogique par prototypage permet, suite à une analyse, de développer précocement une version préliminaire de l'approche finale visée, dans le but de la mettre à l'épreuve et de l'ajuster de façon dynamique, en fonction des étapes de prétest et d'analyse successives.

La phase d'implantation visait à répondre à l'objectif 4 du projet doctoral. Elle a consisté en l'implantation de l'approche dans le cadre d'un cours de FIP offert à l'Université Laval. Cette phase s'est concrétisée par l'intégration de matériel et d'activités pédagogiques destinés

aux étudiants du cours FIS-4102<sup>10</sup>-*Formation interprofessionnelle centrée sur la personne* // et par la formation des facilitateurs<sup>11</sup> impliqués lors de la session d'été 2019.

La phase d'évaluation de l'implantation de l'approche visait à répondre à l'objectif 5 de la thèse. Trois méthodes ont été utilisées. Une évaluation mixte a d'abord été menée auprès des facilitateurs afin de vérifier leur perception des changements et des retombées par le biais de questionnaires validés et d'une discussion focalisée. L'utilisation des habiletés de pensée chez les étudiants a par la suite été évaluée par le biais d'analyses de discussions interprofessionnelles menées dans le cadre du cours de FIP modifié.

Cette méthodologie, menée de façon dynamique et itérative, sera précisée dans les prochaines sections selon chacune des trois grandes phases : développement, implantation et évaluation. Les détails des activités reliées aux trois cycles d'analyse de la phase de développement feront l'objet des chapitres 3, 4 et 6. Les cycles de design et de pré-test ne seront pas abordés explicitement dans le reste de la thèse. Ces cycles ont cependant mené au design du prototype final (approche de pratique réflexive en FIP) qui sera présenté par le biais de la phase d'implantation. La phase d'implantation fera l'objet du chapitre 7 et celle d'évaluation, du chapitre 8.

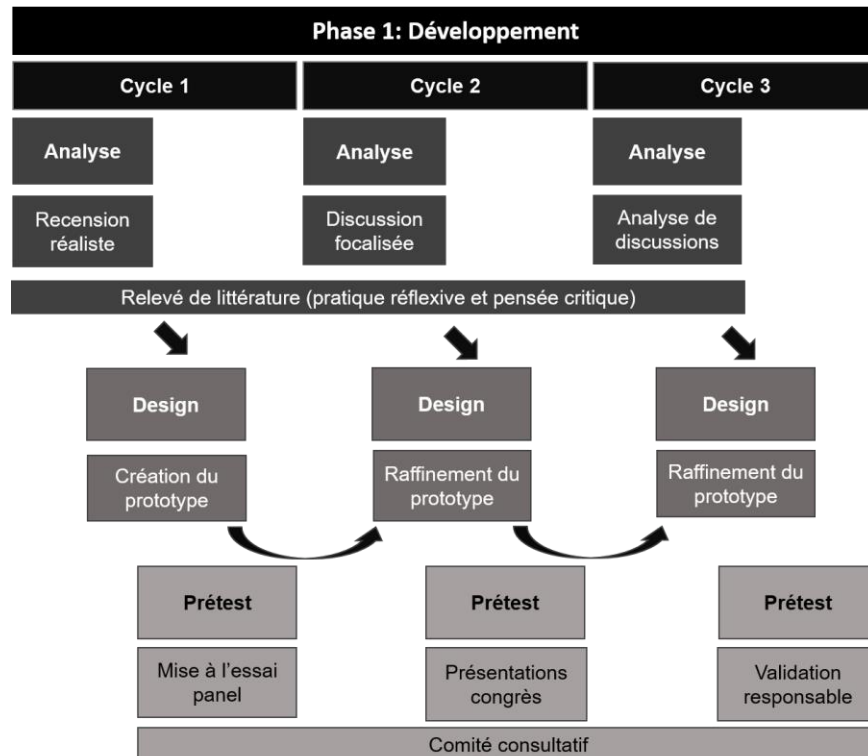
## **2.5 Phase 1 - Développement**

La phase de développement s'est concrétisée par trois cycles d'analyse, de design et de prétest/validation (voir figure 2).

---

<sup>10</sup> Il est à noter que le cours porte le sigle conjoint de FIS-4102 et de FIS-7102, selon les programmes auxquels il s'adresse. Seulement le sigle FIS-4102 sera utilisé dans la thèse en vue de simplifier le texte.

<sup>11</sup> Un facilitateur est habituellement un membre de l'équipe enseignante des Facultés impliquées dans la FIP ou un professionnel exerçant dans l'une des disciplines en santé et services sociaux concernées. Son rôle est d'accompagner les participants dans le développement de leurs compétences collaboratives.



**Figure 2: Méthodologie de la phase 1 – Développement**

## 2.5.1 Cycle 1

### 2.5.1.1 Analyse

Le premier cycle d'analyse a été réalisé à partir des écrits scientifiques portant sur la pratique réflexive et sur la formation interprofessionnelle. Une relevé exhaustif de la littérature en matière de FIP, de pratique réflexive et de pensée critique a été effectué (voir chapitre 1) ainsi qu'une recension réaliste des écrits (voir chapitre 3) (Pawson et al., 2005). Les résultats du relevé de littérature et de la recension ont permis d'identifier des principes et caractéristiques à mettre de l'avant pour le développement de l'approche de pratique réflexive en FIP.

### 2.5.1.2 Design

Le premier cycle de design a mené à l'élaboration d'une première version prototype de l'approche en fonction des principes issus de l'analyse des écrits scientifiques. Le prototype



développé consistait en un atelier combinant de la théorie et des exercices sur la pratique réflexive en FIP.

### *2.5.1.3 Prétest*

Le premier cycle de prétest a permis l'expérimentation du prototype auprès d'un panel d'experts. Le recrutement a été effectué par un échantillonnage non probabiliste par réseau (recrutement par boule de neige), au sein des réseaux de A.R. et de l'équipe de direction. Ces participants, professeurs, chercheurs, conseillers pédagogiques et chargés d'enseignement à l'Université Laval, ont été directement contactés pour participer à cette phase selon leur expertise en formation interprofessionnelle, en enseignement du raisonnement clinique, en supervision d'étudiants et en pratique réflexive. Six personnes ont participé au prétest mené par A.R. en plus de deux membres du comité consultatif (E.C. et S.Y). Les experts ciblés ont participé à un atelier de 60 minutes organisé en quatre parties :

1. Présentation théorique en lien avec la pratique réflexive
2. Exercices en sous-équipe sur la base d'exemples cliniques
3. Retour réflexif en plénière
4. Période d'échange sur les commentaires et suggestions

La période d'échange a porté sur la pertinence perçue de l'approche, sur son caractère opérationnel et sur les modifications à apporter. Les modifications ont par la suite été effectuées en collaboration avec le comité consultatif.

## **2.5.2 Cycle 2**

### *2.5.2.1 Analyse*

Le deuxième cycle d'analyse avait pour but d'ancrer concrètement l'approche développée dans un contexte pédagogique de FIP. Le deuxième cours du continuum de FIP offert à l'Université Laval a été ciblé à cet effet (FIS-4102). D'abord, une discussion focalisée a été menée auprès des facilitateurs impliqués dans ce cours afin de vérifier leur perception des difficultés rencontrées par les étudiants, les types d'interventions qu'ils adoptent pour y répondre et les défis auxquels ils font face eux-mêmes pour assumer leur rôle. Dans une recherche précédente (Milot et al., 2017), les facilitateurs impliqués dans le cours visé avaient mentionné leur besoin de soutien et de formation supplémentaire pour bien assumer leur rôle. La discussion focalisée avait pour but d'établir une cohérence entre les difficultés

notées et l'approche pédagogique à développer (voir chapitre 4). Le vécu et la perception des facilitateurs sont centraux dans l'exercice de leur rôle. En ce sens, une mesure de base a également été prise à l'aide d'un questionnaire validé portant sur le sentiment d'efficacité personnelle des facilitateurs dans le soutien des pratiques collaboratives (SEP-CIP) en vue d'une comparaison post-implantation. Ce questionnaire consiste en une adaptation francophone du TEBS-Self (Careau et al., n.d.; Dellinger et al., 2008) au contexte de la FIP. Il visait à documenter le niveau de confiance des facilitateurs en regard de leurs compétences, une donnée reconnue comme étant hautement associée à la qualité de l'enseignement offert et à l'expérience des étudiants (Dellinger et al., 2008). Enfin, un entretien individuel a été mené avec la responsable de cours afin de clarifier et de valider certains aspects soulevés par les facilitateurs lors de la discussion focalisée. Dans le cadre d'un devis de recherche action collaborative, il est important d'impliquer les acteurs du milieu dès les premières étapes de la démarche et de baser les analyses à partir de leur réalité (Lefrançois, 2008). Les résultats de cette analyse ont permis de préciser les principes et caractéristiques de l'approche réflexive à développer.

#### *2.5.2.2 Design*

Le deuxième cycle de design a permis le raffinement du prototype. Un accent a été notamment mis sur la co-construction des idées et du raisonnement en équipe. De plus, des outils dédiés aux facilitateurs ont commencé à être développés (par exemple : illustrations d'interventions entre un facilitateur et un apprenant avec l'approche développée).

#### *2.5.2.3 Prétest*

Le deuxième cycle de prétest a été mené dans le cadre d'ateliers et de présentations lors de congrès en pédagogie des sciences de la santé réunissant des cliniciens, professeurs, chercheurs, gestionnaires et étudiants. Les questions et commentaires des participants à ces présentations ont donné lieu à des ajustements du prototype, visant à s'assurer de son caractère opératoire. Par exemple, les cas cliniques proposés comme illustrations de l'approche ont été modifiés de façon à impliquer une diversité de professions et à cibler un éventail de compétences attendues chez les apprenants, en plus de l'expertise clinique (ex : communication interprofessionnelle, soins centrés sur la personne, etc).

## **2.5.3 Cycle 3**

### *2.5.3.1 Analyse*

Le troisième cycle d'analyse a permis dans un premier temps de préciser les habiletés de pensée contributives à la démarche clinique en CIP afin de les inclure dans l'enseignement explicite de l'approche développée. Ces précisions se sont basées sur une analyse théorique et empirique des habiletés pertinentes au processus de raisonnement clinique collaboratif (RCC). D'abord, les habiletés de pensée considérées pertinentes au RCC ont été identifiées sur la base d'une analyse théorique du processus. Les habiletés pertinentes pour chacune des étapes ont été déterminées par une analyse de contenu indépendante (A.R. et S.Y.) en fonction de la description des enjeux et des meilleures pratiques attendues (voir chapitre 5). Ensuite, l'utilisation spontanée des habiletés de pensée par les étudiants a été examinée par l'analyse de discussions interprofessionnelles menées lors d'un processus de RCC en contexte de FIP (voir chapitre 6).

### *2.5.3.2 Design*

Le troisième cycle de design a permis l'intégration d'habiletés de pensée précises adaptées au processus de RCC en équipe. Lors de ce cycle, les contraintes spécifiques du cours visé par l'implantation ont été considérées afin d'ajuster le prototype à ce contexte (Chapitre 7).

### *2.5.3.3 Validation*

Le troisième cycle s'est finalisé par une validation auprès du comité consultatif. Les ajustements apportés ont été discutés avec l'équipe de direction et le prototype a été ajusté avec S.Y.. Les modalités et le contenu de l'approche de pratique réflexive envisagés ont ensuite été présentés à la responsable de cours et entérinés par cette dernière.

## **2.6 Phase 2 - Implantation**

La phase d'implantation a été effectuée d'une part par l'intégration de matériel et d'activités pédagogiques dans le cours FIS-4102-*Formation interprofessionnelle centrée sur la personne II* et d'autre part, par la formation des facilitateurs. Les modalités d'implantation de l'approche sont discutées au chapitre 7.

## **2.7 Phase 3 - Évaluation**

La phase d'évaluation a permis de documenter et d'analyser les retombées de l'implantation de l'approche de pratique réflexive de manière quantitative et qualitative. Considérant la complexité des initiatives en FIP et la quantité de facteurs potentiels qui l'influencent, il est généralement recommandé de croiser des mesures qualitatives et quantitatives afin de mieux comprendre les retombées ainsi que les processus qui les sous-tendent (Reeves et al., 2010, 2015). De plus, il est recommandé que les méthodes soient étroitement reliées et inspirées par le contexte des FIP et les objectifs poursuivis (Boud et Walker, 1998). Considérant que l'approche implantée visait à la fois à outiller les facilitateurs dans leurs interventions et à favoriser la réflexion et le RCC des étudiants, il apparaissait important d'inclure des mesures pour chacun de ces aspects. Trois méthodes ont donc été utilisées pour évaluer les retombées de l'approche, chacune incluant une mesure en pré et en post. Les facilitateurs ont rempli de nouveau le questionnaire francophone validé portant sur le SEP-CIP après l'implantation de l'approche (Careau et al., n.d.). Une deuxième discussion focalisée a été menée auprès des facilitateurs impliqués dans le cours afin de vérifier leur perception des retombées des changements. De nouveaux enregistrements vidéo de discussions interprofessionnelles tenues entre les étudiants dans le cadre du cours FIS-4102 ont finalement été effectués. Les enregistrements ont été analysés afin de vérifier l'utilisation des nouvelles connaissances dans un contexte de RCC en FIP. Les informations recueillies sont présentées sous la forme de résultats supplémentaires dans le chapitre 8.

## **2.8 Conclusion**

La méthodologie du projet doctoral s'appuie donc sur un devis de recherche action collaborative (Catroux, 2002; J. E. Hall, 2006; Lefrançois, 2008), lui-même appuyé sur la méthode ADDIE (Barab et Squire, 2004). Le processus s'est décliné en trois phases, elles-mêmes subdivisées en différents cycles et activités. La méthodologie précise des différentes étapes d'analyse, de développement, d'implantation et d'évaluation est pour sa part décrite dans les chapitres 3 à 8.

### **Chapitre 3. Using reflective practice in interprofessional education and practice: a realist review of its characteristics and effectiveness**

Le chapitre 3 présente les résultats d'une recension réaliste des écrits portant sur la pratique réflexive en formation et en collaboration interprofessionnelle. Elle présente d'abord les caractéristiques des interventions de pratique réflexive recensées, puis analyse les résultats obtenus suite à ces interventions pour enfin présenter des recommandations quant à l'intégration de la pratique réflexive en formation et en collaboration interprofessionnelle. Cette recension vise à répondre aux objectifs 1 et 2 de la thèse. Cette recension a fait l'objet d'un article intitulé « Using reflective practice in interprofessional education and practice: a realist review of its characteristics and effectiveness », qui est inséré dans ce chapitre tel que publié le 4 décembre 2018 dans la revue « *Journal of interprofessional Care* ».

Richard, A., Gagnon, M., Careau, E. (2018) Using reflective practice in interprofessional education and practice: a realist review of its characteristics and effectiveness *Journal of Interprofessional Care*, 33(5), 424-436.

### **3.1 Résumé**

Cet article présente les résultats d'une recension systématique sur l'utilisation de la pratique réflexive en contexte de collaboration et de formation interprofessionnelle. La pratique réflexive est reconnue comme étant l'un des facteurs déterminants dans le développement et le maintien des compétences des professionnels en santé et services sociaux, de même que dans l'établissement de bonnes pratiques de collaboration. Elle constitue en ce sens un facteur clé en formation interprofessionnelle (FIP) où son utilité est de plus en plus affirmée. Peu d'études ont cependant été menées pour documenter son efficacité dans ce contexte. Une requête dans des bases de données électroniques en santé et services sociaux a permis d'identifier six études présentant des interventions de pratique réflexive en collaboration et formation interprofessionnelle visant à améliorer la collaboration chez les étudiants ou les professionnels en exercice. L'analyse des articles a permis d'identifier des pistes de réponse sur l'efficacité de la pratique réflexive en collaboration et en formation interprofessionnelle et de fournir des informations pertinentes sur les meilleures méthodes pour la mettre en place. Cet article contribue donc à bonifier le champ des connaissances dans ce domaine. Il conclue cependant sur l'importance de poursuivre la recherche afin de documenter plus amplement l'efficacité de la pratique réflexive en FIP et de préciser les modalités d'intervention les plus prometteuses à ce sujet.

### **3.2 Abstract**

This article presents the results of a realist review of the use of reflective practice interventions aimed at improving interprofessional education and collaborative practice (IPECP). Reflective practice is recognized as one of the determining factors in health and social service professionals' skills development and maintenance, as well as in the establishment of good collaboration practices. In this respect, it is a key element of interprofessional education (IPE) and its relevance in this field is being asserted more and more strongly. However, few studies have been conducted to document its effectiveness. The purpose of this article is therefore to advance knowledge in this field. Searches in health and social services electronic databases identified six studies presenting reflective practice interventions in IPECP aimed at enhancing collaboration among students or practicing professionals. Analysis provided preliminary answers as to the effectiveness of reflective practice interventions in IPECP, as well as pertinent information on the best methods for achieving effectiveness. It concludes by proposing recommendations designed to change reflective practice interventions in IPECP and by stressing the importance of further research in order to document more fully the effectiveness of reflective practice in IPECP and to identify the most promising intervention methods in this regard.

### **3.3 Introduction**

Interprofessional education (IPE) is regarded as a preferred means for developing the knowledge, skills, and attitudes required for interprofessional collaborative practice (ICP) and, ultimately, for improving health and social care (World Health Organization [WHO], 2010; Goldman, Zwarenstein, Bhattacharyya, & Reeves, 2009; Hammick, Freeth, Koppel, Reeves, & Barr, 2007). IPE occurs when two or more professions “learn with, from and about each other” (Barr, 2002, p.17). Through its essential interactive method and a core focus on collaboration and quality of care, IPE contributes to train “collaborative practice-ready health workforce that is better prepared to respond to local health needs” (WHO, p. 7). However, the wide variety of settings in IPE (population, goals, activities, intensity...) makes the conduct of meta-analysis hard to achieve. There is therefore a need to document its effectiveness in relation to the pedagogical potential of various teaching methods and strategies in order to improve IPE and, therefore, its impacts on ICP and health and social care (Frenk et al., 2010; Kvan, 2013; WHO, 2010). Among different methods and strategies, there is a growing interest in reflection “as a key element of transformative learning, [it] emerges as the conceptual underpinning of effective instruction for teamwork” (Clark, 2009, p. 222).

#### **3.3.1 Background**

The concept of reflective practice was inspired from John Dewey’s work on thought and thought development (1933). Dewey suggested a reflective process, inspired from the scientific approach, which can be divided into five stages: 1) Identifying the problem; 2) Defining the problem; 3) Identifying hypotheses/solutions; 4) Analysis and assessment, and 5) Testing in action. Half a century later, Schön (1987) took up the concept and applied it to the field of professional practice. The term “reflective practice” then appeared, referring to a process that begins with experiencing doubt, followed by reflection that is aimed at identifying possible solutions with a view to redesigning an action (Schön, 1987; Kinsella, 2010a; Mann, Gordon, & MacLeod, 2009; Case, 1993; Caty, Kinsella, & Doyle., 2014; Hickson, 2011; Mamede & Schmidt, 2004). Lafortune (2012, 2015) broadened the initial definition, suggesting, among other things, that reflective practice must go beyond the level of impression and reach a more critical, metacognitive, and ethical order. In the context of health and social care, reflective practice is defined as “preparedness of physicians [or healthcare providers] to think critically and to engage themselves in reflection upon their



professional activities” (Mamede & Schmidt, 2004, p. 1302). In this regard, reflective practice can be considered as an application of critical thinking to professional practice with a view to improving the latter (Lafortune 2012, 2015; Mamede & Schmidt, 2004; Mann et al., 2009; Schön, 1987; White, Fook, & Gardner, 2006). In this article, we define reflective practice as a deliberate and conscious reflection process supported by a rigorous approach such as the one put forward by Schön (1987), and involving a critical dimension, namely producing judgment based on criteria (Lafortune, 2012, 2015).

Reflection is intended to contribute to the training of professionals who are prepared to meet the challenges and the complexity of care, which Interprofessional Education and Collaborative Practice (IPECP) also attempts to address (D'Eon, 2005; Frenk et al., 2010; Kuipers, Ehrlich, & Brownie, 2014; D'amour & Oandasan, 2005). Critical reflection is considered to be one of the main interprofessional learning domains by the World Health Organization (WHO, 2010). Drynan and Murphy (2013) contend that there is “value in group reflection, focusing on interprofessional communication, problem solving and roles” (p. 24). Therefore, reflection is a key component of IPE teaching strategies (D'Amour & Oandasan., 2005; D'Eon, 2005; Frenk et al., 2010; Hammick, Olckers, & Campion-Smith, 2009; Oandasan & Reeves, 2005a, 2005b).

The idea of reflective practice interventions within a team, i.e. through dialogue, is gaining ground in the philosophy and education literature (Habermas, 2001; Lipman, 2011; Sasseville, 2000; Tozzi, 2009). This practice is in part predicated on using thinking skills, such as establishing hypotheses, finding criteria, and identifying assumptions and implications (Gagnon & Yergeau, 2016; Gagnon, 2005; Lipman, 2011; Pallascio, Daniel, & Lafortune, 2004). On the other hand, dialogue is supported by attitudes such as openness, trust, respect, and intellectual honesty (Facione, 1990; Paul & Elder, 2008), which are also key in IPECP (Oandasan & Reeves, 2005a; Canadian interprofessional Health Collaborative, 2010). Although a number of recommendations promote the use of reflective practice interventions in IPECP, few studies have focused on documenting the impact of its integration into IPECP and, to our knowledge, no review has been carried out specifically on this topic. The realist review method is particularly useful in understanding and gathering empirical evidence upon complex interventions (Pawson & Tilley, 1997) such as IPECP and reflective interventions (Drynan & Murphy, 2013; Gordon & Walsh, 2005; White et al., 2006; WHO, 2010). It will therefore be the main method used in this review. To the extent that “realist review learns from real-world phenomena” (Pawson & Tilley, 1997, p. 32), especially

from analysing different studies of the “same” intervention in different settings, this review will focus on reflective practice interventions aimed at improving IPECP.

## **3.4 Methods**

### **3.4.1 Review objectives**

This study aims to review the literature on the effects of reflective practice interventions designed to increase IPECP. To this end, the objective of this article is to i) assess the effectiveness of reflective practice interventions for improving IPECP; and to ii) describe in detail the major characteristics of these interventions that support IPECP good practices in order to provide recommendations for clinicians, IPE facilitators, and teachers.

### **3.4.2 Inclusion criteria**

The articles published after 2000 had to explicitly present a reflective practice intervention in the context of IPECP, including the training of pre-licensed, post-licensed, and/or graduate students, as well as continuing education for health and social care providers. Training had to meet the definition put forward by Reeves, Perrier, Goldman, Freeth, and Zwarenstein (2013, p. 5): “An IPE intervention occurs when members of more than one health or social care (or both) professions learn interactively together, for the explicit purpose of improving interprofessional collaboration or the health/well being (or both) of patients/clients.” Reflective practice had to constitute a core part of the intervention, (i.e. without reflective practice, the intervention would not have taken place or would have been substantially altered), it had to be carried out on a group, not at the individual level, and its effects had to be assessed. Considering that there is no common terminology and understanding in the reflective practice field, one should not make “assumptions about [this] qualitative information” (Liberati, 2009, p.11) and infer the meaning of terms found in articles. Special attention was then dedicated to rigorously defining the concept for the purpose of the search. The articles chosen had to present a reflective approach applying rigorous criteria, such as critical thinking, metacognition, and ethical thinking. Any articles using reflective terms without defining or operationalizing them were excluded. We also excluded from our review reflective interventions that were carried out in contexts other than health and social service settings, such as general and vocational colleges for example. Only peer-reviewed articles published in languages understood by the research team (French and English) were included. Conference abstracts were excluded.

### **3.4.3 Data collection**

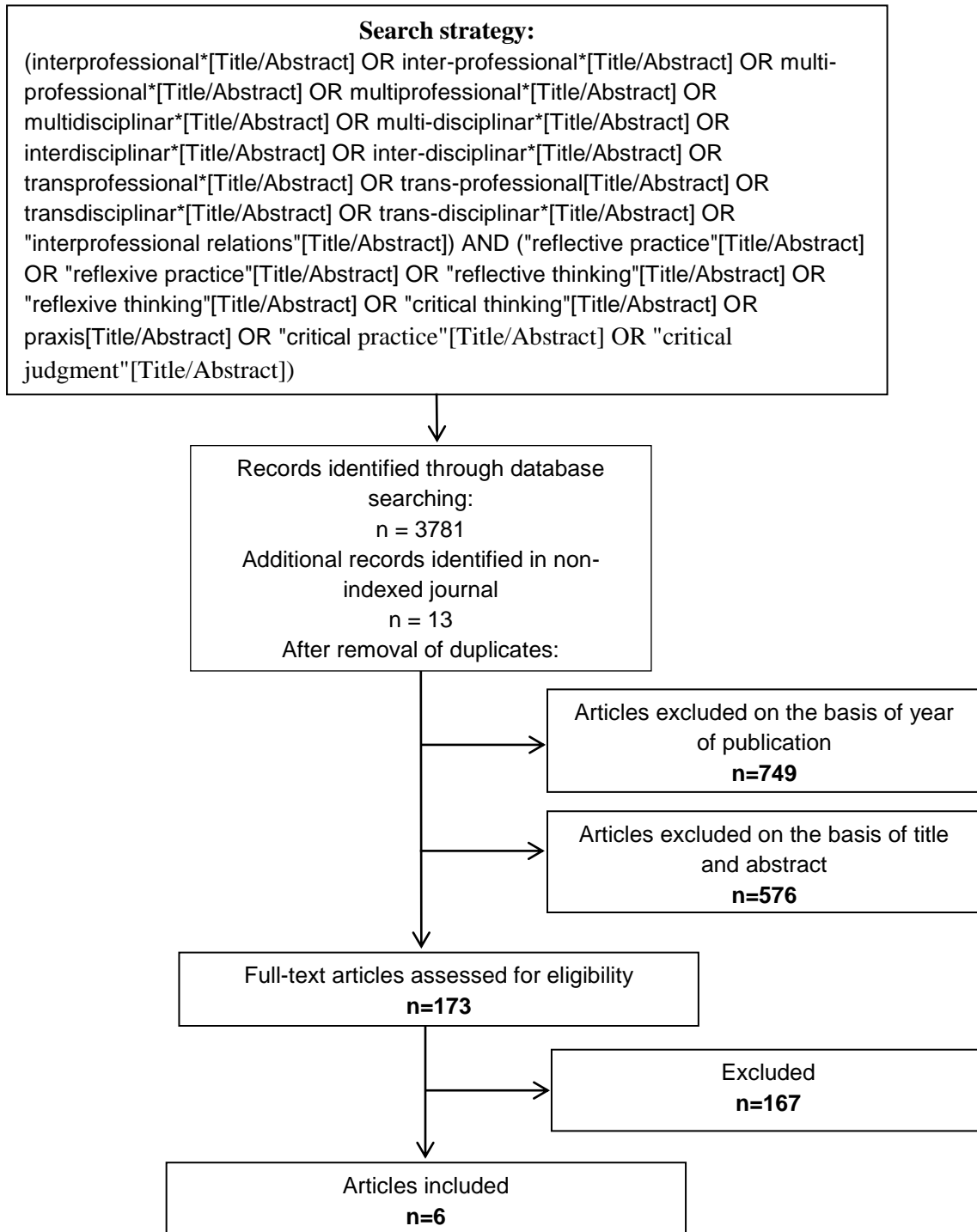
The search was conducted in March 2015 (last day March 23<sup>rd</sup>), using the Medline, CINAHL, ERIC, Embase, Psycinfo, and Web of Science databases (see Figure 1). The Journal of Research in Interprofessional Practice and Education, non-indexed at the time of review, was searched manually using the same strategy. Interprofessionalism-related terms used by Paradis & Reeves (2013) in their macrosociological analysis of IPECP trends were clustered and cross-referenced with reflective practice-related terms (Mann et al., 2009; White et al., 2006). The principal author (AR) and a research assistant verified the applicability of the selected criteria by cross-checking 10% of the articles. The articles selected upon the cross-check were compared and selection criteria were refined following discussion among the three authors. At this point, we deemed that it was necessary to further clarify the definition and criteria of reflective practice because of the insufficient detail provided by some authors as regards the procedure or reflective theory that they used. The first selection of articles, based on titles and abstracts, focussed on identifying whether the article referred to health and social care and IPECP contexts. The final selection was done by the principal author (AR) after discussing contentious articles with her coauthors. Decisions were consensually taken. All the inclusion and exclusion criteria were applied during this final full reading of the papers.

### **3.4.4 Data extraction**

To combine empirical analysis and theoretical understanding (Pawson & Tilley, 1997), a detailed extraction form was built. The following information was extracted from each article: study design, sample characteristics, context of the study, objective and description of the intervention, reflection theories/criteria used, methods of evaluation, results.

### **3.4.5 Data analysis**

Analysis was conducted in two phases in order to identify the outcomes and to give an understanding of the context in which they were produced (Pawson & Tilley, 1997, p.21). First, data concerning the i) effectiveness of reflective practice interventions for improving IPECP were categorized according to the different levels of the “Jet Classification of Outcomes” (Barr, Freeth, Hammick, Koppel, & Reeves, 2000) See Table 4 for a complete description of outcomes for each level according to Careau, Bainbridge, Steinberg, & Lovato (2016). Results were then analyzed to determine the effectiveness of reflective practice



**Figure 3: Flow chart illustrating the selection of papers for the review**

interventions according to different types of outcomes (e.g. satisfaction of learners, modification of collaborative behaviour, impact on patient health). Second, ii) characteristics of reflective practice interventions that support IPECP were identified by searching similarities and differences between interventions (Pawson & Tilley, 1997, p. 25). The methods and procedures of reflective practice interventions were identified from explicit descriptions made by the authors in the methodology sections of their articles and/or from the appendices provided (e.g. questionnaires). Narrative analysis was used to draw an initial understanding of the “ relationship between the context in which the intervention[s] [were] applied, the mechanisms by which [they] work[ed] and the outcomes which [were] produced ” (Pawson & Tilley, 1997, p. 21).

**Tableau 4: Description of outcomes according to the Jet Classification of IPE outcomes**

Levels	Description of outcomes
Level 1: Reaction	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Learners’ satisfaction toward the IPECP initiative</li> <li>- Educators / Faculty satisfaction toward the IPECP initiative</li> <li>- Patient / Community satisfaction toward the IPECP initiative</li> </ul>
Level 2a: Modification of perceptions and attitudes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Learners’ attitudes and beliefs toward IPECP</li> <li>- Learners’ self-efficacy beliefs</li> <li>- Team perceived cohesion</li> <li>- Learners’ identity</li> </ul>
Level 2b: Acquisition of knowledge and skills	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Learners’ collaborative skills</li> <li>- Learners’ knowledge about collaborative practice</li> </ul>
Level 3: Behavioural change	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Learners’ collaborative behaviour</li> <li>- Team performance</li> </ul>
Level 4a: Change in organisational practice	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organizational collaborative practice</li> <li>- Organizational culture shift toward IPECP</li> </ul>
Level 4b: Benefits to patients/clients	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patient health</li> <li>- Patient well-being</li> </ul>

The quality of the articles was judged based on the criteria suggested by Guba & Lincoln (1981), Whittemore, Chase, & Mandle (2001), and Hays & Singh (2011), because they are considered relevant for evaluating quantitative, mixed, and qualitative research papers. The

chosen criteria (coherence, credibility, transferability, accountability, integrity, transparency, authenticity, adequacy of samples, and reflectivity) were point-rated according to information found in the article, following which an overall evaluation was performed on the basis of the entire set of criteria. Some closely interrelated criteria were paired, such as the credibility and coherence pair, as well as the procedural accountability and integrity pair (Careau & Vallée, 2014). See Table 6, in the findings section, for a description of each criteria. Quality checklists are not suggested for realist review (Pawson & Tilley, 1997). Rather, “the worth of studies is established in synthesis” and is useful to “weigh up the relative contribution of each source” (Pawson & Tilley, 1997). Therefore, results of the studies are appraised according to their quality.

### **3.5 Findings**

Out of 2,231 articles reviewed initially, six studies were retained for final analysis. Interventions vary considerably in relation to participants, learning methods, and contexts of implementation. The selected articles present reflective practice interventions in an IPECP context targeting either pre-licensed students (n=2) or health care and social service professionals (n=4). A summary of the articles is shown in Table 5. The quality of the selected articles ranges from very good to poor (see Table 6).

#### **3.5.1 Effectiveness of reflective practice interventions**

Results found in the selected articles relate on many different outcomes associated with each level of the JET-Classification (Barr et al., 2000). Most of them are judged generally reliable according to our quality criteria and overall supporting the implementation of reflective practice interventions in IPECP context. Detailed results on effectiveness are presented below for each type of outcomes: reaction; change in attitudes and perceptions; acquisition of knowledge and skills; behavioural change; change in organizational practice & benefits to patients.

##### *3.5.1.1 Outcome Level 1: Reaction*

Results regarding participant reactions and appreciation in relation to the activity or the intervention (level 1) were reported in four articles (Benson, 2010; Dobson, Stevenson, Busch, Scott, Henry & Wall, 2009; Nancarrow, Smith, Ariss & Enderby, 2014; Vatne, Bjornerem & Hoem, 2009). In general, reactions were positive, participants appreciated the experience, and perceived it as being significant on the personal and professional levels.

**Tableau 5: Description of design, sample, objectives, setting, methods and evaluation tools for each selected article**

Authors, year, country	Design / Sample/ Objectives	Setting and methods	Evaluation tools
Benson, A. (2010), UK	<p><b>Design :</b> Mixed quasi experimental</p> <p><b>Sample :</b> Professionnals, n=101 teams in 55 organisations</p> <p><b>Objective :</b> Increase team effectiveness and improve service for service users.</p>	<p>The Clinical Teams Programme (CTP) was a 10-month programme designed for multidisciplinary teams. The CTP provided a structure in which teams could examine the ways they were working, identify what worked well and where there was room for improvement, and together make plans to improve the services using:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Workshops</li> <li>- Facilitated discussions</li> <li>- Cases narratives</li> <li>- Teams' observations and debriefing</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisations' registration forms.</li> <li>- Evaluations of workshops and team events.</li> <li>- Telephone interviews with the management sponsors of the programme.</li> <li>- Achievement logs, action plans and impact sheets.</li> <li>- Pre- and post- administration of the TPI.</li> <li>- Post evaluation by the team representatives.</li> </ul>
Dobson, R.T. (2009), CAN	<p><b>Design :</b> Quantitative quasi experimental</p> <p><b>Sample :</b> n=223 students from 4 health care programs (nursing, nutrition, pharmacy, and physical therapy)</p> <p><b>Objective :</b> Promote interprofessional competencies and improve patient-centred care.</p>	<p>Through a classroom-based curriculum, undergraduate students from four health care programs worked together using the quality improvement (QI) methods and tools. The QI involved working on a clinical case, in the course of which a difficulty related to team functioning was identified, relevant evidence-based data was collected, and a facilitator-guided reflective practice process was conducted in order to translate data into concrete improvements.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Facilitated discussions</li> <li>- Self reflection questionnaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pre-intervention and post-intervention self-reflection tool.</li> <li>- Post-intervention group process evaluation questionnaire.</li> <li>- Post-intervention written comments.</li> </ul>
Nancarrow, S.A.; Smith, T.; Ariss, S; Enderby, P.M. (2014), UK	<p><b>Design :</b> Qualitative action-research</p> <p><b>Sample :</b> 10 teams, including n=253 staff from more than 10 different disciplines (physiotherapist, support worker, occupational therapist, nurse, social worker, dietician, secretary/admin, speech and language therapist, psychologist)</p> <p><b>Objective :</b> Enhance interdisciplinary teamwork through structured team reflection.</p>	<p>A process of teamwork effectiveness improvement took place within ten intermediate care teams using the Interdisciplinary Management Tool (IMT). Each intervention lasted 6 months and was evaluated over a 12-month period, using formative and summative evaluation components. The process included:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Problem identification</li> <li>- Evidence-based data collection</li> <li>- Reflective process leading to change</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interviews</li> <li>- Focus group with facilitators,</li> <li>- Questionnaires.</li> <li>- Documentary feedback from structured team reports.</li> </ul>

Authors, year, country	Design / Sample/ Objectives	Setting and methods	Evaluation tools
<p>Petersson, P.; Springett, J.; Blomqvist, K; (2009), SWE</p>	<p><b>Design :</b> qualitative participatory action research</p> <p><b>Sample :</b> n=8 practitioners in a discharge planning (nurses and social worker)</p> <p><b>Objective :</b> To improve and develop discharge planning by strengthening interorganizational and interprofessional collaboration and to disseminate new knowledge to care providers.</p>	<p>A group of practitioners from different settings (hospital, psychiatric care, local health and social care) involved in discharge planning worked together through an interprofessional reflective practice process focused on the development of guidelines for improving patient discharge planning. Stories from everyday practice were first used as “triggers” for reflective dialogue guided by an external facilitator. Reflections were analyzed and translated into concrete recommendations. The process included six steps:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sharing stories</li> <li>- Structured dialogue</li> <li>- Creating insight cards</li> <li>- Building categories</li> <li>- Making theory notes</li> <li>- Evaluation questions</li> </ul>	<p>Pragmatic validity was the goal of this participatory action research and was evaluated through evaluation questions with the participants. Then, the participants created a workshop day for other care providers, aimed to discuss and share the tools developed. No further evaluation was held.</p>
<p>Van Winkle, L.J. et al. (2013), USA</p>	<p><b>Design :</b> quantitative quasi experimental</p> <p><b>Sample :</b> n= 212 pharmacy students and n=82 prospective health professions students</p> <p><b>Objective :</b> To increase physician-pharmacist collaboration scores of prospective health professions students after working with pharmacy students to perform critical thinking and reflection in interdisciplinary learning teams.</p>	<p>During two required courses of 10 weeks, pharmacy and prospective health professions students worked together on completing case assignments, thinking and reflective exercises and a team service-learning project. Reflection was supported by a series of questions. Discussions were video recorded and the course instructor used the recordings to provide feedback on students’ critical thinking skills and collaboration. In addition to lecture hours, students attended to:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Team workshops</li> <li>- Team discussion/reflection sessions</li> <li>- Team service-learning project</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Scale of Attitudes Toward Physician-Pharmacist (prior to the first course, following the first course, and following the second course)</li> <li>- Written discussion minutes and reflections graded based on the amount of critical thinking and reflection</li> </ul>



Authors, year, country	Design / Sample/ Objectives	Setting and methods	Evaluation tools
Vatne, S.; Bjornerem, H.; Hoem, E. (2009), NOR	<p><b>Design :</b> qualitative participatory action research</p> <p><b>Sample :</b> n= 52 divided in 8 teams (psychiatrists, psychologists, nurses, mental health nurse specialists, social workers, occupational therapists, nursing assistants)</p> <p><b>Objective :</b> To develop milieu therapists' acknowledging communication in their relationships with patients</p>	<p>In a medium-sized public Norwegian psychiatric hospital, the psychiatric department staff were divided in 8 multi-disciplinary groups, named "reflection groups". Two members of each groups were chosen to become "group leaders" and to facilitate reflective dialogues. The reflections were based on real stories presented by the staff. The theory of acknowledging communication was translated into concrete actions applying to narratives. The teams met 27 times over 18 months. The process included :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Clinical narratives</li> <li>- Video-recorded simulations</li> <li>- Facilitated reflective discussions</li> <li>- Project seminars in which the theory of acknowledging communication was presented and discussed.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Researchers process notes (reflections and narratives)</li> <li>- Qualitative interviews</li> <li>- Tape-recorded and transcribed verbatim of discussions</li> </ul>

**Tableau 6: Article quality evaluation**

Criteria	Coherence and Credibility	Transferability	Accountability	Transparency	Authenticity	Adequacy of samples	Reflectivity	
<b>Short description of criteria</b>	Coherence between the research question, methods, participants and the data collected + Confidence in the "truth" of the findings	Showing that the findings have applicability in other contexts, the giving enough details to inform the process and enable others to reproduce it.	<b>Integrity</b> Researcher's critical appraisal of every decision made throughout the research process + Exposure of the biases and caution in interpretation to ensure interpretations are valid and grounded in the data.	Objectivity and neutrality of the researcher. Ability to follow the researcher's decisions and interpretative efforts by means of carefully records and explicitly presented results.	The extent to which researchers fairly and faithfully show a range of different realities and perspectives.	Refers to the sample representativity of the population (including sampling method, sample size and composition)	On-going self-reflection and self-scrutiny and rigorous justifications.	<i>Overall / quality</i>
Benson, 2010	+	+/-	+/-	-	++	++	-	+
Dobson et al., 2009	-	+/-	-	+	-	++	-	+/-
Nancarrow et al., 2014	++	++	++	+	-	++	-	++
Petersson et al., 2009	++	++	++	+	+/-	+	++	++
Van Winkle et al., 2013	+	+/-	+/-	+	-	+	-	+/-
Vatne et al., 2009	+	++	++	+	++	++	-	++

Legend: ++ very good; + good; +/- poor; - very poor or absent

The facilitator's contribution to the process was considered supportive. Despite these positive reactions, some participants referred to the experience as being "challenging" (Benson, 2010) and stated that questioning can be "painful," in particular when they came to the realization that they had not acted in their patients' best interests (Vatne et al., 2009). Some participants also mentioned that they felt uncomfortable about the time they devoted to this process instead of investing it in direct service to patients (Nancarrow et al., 2014). The quality of two of these articles was very good (Nancarrow et al., 2014 and Vatne et al., 2009), one was good (Benson, 2010), and the quality of the fourth one was poor (Dobson et al., 2009). According to the appropriate scientific criteria for this level of outcomes, the results reported seem reliable. For example, 101 teams in 55 organizations were questioned in a study conducted by Benson (2010), supporting the relevance of reported reactions. Authenticity criteria was rated very good in Vatne et al. (2006), because they reported reactions from a great number of participants, a method well suited for Level 1.

#### *3.5.1.2 Outcome Level 2a: Change in Attitudes / Perceptions.*

Results regarding change in attitudes and perceptions toward interprofessional collaboration (level 2a) were reported in three of the six articles (Dobson et al., 2009; Nancarrow et al., 2014; Van Winkle et al., 2013). In all three, an improvement in attitude and a greater openness to collaboration were observed. Nancarrow et al. (2014, p. 6) identified specific key areas of awareness: understanding of others' opinions about teamwork, recognition of others' expertise and of the increased value of working together; identifying strengths and weaknesses in their teamwork, as well as the importance of conflict resolution. However, Dobson et al. (2009) highlighted the fact that inasmuch as the initial attitude is generally positive, improvement thereof is possibly limited. Use of pre- and post- measurement by Dobson et al. (2009) and Van Winkle et al. (2013), and the general scientific quality of the research in Nancarrow et al. (2014) have increased result reliability. Consequently, in this respect, the reported results are generally reliable.

#### *3.5.1.3 Outcome Level 2b: Acquisition of Knowledge / Skills.*

Results regarding the acquisition of knowledge and skills (level 2b) were reported in all six articles. A number of skills seem to have been developed following interventions: communication and dialogue (Benson, 2010, Dobson et al., 2009, and Nancarrow et al. 2014), conflict resolution (Dobson et al., 2009), understanding of roles (Benson, 2010), and

critical thinking (Van Winkle et al., 2013). Dobson et al. (2009) and Nancarrow et al. (2014) engaged participants in a data search on collaboration, and Benson (2010) integrated explicit teaching of collaboration-related theoretical content. Vatne et al., (2009) reported the acquisition of skills related to the new “acknowledging communication” therapeutic approach. As regards the reliability of the results obtained on the level of knowledge acquisition, according to Dobson et al. (2009), Nancarrow et al. (2014), and Vatne et al. (2009), the acquired knowledge was put into practice, thereby adding to result reliability. Reliability is also supported by the quality of the articles (Nancarrow et al., 2014; Vatne et al., 2009) and the consistency between knowledge acquisition methodology and measurement (Dobson et al., 2009). Benson (2010) on the other hand reported that knowledge acquisition was not based on formal measurement, hence reducing its reliability. Consequently, the results reported in relation to knowledge acquisition are generally reliable, except for those presented in one of the four articles. Concerning the reliability of knowledge acquisition results, although Van Winkle et al. (2013) measured the development of critical thinking skills on the basis of a non-validated grid, we note a consistency between the objective, the methodology, and the assessment method for this level of outcome. The quality of the article published by Benson (2010) is good, while the one authored by Dobson et al. (2009) is poor and the results they report in terms of knowledge acquisition are not reliable inasmuch as the assessment methods and criteria are ill-defined and skills are not specified. Result reliability in Nancarrow et al. (2014) is supported by the article’s very high quality, strong consistency, and cross-referencing of various measurements. Consequently, the reliability of the results reported on skills acquisition depends on the quality of the articles and the degree of consistency of the methodology used: it is high for one of the articles, whose quality was very good, and lower for the other two.

#### *3.5.1.4 Outcome Level 3: Behavioural Change.*

Three articles provided results regarding behavioural change (level 3), which refers to a change that is subsequently translated into the individual’s practice. In Benson (2010), for example, the change in behaviour concerned the team work skills and collaborative leadership area. Nancarrow et al. (2014) reported that people collaborated better and more closely. Vatne et al. (2009, p. 91), stated that “reflection, combined with narratives and dialogues, helped to transform clinical practice by bridging the gap between the theoretical ideals and the reality of daily care-giving.” The reliability of the results obtained in relation to the level of behavioural change varies. Benson (2010), whose article was deemed good,

presents insufficiently detailed results founded on ill-defined concepts. In addition, the behavioural changes reported by the participants seem to have been based on questionnaires rather than observation. Consequently, results are deemed unreliable. In contrast, in the overall very good articles by Nancarrow et al. (2014) and Vatne et al. (2009), the results presented—of practical observations—were based on varied cross-referenced measurements. The measurements carried out are therefore highly reliable.

#### *3.5.1.5 Outcome Levels 4a & 4b: Change in Organizational Practice & Benefits to Patients / Clients.*

Results in regards to change in service organization (level 4a) were reported in two of the articles. In their article, Petersson, Springett and Blomqvist (2009) presented a change in practice regarding discharge planning and the care procedure was successfully changed; good practice principles were set up by the interprofessional team, facilitating service coordination within teams and between the sectors involved in discharge planning. Vatne et al. (2009) presented a change in service organization and in the services offered to patients. The authors therefore examined the patient/client/family/community-centred care skills by introducing “acknowledging communication.” They authored one article describing the direct impact thereof on patients (Level 4b of the Jet Classification). In terms of reliability of the results obtained in relation to the level of change in organizational practice, the quality of both papers is very good. The methodology used is highly consistent: the target was a change in practice with the active involvement of teams. The measurements carried out are consistent and pertinent with respect to the methodology and the intended objective: they are varied and cross-referenced in Vatne et al. (2009) and based on the final concrete result of the process in Petersson et al. (2009). Thus, the results obtained in relation to change in organizational practice appear to be very reliable. Concerning the level of benefits to patients/clients, although the article by Vatne et al. (2009) is of very good quality, the results presented are indirect, based on accounts of service providers and managers. Measurement would possibly have gained in reliability if data had been collected directly from patients. Therefore, the reliability of the reported results on the level of benefits to patients/clients is average.

#### **3.5.2 Characteristics of reflective practice interventions**

Although the interventions presented in the reviewed articles differ from one another, some elements seem to be of greater importance either because they are recurring in most

studies, or because they are at the heart of the documented interventions. Among these characteristics of intervention that seem to support IPECP good practice, we will explore reflective theories and processes, theory to practice principles, use of clinical situations and facilitation and feedback.

### *3.5.2.1 Reflective theories and processes*

Four of the reviewed articles referred explicitly to generally recognized reflective theories and approaches, i.e. Schön's theory (n=2) and experience-based approaches (n=2). Three of the articles did not refer to a reflective theory but nevertheless described their approach with precision. Schön's theory was cited in Petersson et al. (2009) and Vatne et al. (2009), but it does not seem to have been explicitly taught to participants. Benson (2010) referred to a reflective approach based on experience: experiential learning. Experiential learning is based on practice, specific experience, and it is carried out through reflecting on this experience (Kolb, 1984). In Benson's research (2010), teamwork experience was itself observed and analyzed with a view to improvement. Although not explicit, Dobson et al. (2009) and Nancarrow et al. (2014) followed a similar approach to Schön's (1987). Dobson et al. (2009), for example, referred to a rigorous process of care quality improvement focused on analyzing challenges and seeking solutions. Van Winkle et al. (2013) also proposed a reflective approach to problem solving, along with an explicit description of the critical thinking skills that they looked to develop. These skills were named and they were evaluated in students by course instructors.

### *3.5.2.2 Theory to practice*

Reflection was used as a means to achieving IPC improvement in all reviewed papers. In five of them, the method used was referred to as "theory to practice." In three of the articles, the authors offered participants explicit theoretical instruction with a view to improving their practice. The reflective process was aimed at integrating this theory into practice in order to improve collaboration. The theory taught by Benson (2010) concerned IPC. Dobson et al. (2009) and Vatne et al. (2009) taught the theory underlying the approach that they were attempting to implement with teams, i.e. "quality improvement" or "acknowledging communication." Two of the studies also referred to "theory to practice" from the perspective of evidence use (Dobson et al., 2009; Nancarrow et al., 2014). Participants had to look for evidence in relation to an aspect to be improved in their team, to reflect on it, and to

implement the prioritized solution. In the sixth article, Petersson et al. (2009) did not rely on a specific theory, but participants were invited to draw and articulate theoretical principles from their practice in order to implement them subsequently with a view to improvement.

### *3.5.2.3 Use of clinical situations*

Five of the reviewed articles reported using clinical situations. Two of them focused on clinical cases detailed in writing (Dobson et al., 2009 and Van Winkle et al., 2013). Nancarrow et al. (2014), Petersson et al. (2009), and Vatne et al. (2009) used lived experience accounts. In Nancarrow et al. (2014), participants referred to their own lived experience during team reflection processes. Petersson et al. (2009) used a method called “telling stories,” whereby participants talked about problematic situations they experienced. Vatne et al. (2009) presented accounts of truthful interactions between professionals and patients. In Nancarrow et al. (2014), participants did not refer to clinical cases, but they shared situations that they experienced in the course of team discussions.

### *3.5.2.4 Facilitation and feedback*

Five of the reviewed articles reported using the services of a facilitator to support discussions and reflection. Three of them mentioned calling on facilitators outside of the team (Dobson et al., 2009; Nancarrow et al., 2014; Petersson et al., 2009). Two papers mentioned using facilitators who were part of the teams and who were trained and assisted by external experts (Benson, 2010, Vatne et al., 2009). These facilitators usually had an observer role: they observed the functioning of the teams and provided feedback with a view to improving effectiveness. In Benson (2010), facilitators also received feedback through a forum. The study conducted by Petersson et al. (2009) also mentioned resorting to two facilitators during discussions: one facilitated, while the other observed and subsequently provided feedback to the team and to the facilitator. Van Winkle et al. (2013) did not use facilitators during discussions. However, a course instructor observed discussions, which were video recorded, and provided feedback to students to help them develop reflective skills.

## **3.6 Discussion**

Whereas reflective practice often refers to individual reflection, this review focuses on using this approach in the context of collaboration and dialogue. Concerning effectiveness, all the findings described, regardless of their scientific quality, support integrating reflective practice

interventions in the context of IPECP. As regards the reflective practice procedures used, our analysis of the articles has enabled us to identify the common traits present in most interventions. Although the selected articles are few in number and their methodological quality is variable, thereby limiting our capacity to infer definitive conclusions, we have been able to pinpoint certain trends in relation to effectiveness and the characteristics of the reflective practice interventions that are of interest in the context of IPECP.

### **3.6.1 Reflective practice effectiveness in the context of IPECP**

Positive and reliable results regarding effectiveness were drawn from the articles, not only in terms of participant reactions, attitudes, and perceptions, which are commonplace in IPECP literature (Careau et al., 2016; Reeves, Boet, Zierler, & Kitto, 2015; Thistlethwaite, 2012), but also with respect to second-order outcomes, such as behavioural change and change in organizational practice.

### **3.6.2 Characteristics of reflective practice interventions**

Certain characteristics of reflective practice interventions appear to be of particular importance in the reviewed articles, namely use of clinical situations, use of theory to improve clinical practice (theory to practice), inclusion of a reflective theory or a rigorous and explicit reflective process, and having a facilitator at hand during group discussions. It is generally recognized that recourse to clinical situations in health and social care education and in IPE generates numerous positive outcomes (Drynan & Murphy, 2013; Oandasan & Reeves, 2005a). Presenting a clinical case or an account, as seen in most of the articles reviewed, is a highly meaningful learning context both for pre-graduates and for practicing professionals, fostering their involvement and learning (Benson, 2010; WHO, 2010). The other three characteristics identified (“theory to practice,” articulating the reflective process, and having a facilitator at hand) are more closely related to the rigour and depth of the reflective aspect of the method presented in the articles.

### **3.6.3 Precise criteria and recognized reflective process**

This review features only articles exhibiting an approach based on a recognized reflective process or on precise and explicit criteria. It should be noted that there are numerous definitions related to reflection, but they are not all equally supportive of IPECP. First-order reflection is associated with impressions and thoughts that occur spontaneously and without



effort (Dewey, 1933). However, “reflecting” in this manner in a context of IPECP cannot guarantee the quality of collaboration, let alone the results thereof.

Sharing impressions and views without calling them into question or defending them through honest and rigorous argumentation may have the adverse effect of parallel discussion lacking genuine construction of shared meaning, hence reinforcing the already existing collaboration challenges, i.e. relationships between colleagues that are affected by divergent views, values, and philosophies, ambiguous roles and responsibilities, poor service coordination, and so on (Davidson, Smith, Dodd, Smith & O’Laughlan, 2008; Kuipers et al., 2014; Oandasan et al., 2006). This may also consolidate confinement into rigid professional identities (Wackerhausen, 2009) to the detriment of building a group identity: “Rather, what is needed for transformative IPE learning is secondary or second-order reflection that requires stepping back from oneself and professional perspective to be able to consider one’s own self.” (Clark, 2009). The six selected articles for this review seem to attain the rigorous and critical nature of reflection mentioned by Clark (2009), namely by relying on precise criteria or on a recognized reflective process. The rigour of the reflective approaches used in these articles likely contributed to the positive outcomes obtained not only with respect to participant reactions, attitudes, and perceptions, but also in regards to second-order outcomes, such as behavioural change and change in organizational practice.

In an IPECP context, recourse to a “second-order reflection” cannot be left to improvisation, intuition, or the good will of participants: the risk of keeping reflection at a superficial level is further exacerbated in the absence of structure or prior training (Dewey, 1933; Gagnon & Yergeau, 2016; Lipman, 2011). The “need for training thought” is in fact one of the founding principles of the proposition put forward by Dewey (1933). However, attaining a second-order reflection, one that is supportive of IPECP, cannot come about without effort or challenges (Van Gelder, 2005; Wackerhausen, 2009). In fact, some authors believe that by virtue of its complexity, critical thinking is a skill in itself or a set of skills to develop (Fisher, 2011; Gagnon, 2008; Paul & Elder, 2015). This requires placing critical thinking at the core of teaching, unpacking its components, understanding its workings, and approaching it in a specific and explicit manner (Halpern, 1998; Van Gelder, 2005). Participants, professionals, and students have much to gain from explicit teaching that is related to reflective practice and critical thinking (Gagnon & Sasseville, 2009). Facilitators and those in charge of implementing IPECP reflective intervention should be equipped with the knowledge and skills necessary to offer participants this type of training.

### *3.6.3.1 Theory to practice*

The underlying general principle of the “theory to practice” is to set a practice improvement target on the basis of evidence or recognized theoretical foundations. Subsequently, a reflective process is undertaken with a view to achieving the set standard. Drawing on theory streamlines and therefore enhances rigorous reflection. As suggested by Barr, Koppel, Reeves, Hammick, & Freeth (2005, p. 120), “Making theory explicit encourages systematic, disciplined and critical thinking [...]” “Theory to practice” also fosters assessment of the intervention by pointing to specific objectives (Barr et al., 2005). The “theory to practice” approach seems to have played a key role in achieving the results presented in the articles covered in this review.

Although a number of authors recommend laying IPECP intervention and assessment thereof on theoretical ground, the programs that are designed to enable this are scarce (Suter et al., 2013). Evidence in IPECP is still insufficient and lacking clarity, or remains too context-specific and hence difficult to generalize (Careau et al., 2016; Reeves et al., 2013), which may undermine the implementation of this approach.

### *3.6.3.2 Using a facilitator*

Using a facilitator to guide discussions and reflection seem to have played a key role in the successful implementation and effectiveness of the interventions described. Facilitators support teams in the “theory to practice” process (Harvey et al. 2002). Through observation and feedback, they contribute to the smooth running and enhancement of interprofessional collaboration: “the skills of the project facilitators were appreciated by all and seen as crucial for enabling change, especially in the examination of team dynamics” (Benson, 2010, p. 15). Facilitators also ensure the maintenance of the reflective aspect in discussions by asking questions and providing comments and examples to teams (Gagnon, 2005; Gagnon & Yergeau, 2016). Facilitators are regarded as pivotal in the IPE literature: they are the guardians of the intervention structure, orienting the process in line with the identified theory and evidence, fostering the establishment and maintenance of a healthy collaboration, and supporting the reflective dimension of the process (Oandasan & Reeves, 2005a).

In order to fulfill their pivotal role, facilitators must develop and implement a range of knowledge, skills, and personal attributes (Harvey et al., 2002; Ruiz, Ezer, & Purden, 2013), both in relation to the field of IPECP (Drynan & Murphy, 2013; Kelley & Aston, 2011;

Oandasan & Reeves, 2005a), and on the level of critical thinking in order to ensure the quality and rigour of reflectiveness in discussions (Gagnon & Yergeau, 2016; Sasseville, 2000; Lipman, 2011). In view of the challenge to identify a facilitator combining both types of expertise, involving two facilitators may be an effective alternative. In addition, proceeding in this manner is a way to offer a positive and meaningful modeling of collaboration (Ruiz et al., 2013). Therefore, the participation of two facilitators providing an opportunity to combine the expertise of one in collaboration and the expertise of the other in critical thinking may enhance the quality and depth of discussions, while offering an experiential process of “critical companionship” that would be beneficial to the development of facilitation skills (Harvey et al. 2002).

### **3.7 Strengths and limitations of this study**

The results of this review remain exploratory given the limited number of articles selected and the methodological limitations affecting their quality. It is possible that applying strict article selection criteria, namely in relation to a definition and specific reflective practice traits, has led to the filtering out of potentially pertinent papers whose reflective process aspect was however insufficiently documented. This observation demonstrates the limited scope of reflective practice in IPECP, either because it lacks explicit integration or simply because it is ill-documented in the literature. The second selection, performed for 10% of the articles, may have skewed the final outcome. In this regard, it should be noted that the researcher who was involved in choosing the entire set of articles (AR) had the expertise in both reflective practice and IPECP. This may have minimized the potentially negative effects of a one-step selection. The two others had expertise in IPECP and in reflective practice teaching respectively. Together they combined a strong expertise in the subject and discussed regularly the contentious articles. In addition, the three authors contributed to specifying the inclusion criteria at the start and in the course of the process, reinforcing the rigour of the selection. Nevertheless, one of the review’s strengths is that authors performed a deductive and inductive analysis of interventions in the form of a narrative based on a well-know classification in the IPECP context. Moreover, we use fundamental document in philosophy and education to refine our understanding of the reflective practice. This adds clarity to the narrative part of the review and allows us to fine-tune the observed results and to provide a realistic appreciation of what appears to be effective depending on the context.

### **3.8 Concluding comments**

This realist review explores the evidence supporting the potential effectiveness of reflective practice in IPECP and the characteristics or principles to be implemented in order to promote reflective practice in this context. It is recommended that clinicians, IPE facilitators, teachers and any other person interested in implementing reflective interventions in IPECP:

- Use meaningful clinical situations and rely on IPECP theory and evidences (theory to practice)
- Engage a well-trained facilitator during group discussions or two facilitators with complementary expertise (IPECP and critical thinking), where possible
- Support the reflective approach by a rigorous and explicit process based on precise criteria. The achievement of this “second-order reflection” cannot be left to improvisation. Hence, the issue of planning and explicit training in critical thinking is at the core of this review’s recommendations.

However, it is important to mention that aside from what is scientifically self-evident, we observe that IPECP and reflective practice share an ontological closeness which warrants the assumption of a dialectical relationship between the two. Reflective practice is based on an epistemology where recognizing doubt and the fallibility of knowledge and expertise is key. This stance is also at the heart of interprofessional collaboration: the contribution of the other is subject to recognizing one’s own limitations. Also, reflective practice is recognized for its usefulness in challenging situations with multiple dimensions to consider, analyze, and judge (Clark, 2009; Kinsella, 2010a; Kuipers et al., 2014; Mamede & Schmidt, 2004; Boud, 1999). The greater the complexity of a clinical situation, the more pertinent it is to engage in a process of interprofessional collaboration (Careau et al., 2014; Kuipers, 2014; WHO, 2010). Consequently, it can be argued that reflection is a valuable contribution to collaboration, and a necessary contribution at that.

### **3.9 Acknowledgements**

The authors want to thank Sébastien Yergeau for his input on data analysis, as well as Anne-Claire Museux for her contribution to the database search and to article selection.

### **3.10 Declaration of Interest**

The authors report no conflict of interest. The authors alone are responsible for the content and writing of the paper.

### **3.11 Funding**

A. Richard held scholarship grants provided by the CIRRIS and the Faculté de médecine de l'Université Laval. This study was funded by Les Fonds Gilles-Cormier de la Faculté de médecine de l'Université Laval.

### 3.13 References

- Barr, H., Freeth, D., Hammick, M., Koppel, I., & Reeves, S. (2000). *Evaluations of interprofessional education: A United Kingdom Review for Health and Social Care*. London, UK: The United Kingdom Centre for the Advancement of Interprofessional Education & The British Educational Research Association.
- Barr H, Koppel I, Reeves S, Hammick M, Freeth D. (2005). *Effective interprofessional education: Argument, assumption, and evidence*. Oxford and Malden: Blackwell Publishing.
- Benson, A. (2010). Creating a culture to support patient safety. The contribution of a multidisciplinary team development programme to collaborative working. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*, 104(1), 10-17.
- Boud, D. (1999). Avoiding the traps: seeking good practice in the use of self assessment and reflection in professional courses. *Social Work Education*, 18(2), 121-132.
- Careau, E., Bainbridge, L., Steinberg, M., & Lovato, C. (2016). Improving Interprofessional Education and Collaborative Practice Through Evaluation: An Exploration of Current Trends. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 31(1).
- Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., Desaulniers, M., & Museux, A.-C. (2014). *Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux - Guide explicatif*. Québec, Qc: Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI).
- Careau, E., & Vallée, C. (2014). Recherche qualitative et scientificité. S. Tétreault & P. Guillez (Eds) *Guide pratique de recherche en réadaptation (p.489-507)*. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.
- Case, B. (1993). Walking around the elephant: A critical-thinking strategy for decision making. *Journal of continuing education in nursing*, 25(3), 101-109.
- Caty, M. È., Kinsella, E. A., & Doyle, P. C. (2015). Reflective practice in speech-language pathology: A scoping review. *International journal of speech-language pathology*, 17(4), 411-420.
- Clark, P. G. (2009). Reflecting on reflection in interprofessional education: Implications for theory and practice. *J Interprof Care*, 23, 213-223.
- D'Amour, D., & Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *J Interprof Care*, 19(2), 8-20.
- Davidson, M., Smith, R. A., Dodd, K. J., Smith, J. S., & O'Laughlan, M. J. (2008). Interprofessional pre-qualification clinical education: a systematic review. *Australian Health Review*, 32(1), 111-120.
- D'Eon, M. (2005). A blueprint for interprofessional learning. *Journal of Interprofessional Care*, 19, 49– 59.

- Dewey, J. (1933) *How We Think: a restatement of the relation of reflective thinking to the educative process*. Lexington, Massachusetts: D.C. Heath and Company.
- Dobson, R. T., Stevenson, K., Busch, A., Scott, D. J., Henry, C., & Wall, P. A. (2009). A Quality Improvement Activity to Promote Interprofessional Collaboration Among Health Professions Students. *Am J Pharm Educ*, 73(4).
- Drynan, D. & Murphy, S. (2013). *Understanding and facilitating interprofessional education: A guide to incorporating interprofessional experiences into the practice education setting* (2nd edition). Vancouver: University of British Columbia, College of Health Disciplines.
- Facione, P. (1990). *Critical thinking: A statement of expert consensus for purposes of educational assessment and instruction (The Delphi Report)*. Committee on Pre-College Philosophy of the American Philosophical Association.
- Fisher, A. (2011). *Critical thinking: An introduction*. Cambridge, UK: Press Syndicate of the University of Cambridge.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., ... & Kistnasamy, B. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376(9756), 1923-1958.
- Gagnon, M. (2005). *Guide pratique pour l'animation d'une CRP*. Québec: Presses de l'Université Laval.
- Gagnon, Mathieu (2008). *Étude sur la transversalité de la pensée critique comme compétence en éducation: entre «science et technologie», histoire et philosophie au secondaire*. Retrieved from [archimede.bibl.ulaval.ca/archimede/fichiers/25473/25473\\_1.pdf](http://archimede.bibl.ulaval.ca/archimede/fichiers/25473/25473_1.pdf).
- Gagnon, M. & Sasseville, M. (2009). La question des connaissances métacognitives dans l'animation d'une communauté de recherche philosophique. *International Journal of Humanities and Cultural Studies* 22 (69): 31-52.
- Gagnon, M. & Yergeau, S. (2016). *La pratique du dialogue philosophique au secondaire, vers une dialogique entre théories et pratiques*. Québec: Presses de l'Université Laval.
- Goldman, J., Zwarenstein, M., Bhattacharyya, O., & Reeves, S. (2009). Improving the clarity of the interprofessional field: implications for research and continuing interprofessional education. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 29(3), 151-156.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1981). *Effective evaluation: Improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Gordon, F., & Walsh, C. (2005). A framework for interprofessional capability: Developing students of health and social care as collaborative workers. *Journal of Integrated Care*, 13(3), 26-33.
- Habermas, Jurgen. (2001). *Vérité et justification* (truth and justification). Éditions Gallimard.

- Halpern, D. F. (1998). Teaching critical thinking for transfer across domains: Disposition, skills, structure training, and metacognitive monitoring. *American psychologist*, 53(4), 449.
- 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.
- Hammick, M., Olckers, L., & Campion-Smith, C. (2009). Learning in interprofessional teams: AMEE Guide no 38. *Medical teacher*, 31(1), 1-12.
- Harvey, G., Loftus-Hills, A., Rycroft-Malone, J., Titchen, A., Kitson, A., McCormack, B., & Seers, K. (2002). Getting evidence into practice: the role and function of facilitation. *Journal of advanced nursing*, 37(6), 577-588.
- Hays, D. G., & Singh, A. A. (2011). *Qualitative inquiry in clinical and educational settings*. Guilford Press.
- Hickson, H. (2011). Critical reflection: Reflecting on learning to be reflective. *Reflective Practice*, 12(6), 829-839.
- Kelley, A. & Aston, L. (2011). An evaluation of using champions to enhance inter-professional learning in the practice setting. *Nurse education in practice*, 11(1), 36-40.
- Kinsella, E. A. (2010). The art of reflective practice in health and social care: Reflections on the legacy of Donald Schön. *Reflective Practice*, 11(4), 565-575.
- Kolb, D. A. (1984) *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Kuipers, P., Ehrlich, C., & Brownie, S. (2014) Responding to health care complexity : suggestions for integrated and interprofessional workplace learning. . *J Interprof Care*. 28(3), 246-248.
- Kvan, T. (2013). Evaluating learning environments for interprofessional care. *J Interprof Care*, 27 Suppl 2, 31-36.
- Lafortune, L. (2012). *Une démarche réflexive pour la formation en santé: un accompagnement socioconstructiviste*, Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Lafortune, L. (2015). *L'accompagnement et l'évaluation de la réflexivité en santé*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P., ... & Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *PLoS medicine*, 6(7), e1000100.
- Lipman, Matthew. 2011. *À l'école de la pensée*. Bruxelles: Groupe de Boeck.



- Mamede, S., & Schmidt, H. G. (2004). The structure of reflective practice in medicine. *Medical Education*, 38(12), 1302-1308.
- Mann, K, Gordon, J., & MacLeod (2009) Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review. *Adv in Health Sci Educ*, 14, 595–621.
- Nancarrow, S. A., Smith, T., Ariss, S., & Enderby, P. M. (2014). Qualitative evaluation of the implementation of the Interdisciplinary Management Tool: a reflective tool to enhance interdisciplinary teamwork using Structured, Facilitated Action Research for Implementation. *Health Soc Care Community*. doi:10.1111/hsc.12173
- Oandasan, I., Ross Baker, G., Barker, K., Bosco, C, DAmour, D., Jones, L., & Way, D. (2006). *Le travail en équipe dans les services de santé: promouvoir un travail en équipe efficace dans les services de santé au Canada: Recommandations et synthèse pour politiques*. Ottawa: Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Oandasan, I., & Reeves, S. (2005). Key elements for interprofessional education, part 1: The learner, the educator and the learning context. *J Interprof Care*, 19(Suppl 1), 8-20.
- Oandasan, I., & Reeves, S. (2005). Key elements of interprofessional education. Part 2: factors, processes and outcomes. *J Interprof Care*, 19(Suppl 1), 39-48.
- Canadian interprofessional Health Collaborative (2010). *A national interprofessional competency framework*. CIHC. Retrieved from [https://www.cihc.ca/files/CIHC\\_IPCompetencies\\_Feb1210.pdf](https://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf)
- Pallascio, R., Daniel, M., & Lafortune, L. 2004. *Pensée et réflexivité: théories et pratiques*. Presses de. Ste-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Paradis, E., & Reeves, S. (2013). Key trends in interprofessional research: a macrosociological analysis from 1970 to 2010. *Journal of Interprofessional Care*, 27(2), 113-122.
- Paul & Linda Elder. (2015). *The Critical Thinking Community*. *Fondation for Critical Thinking*. Retrieved from <http://www.criticalthinking.org> (14 janvier 2016).
- Paul & Linda Elder. (2008). *The Miniature Guide to Critical Thinking Concepts and Tools*, Foundation for Critical Thinking Press
- Pawson, R & Tilley, N. (1997). An introduction to scientific realist evaluation. In E. Chelimstky & W. R. Shadish (Eds.), *Evaluation for the 21<sup>st</sup> century: A handbook* (pp. 405-418).
- Petersson, P., Springett, J., & Blomqvist, K. (2009). Telling stories from everyday practice, an opportunity to see a bigger picture: a participatory action research project about developing discharge planning. *Health Soc Care Community*, 17(6), 548-556. doi:10.1111/j.1365-2524.2009.00854.x
- Reeves, S., Boet, S., Zierler, B., & Kitto, S. (2015). Interprofessional education and practice guide No. 3: Evaluating interprofessional education. *Journal of interprofessional care*, 29(4), 305-312.

- Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D., & Zwarenstein, M. (2013). Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). The Cochrane Library.
- Ruiz, M. G., Ezer, H., & Purden, M. (2013). Exploring the nature of facilitating interprofessional learning: Findings from an exploratory study. *Journal of Interprofessional Care*, 27(6), 489-495.
- Sasseville, Michel. 2000. La pratique de la philosophie avec les enfants. In Michel Sasseville (Ed.), *La pratique de la philosophie avec les enfants*. Québec: Presses de l'Université Laval, p. 221.
- Schön, D.A. (1987). *Educating the reflective practitioner*. San Francisco: Jossey-Bass publishen.
- Suter, E., Goldman, J., Martimianakis, T., Chatalalsingh, C., DeMatteo, D. J., & Reeves, S. (2013). The use of systems and organizational theories in the interprofessional field: Findings from a scoping review. *Journal of interprofessional care*, 27(1), 57-64.
- Thistlethwaite, J. (2012). Interprofessional education: a review of context, learning and the research agenda. *Medical education*, 46(1), 58-70.
- Tozzi, Michel.( 2009). Apprendre à penser ensemble. *Diotime n° 42(10/2009)*. Retrieved from <http://www.educ-revues.fr/DIOTIME/AffichageDocument.aspx?iddoc=39046&pos=78> (20 décembre 2015).
- Van Gelder. (2005). Teaching Critical Thinking: Some Lessons From Cognitive Science. *College Teaching*, 53:1, 41-48, DOI: 10.3200/CTCH.53.1.41-48
- Van Winkle, L. J., Cornell, S., Fjortoft, N., Bjork, B. C., Chandar, N., Green, J. M., Lasalle, S., Viselli, S', Burdick, P, & Lynch, S. M. (2013). Critical Thinking and Reflection Exercises in a Biochemistry Course to Improve Prospective Health Professions Students' Attitudes Toward Physician-Pharmacist Collaboration. *Am J Pharm Educ*, 77(8), 169.
- Vatne, S., Bjornerem, H., & Hoem, E. (2009). Development of professional knowledge in action: experiences from an action science design focusing on acknowledging communication in mental health. *Scand J Caring Sci*, 23(1), 84-92.
- Wackerhausen, S. (2009). Collaboration, professional identity and reflection across boundaries. *Journal of Interprofessional Care*, 23(5), 455-473.
- White, S., Fook, J., & Gardner, F. (2006). Critical reflection: a review of contemporary literature and understandings. In S. White, J. Fook, & F. Gardner (Eds.), *Critical reflection in health and social care*. (pp. 3-20). Maidenhead: Open University Press.
- Whittemore, R., Chase, S. K., & Mandle, C. L. (2001). Validity in qualitative research. *Qualitative health research*, 11(4), 522-537.
- World Health Organization [WHO]. (2010). Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Geneva: WHO.

## **Chapitre 4: Using thinking skills to support the work of interprofessional education facilitators: A theoretical proposal based on the analysis of facilitators' experience**

Le chapitre 4 présente les résultats d'une analyse de discussion focalisée menée auprès de facilitateurs dans un cours de FIP offert à l'Université Laval, au Québec, Canada. L'analyse présente les défis vécus par les facilitateurs dans leur rôle, les difficultés qu'ils perçoivent chez les étudiants et les interventions qu'ils adoptent pour y répondre. L'analyse est suivie d'une proposition théorique d'outils issus du dialogue philosophique pouvant potentiellement soutenir les facilitateurs dans leur rôle. Ce manuscrit vise à répondre à aux objectifs 1 et 2 de la thèse. Cette analyse a fait l'objet d'un article intitulé «Using thinking skills to support the work of interprofessional education facilitators: A theoretical proposal based on the analysis of facilitators' experience », soumis le 10 juin 2021 pour publication dans la revue *Teaching and Learning in Medicine*.

Richard, A., Gagnon, M., Yergeau, S., Careau, E. (2020) Using thinking skills to support the work of interprofessional education facilitators: A theoretical proposal based on the analysis of facilitators' experience. Article soumis pour publication.

## 4.1 Résumé

Le rôle des facilitateurs en formation interprofessionnelle (FIP) est à la fois crucial et complexe. Il est en ce sens primordial qu'ils aient accès à une formation adaptée leur permettant de bien assurer leurs fonctions. Cet article vise à explorer théoriquement le potentiel d'outils offerts par le dialogue philosophique (DP) pour supporter les interventions des facilitateurs en FIP. Une discussion focalisée a été menée auprès de facilitateurs d'expérience pour identifier les difficultés qu'ils perçoivent chez les étudiants, pour décrire les types d'interventions qu'ils adoptent pour y répondre et pour identifier les défis auxquels ces facilitateurs font face dans leur rôle. L'analyse thématique a permis d'identifier trois grands champs de difficultés chez les étudiants : attitude et engagement, niveau de compétence puis processus de raisonnement. Face à ces difficultés, les facilitateurs empruntent deux types principaux d'interventions: affectif et rationnel. Les défis rencontrés par les facilitateurs pour assumer leur rôle se déclinent quant à eux en deux thèmes : maintenir leur rôle de facilitateur puis supporter l'apprentissage actif des étudiants et le développement de leur autonomie. Face à ces difficultés et ces défis, le recours aux habiletés de pensée, des outils inspirés du DP, semblent présenter une voie prometteuse à explorer. Les habiletés de pensée présentent en effet un grand potentiel pour favoriser l'engagement des étudiants, pour les aider à développer leurs compétences et pour soutenir leur raisonnement. Les habiletés de pensée soutiennent également l'apprentissage actif et peuvent permettre aux facilitateurs de conserver un rôle de guide, essentiel en FIP.

## **4.2 Abstract**

The role of interprofessional education (IPE) facilitators is both crucial and complex. It is therefore essential that they receive appropriate training to enable them to perform it. This article aims to theoretically explore the potential of tools offered by philosophical dialogue (PD) to support the interventions of IPE facilitators. A focus group was organized with facilitators to identify the difficulties they perceived in students, describe the types of interventions they carried out to support them and identify the challenges they faced in their role. The thematic analysis identified three areas of difficulty in students: attitude and commitment, competency level and reasoning process, in response to which facilitators use two types of intervention: affective and rational. Facilitators also face various challenges related to active learning and the development of student autonomy. The use of thinking skills drawn from PD is a promising avenue to explore in order to address these issues. Indeed, thinking skills offer huge potential for fostering student engagement, helping students to develop their competencies, and supporting their reasoning capacity. The development of thinking skills may also support active learning and ensure that the facilitators' role remains one of coaching, which is essential in IPE.

### 4.3 Introduction

Interprofessional education (IPE) is crucial to training healthcare professionals ready to collaborate<sup>1-4</sup>. The involvement of trained and competent facilitators is a key factor in ensuring a meaningful and positive experience for IPE students<sup>5-9</sup>. Facilitators must have access to rigorous training to develop in particular competencies in interprofessional team management and discussion facilitation, as well as in supporting participants' reflection<sup>7,10-12</sup>. In this regard, the current literature emphasizes how reflective practice can support facilitators in their role<sup>7,11,13,14</sup>. However, there are few examples of theoretically supported reflective practice initiatives that are adapted to IPE facilitators' work<sup>14-16</sup>. The importance of basing reflective practice initiatives on sound theoretical and empirical benchmarks is emphasized<sup>15,17-20</sup>. One avenue that is worth considering in this regard is the practice of philosophical dialogue (PD), an approach that is becoming increasingly widespread in the education and intervention field<sup>21,22</sup>. On the one hand, it offers concrete tools to support the facilitator's role and promote the depth and rigour of team reflection, and on the other, it is based on solid philosophical and theoretical foundations<sup>23</sup>. However, the PD approach and its potential in the field of IPE are yet to be explored.

This article takes a preliminary look at some of the tools offered by PD and presents a theoretical exploration of their potential usefulness for IPE facilitators. To this end, the article is divided into three main parts. First, the background section lays out the main characteristics of PD. The results section presents the analysis of a focus group conducted with IPE facilitators on the challenges they face in their work. Finally, the discussion section relates the characteristics of PD to the difficulties and challenges identified by the facilitators. This last section considers theoretically the potential usefulness of some of the tools offered by PD to respond to the recurring challenges pointed out by IPE facilitators. This article is part of a process aimed at developing a reflective practice approach adapted to IPE.

#### 4.3.1 Background

Although it is often suggested that reflective practice would be useful in the IPE context, there are few empirically and theoretically supported approaches that are currently adapted to this context<sup>14</sup>. Reflective is mainly presented as an individual, less adapted to IPE, practice. Moreover, it generally consists of an *a posteriori* reflection "on" practice. Reflective practice in IPE should be carried out throughout the collaborative process, so as to ensure the rigour and validity of the team's reflections<sup>24,25</sup>. Philosophical dialogue is a dialogic

reflective practice that offers the tools and conditions required to respond to these concerns: it provides theoretical and empirical reference points, and it supports team reflection through discussion. Without aiming to implement PD as such, it seems pertinent to examine theoretically the tools it offers in order to consider their potential usefulness for implementing a reflective practice adapted to IPE.

Philosophical dialogue (PD) (also known as "community of philosophical inquiry") is a collaborative, reflective, and critical research process in which participants, together, make reasonable judgements in order to answer a question or find a solution to a problem<sup>26-29</sup>. **Dialogue** is the tool par excellence for stimulating participants' thinking<sup>27</sup> while **questioning** is considered to be the driving force behind the discussion, supporting dialogue<sup>26</sup>. The discussion in PD is **guided by a facilitator** who, through questioning, supports the deepening of the reflection and leads the participants to ask themselves questions, doubt, problematize reality, propose alternatives, criticize suggested solutions and establish criteria for singling out the one that is most coherent among them<sup>32</sup>. In this context, **differences of opinion and conflicts must be expressed and genuinely explored**<sup>26,30,31</sup>, so as to "enrich the group's perspective—versus competitive argumentation, where victory at all costs is an individual objective"<sup>27</sup>. Rigour of reasoning, validity of judgments, and authenticity of dialogue are ensured through the adoption of **attitudes** (or dispositions) that are conducive to discussion and through the **use of thinking skills**<sup>26,29</sup>.

Attitudes conducive to reflection and research through dialogue such as openness, trust, respect, awareness of fallibility, and intellectual honesty<sup>27,28</sup> are also recognized as central to interprofessional collaboration (IPC)<sup>6,32-35</sup>. Thinking skills, for their part, are cognitive acts that allow for the identification, analysis, and evaluation of arguments and propositions<sup>36</sup>. Scholars have identified a diversity of thinking skills (e.g., giving examples, making hypotheses, identifying means-end relationships, identifying criteria, etc.)<sup>37,38</sup>. The mobilization and organization of thinking skills according to context allow for the **production of rigorous and valid judgments**<sup>28,29</sup>.

## **4.4 Methods**

### **4.4.1 Objectives**

The aim of the article is to theoretically explore the potential of some of the tools offered by PD to support the interventions of IPE facilitators and to respond to the challenges they face. The specific objectives of this paper are to:

1. Identify the difficulties perceived by facilitators in students during interprofessional discussions held in the context of an IPE course;
2. Describe the types of interventions adopted by the facilitators to support students and identify the challenges they face in their support role;
3. Explore theoretically the potential usefulness of some of the tools offered by PD to respond to the challenges and difficulties identified by the facilitators.

### **4.4.2 Context**

The study aimed at meeting objectives 1 and 2 was conducted with facilitators involved in an IPE course offered to students from 10 health and social services programs at Université Laval, Québec, Canada. Theoretical concepts related to collaboration are first presented online. Students then are divided into interprofessional teams of 8-10 people during a weekend course are under the supervision of trained facilitators<sup>39</sup>. The weekend course ends with a team-based Objective Structured Clinical Examination (OSCE) where students are asked to simulate an interprofessional intervention plan meeting.

### **4.4.3 Data collection**

A group interview was conducted with the facilitators, as well as an individual interview with the course instructor. The facilitators were required to have had at least five facilitation experiences over a two-year period to ensure that they had recent and meaningful experience. All facilitators contacted by email agreed to participate in a 50-minute focus group held in the fall of 2018. The participants, seven women between the ages of 31 and 50, had facilitation experience in the continuum courses ranging from eight times in 3 years to 30 times in 9 years. The group included retired health care workers (one social worker and one ergonomist), an ergonomist, a physiotherapist, a student enrolled in a Master of Social Work program, and two social workers.



The focus group was followed by an individual interview with the course instructor to clarify and validate certain aspects raised by the facilitators. The same discussion plan was used for this interview, with one additional step to validate the comments already made by the facilitators.

#### **4.4.4 Data analysis**

The focus group was recorded and then transcribed verbatim. The analysis was carried out using MAXQDA 2018 software, both deductively and inductively, according to a directed-content analysis approach<sup>40</sup>. The initial coding corresponded to the two objectives (perceived difficulties by students [Obj. 1] and types of facilitation interventions and challenges encountered by facilitators [Obj. 2]). Subsequently, additional codes were determined inductively to detail the nature of the difficulties and challenges mentioned. The data were reviewed and revised until no new themes or sub-themes emerged (see the appendix 1 for examples of quotations). The comments made by the instructor during the individual interview were not transcribed, but the recordings enabled the validation of the qualitative analysis of the focus group by identifying points of convergence.

This study was approved by Université Laval's research ethics committee (2018-263).

### **4.5 Results**

The data collected made it possible to document the difficulties observed in the students, the types of interventions facilitators adopt to address them, and the challenges they encounter in their coaching role.

#### **4.5.1 Difficulties observed in students**

The facilitators find that a large number of students seem to have difficulty engaging in in-depth exchanges. Many students experience stress or anxiety about their performance. They are concerned about doing "the right thing" to achieve good results. At times overly focused on structure, at other times exclusively focused on content, many of them seem to have difficulty connecting the two. The difficulties that students struggle with can be classified into three main themes: attitude and commitment, level of competency, and reasoning process.

#### 4.5.2.1 Attitude and commitment to the task

The perception of a large number of respondents is that **students are anxious about their performance** in the proposed activities. According to them, students are uncomfortable dealing with **uncertainty** and look for what they consider to be THE right answer to solve the clinical case and perform well in the course:

*They ask for answers and [you have to provide them] fast, and you can really tell they're worried.*

A large number of difficulties identified by the facilitators seem to be related to **poor motivation and even disengagement**. They report that students openly question the usefulness of the course and the possibility of transferring what they learn in the context of their future practice. Facilitators also shared the impression that students' thinking often remains "superficial" and likened it to watching a "play" in which students strategically try to put in a few "key words" to "earn points":

*The students don't challenge each other to make sure they have the right answer...they think, "If we put in the word autonomy or security, we're sure to get something right." There's no discussion on that level, or rarely.*

The facilitators pointed out that **students are often unable to cope with conflicts** and that they **feel powerless when confronted with such situations**. It is quite common for students to experience conflict within teams and tension amongst themselves, which some authors suggest is an integral part of the IPE experience<sup>41,42</sup>. Some facilitators felt that differences of clinical opinion are sometimes also perceived as potential conflicts by students, who claim feeling uncomfortable dealing with them directly and therefore prefer to avoid them<sup>43</sup> and find rapid consensus:

*Somebody says a bunch of stuff and then they ask the group, "Is this okay with you?". Then the group says "yes", but what exactly is the group okay with since the person said three paragraphs?[...].*

#### 4.5.2.2 Level of competency

According to the facilitators, **students often lack detachment from the structure of the activity**. Students are able to carry out the steps as required, but they are not always able to identify important information related to the cases and to examine it as a team:

*They have difficulty identifying the important things [...] I get the impression that they are destabilized by the idea of a collaborative process and they miss the core issues.*

The facilitators find also that **students have difficulty building the clinical process together**. They tend to develop parallel discourses rather than speak in response to the interventions of others. They seem to focus on data related to their own field of study, without properly contributing to the achievement of a common vision of the situation.

**The students' level of education and clinical experience seems to influence their ability** to participate effectively in interprofessional discussions. Students with clinical experience generally seem to be more comfortable with both the process and clinical expertise, creating inequalities and, on occasion, some frustration within teams.

#### 4.5.2.3 Reasoning process

First, facilitators reported that **students have trouble organizing their thinking**. Behind a discourse organized along the steps that have to be followed during the discussion, they noted a great deal of confusion about the elements brought forward:

*What we look for is not so much the right answer but the reasoning behind it, and how this reasoning will allow you to improve your practice. Sometimes [...] they get into superficial and unrealistic things that lack concreteness.*

Second, facilitators find that **students have difficulty prioritizing**. They seem to have trouble grasping the important items in the information provided:

*Often, I find that they don't pick up on the main problem at all. They see all the little problems around, they look at plenty of other things...*

In the same vein, facilitators noted that **students aren't always able to adequately synthesize other participants' comments:**

*Some say, "I'm going to synthesize what you just said," but it's not a synthesis at all: the student takes a few points and adds some other things [...]. They take a completely different route.*

Finally, the facilitators pointed out that **students have difficulty mobilizing their metacognitive skills**, particularly as regards critically reviewing their actions and self-evaluating. The metacognition problem can itself be linked to the reasoning challenges mentioned above in that it relies in part on students' ability to formulate reasoning and to produce judgments in order to evaluate their own practice<sup>44,45</sup>.

#### **4.5.2 Types of interventions carried out by facilitators**

In the face of the various challenges reported, the facilitators mentioned feeling a certain ambivalence about choosing how to intervene in a given situation, which is consistent with what has been reported in an earlier study, conducted in 2015<sup>39</sup>.

##### *4.5.3.1 Affective interventions*

In response to the large number of questions raised by students and the anxiety observed among some of them, **many facilitators feel the frequent need to reassure them**. Reinforcement and reassurance are among the strategies used to encourage student participation in IPE<sup>8</sup>.

When students express discomfort with differences of opinion or conflict, **the facilitators help them to clearly name what they feel**. Students often seem helpless in these situations, and the facilitators encourage them to put into words what is happening in a process of mutual support and seeking a solution:

*I ask them: "There's something wrong here eh, can you tell me what it is?" [...] then, oops, the stress goes down.*

In the face of uncertainties or in response to detected conflict situations, **facilitators often encourage students to look for the positive side of the experience**. Supporting students in conflict resolution is a key competency for facilitators<sup>39,41</sup>.

Paying attention to affective dimension should be part of any IPE initiative<sup>46</sup>: it makes it more likely that students will have a positive experience<sup>9</sup>.

#### 4.5.3.2 Rational interventions

When students have questions about solving a clinical case, some facilitators **encourage them to make connections with the theory**. When the usefulness of certain activities is questioned, most facilitators repeat the theoretical foundations of the course as well as the objectives pursued, allowing students to see the overall coherence and to find meaning in their experience. Understanding the foundations of IPE promotes student participation<sup>8</sup>.

Facilitators mention that they also often need to **remind students of the concrete and practical outcomes of the exercises required during the course**. Indeed, the facilitators' professional experience enables them to reframe certain beliefs when the usefulness of the course is called into question. In this regard, the involvement of collaborative "champions" with relevant clinical experience is a supporting factor for the quality of IPE initiatives<sup>12,47</sup>.

### 4.5.3 Challenges faced by facilitators

Facilitators often question themselves and feel uncertain about the limits of their role and responsibilities. They also sometimes find it difficult to intervene in a way that supports the development of student autonomy.

#### 4.5.3.1 Maintaining their role as facilitators

The facilitators are aware that their role is not to teach theory, but rather to guide students and to encourage them to independently develop a sense of ownership of the process. However, when faced with students' pressing questioning, especially when they perceive underlying anxiety, the facilitators sometimes feel torn:

*I can see that the students are very demanding: "I want the answer, I want the answer." Well, I can give you the answer, but you're just going to copy it.*

This ambivalence, combined with time constraints, seems to weaken the pedagogical stance of the facilitators. This ambivalence as to the stance to adopt seems to be a recurring issue for facilitators in IPE in particular<sup>48</sup>.

#### 4.5.3.2 Promoting active learning and the development of student autonomy

Facilitators mentioned that at times they don't know what strategy to adopt to support students' active learning and autonomy development:

*I agree, yes, that's it, support independent learning. But how do we get them to be autonomous in their learning and, you know, not give the answers all the time?*

Skills development to support students' active learning is a core objective for any IPE facilitator training programs<sup>48,49</sup>.

The data collected during the focus group illustrate that, although a well organized IPE initiative has been implemented for a number of years, challenges remain in effectively helping students to develop collaboration competencies. Similarly, despite their experience and training, we note that the participating facilitators sometimes feel that they lack tools to effectively support active learning in students.

## 4.6 Discussion

The results presented above highlight the fact that ensuring a positive and meaningful experience for students can be complex. The entire pedagogical and certification context of the experience certainly contributes to the difficulties and challenges encountered. The certification focus of the course, culminating in a final team OSCE, certainly influences the students' posture as they engage in the activity. For some, the grade obtained in this course (which is primarily a team grade) can influence their pursuit of graduate studies or access to a specialization of their choice. Nonetheless, these considerations must be tempered insofar as stress and time pressure are an inherent part of the work of many health and social services professionals<sup>50</sup>. Consequently, IPE courses present conditions that are not totally foreign to what students will have to experience in a clinical setting. Facilitators must nevertheless adapt to this context and create winning conditions to provide as meaningful and positive an experience as possible for participants.

Without claiming that it can address all of the challenges mentioned above, a reflective practice supported by the tools offered by PD seems to present significant potential for supporting the role of facilitators and their interventions with students.

#### **4.6.1 Looking for the right answer... or discomfort in the face of uncertainty**

A recurring theme in the analysis of the data collected is the uncertainty experienced by the students in relation to the collaborative process that they are asked to undertake. Not knowing THE right answer causes feelings of anxiety. Uncertainty is an inherent part of the work of health and social services professionals<sup>51,52</sup>, especially in the context of interprofessional collaborative care. Indeed, interprofessional collaboration is particularly desirable in situations where the bio-psycho-social needs of the individual are complex and different pathways for intervention are possible<sup>53-56</sup>. IPE should therefore prepare students to deal with such situations so that collaboration does not itself become a factor of complexity<sup>53-55,57</sup>. Facilitators themselves also need to develop skills in coping with complexity and uncertainty<sup>39</sup>. Therefore, a reflective practice intervention in the context of IPE should not aim to eliminate this uncertainty, but rather to provide tools to try to construct meaning and organize thoughts in what seems confusing and "swampy"<sup>24</sup>. Philosophical dialogue precisely uses uncertainty and doubt to stimulate research and dialogue<sup>26,27</sup>. The process then allows for gradually identifying and analyzing various possible solutions through the use of questioning and thinking skills: formulating hypotheses, identifying possible consequences, examining alternatives, evaluating reasons, establishing criteria, etc., which may eventually help the group to identify not THE right answer, but rather the answer that will seem to be the most valid or relevant according to the context<sup>27</sup>. Philosophical dialogue can therefore inject a degree of rigour, structure, and direction in a context where there is substantial uncertainty at the outset<sup>26,27</sup>.

#### **4.6.2 Motivation**

Part of the limitations observed in student engagement and motivation seem to be closely related to the perceived transferability of the course content, as identified in the literature<sup>47,58,59</sup>. Motivation is an important component of learning for IPE students<sup>9,42</sup>. IPE students' motivation and commitment are based on the principles of andragogy, which assert the importance of providing a meaningful experience for learners that is closely linked to their actual life and work context<sup>47,60-62</sup>. Students must therefore develop skills that they will be able to reuse or generalize to other clinical situations<sup>63</sup>. Reflective practice is generally considered to be a cross-cutting skill that contributes to the development and maintenance of competencies in health and social services professionals<sup>17,64,65</sup>. Thinking skills also hold a potential for cross-cutting use, particularly when they are explicitly taught and then rapidly introduced and practiced in meaningful contexts<sup>66-68</sup>. The reasoning and logic skills

supported by PD are also recognized by some as being generalizable and potentially useful in a variety of situations<sup>28,69,70</sup>. This potential for generalizability speaks to the considerations outlined above regarding the importance of providing meaningful, useful, and transferable experiences for IPE students.

#### **4.6.3 Authentic dialogue and differences of opinion**

IPE should encourage a genuine dialogue based on the exploration of different points of view<sup>41,63,71</sup>. The "surface" discussions observed among students may be partly due to the difficulty they seem to have managing differences of opinion and resolving conflicts. Philosophical dialogue is used in contexts where there are strong differences of opinion and where conflicts are potentially numerous: promoting intercultural dialogue, preventing radicalization, violence, etc.<sup>72,73</sup>. It offers a number of tools for exploring differences of opinion with openness, respect, and consideration (attitudes): considering alternatives, examining the other side of a position, providing counter-examples... (thinking skills). In fact, in PD, differences of opinion are not perceived as conflicts or sources of argument, but rather as opportunities to explore diverse points of view in order to enrich reflection and foster the co-construction of meaning<sup>27,31,38</sup>. This standpoint seems to be closely aligned with the ultimate goal of IPC, which is to provide a concerted response, tailored to the needs of the individuals<sup>32,74</sup>, which presupposes the careful examination of various perspectives on the situation.

#### **4.6.4 Experience and heterogeneity of participants**

The results of this study showed that at times, the heterogeneity of learners' educational backgrounds and experiences led to tensions within teams. Solutions to this problem, which is often cited in the literature, are not simple, given the logistical constraints inherent in the organization of such initiatives<sup>7,75</sup>. Conversely, PD allows to capitalize on participant heterogeneity by supporting the production of rich and in-depth discussions<sup>73</sup>. It is the use of attitudes conducive to dialogue and the mobilization of thinking skills that makes it possible to explore different facets of an issue, regardless of participant backgrounds. Even elementary school students are able to discuss and reflect together on complex and abstract topics through PD<sup>26,28</sup>. The "lack" of experience is therefore not an obstacle to participation in PD. Hence, there is reason to believe that in IPE, a student with poorer clinical experience would still be able to contribute constructively to the team discussion using, for example, a variety of thinking skills. He or she can then ask questions and even challenge colleagues,



make causal hypotheses, consider the flip side of a position, make assumptions, and identify implications, all of which are skills that can guide and enrich the collaborative process. Questioning does indeed seem to be a lever for optimizing less experienced students' participation in IPE<sup>48</sup>. In this sense, the use of thinking skills proposed by PD can eventually promote active engagement of all students, regardless of how far along they are in the curriculum.

#### **4.6.5 Reasoning and thought organization**

Reasoning and thought organization is arguably the area where the difficulties observed in students most obviously tie in with PD. In fact, PD is based in particular on tools derived from formal and informal logic which are intrinsically linked to the rigour and organization of thought<sup>26</sup>. In addition, the interprofessional intervention plan approach taught to students in the targeted course<sup>39,76</sup> is itself based on the mobilization of various thinking skills, which are not always explicit to students (analyzing, evaluating, synthesizing, prioritizing, etc.) (Richard et al., forthcoming). However, explicit teaching and subsequently the application of thinking and reasoning skills in meaningful contexts promote their development in students<sup>66</sup>. Facilitators play a central role in learning and must themselves be trained to support this development<sup>14</sup>. In fact, a thorough understanding of thinking skills can help facilitators to become aware of the processes that underlie students' reflection and comments, in other words where they are coming from, and hence inform them on the appropriate way to intervene with a view to supporting thinking and thought organization in students<sup>20</sup>.

#### **4.6.6 Co-construction of the interprofessional clinical approach**

Whereas IPE initiatives are aimed at interactive learning among students from different disciplines<sup>47,77</sup>, facilitators often observed parallel discourses among students instead of genuine co-construction. IPE is precisely designed to help students develop the skills that will enable them to reason collaboratively and to make shared decisions<sup>63,71</sup>. Importantly, the co-construction of meaning between participants is at the very core of PD dynamics. In fact, when an opinion is shared with the group, the group appropriates it in order to examine it, consider its implications, verify its validity, and so on<sup>38</sup>. The process that underpins PD thus complements the goal of collaboration, which is to identify the response that will best benefit the patient, his or her loved ones, and the community.

#### **4.6.7 Uncertainty and active learning**

At times, faced with the students' questions and stress, the facilitators experienced uncertainty as to the best posture to adopt and hence a degree of ambivalence in relation to their role. Facilitators must indeed avoid offering direct answers and support students' active learning and autonomy development instead<sup>8,48,49</sup>. PD provides valuable preparation that facilitates this type of coaching<sup>69</sup>. Using forms of inquiry devised by Socrates<sup>32</sup>, PD facilitators help participants navigate through a complex maze of concepts to "give birth to ideas"<sup>26</sup>. This form of questioning is supported, among other things, by good knowledge and use of thinking skills and reasoning processes<sup>69</sup>. This way of questioning the other in order to bring out meaning is certainly not unrelated to the development of participant autonomy observed by many participants during PD<sup>26,78</sup>. According to Talbot<sup>78</sup>, the development of autonomy is one of the essential benefits provided by PD. In IPE, questioning would also make it possible to scaffold students' learning in order to lead them to greater autonomy<sup>8,48</sup>. Consequently, transposing the form of questioning proposed by PD to the IPE context can potentially help facilitators to support their students' active and autonomous learning.

#### **4.7 Limitations**

There are some limitations to consider when developing a PD-based IPE reflective practice initiative. For example, while strongly supported by scholars, the generalizability of thinking skills is nevertheless questioned by some. In addition, the learning context is different in PD and IPE, as is the purpose of the activity, warranting caution in its adaptation. Consequently, favourable conditions must be put in place in order to ensure a most rigorous implementation of reflective practice initiatives inspired by PD. First, arguments in favour of the generalizability of thinking skills emphasize the importance of creating meaningful and representative learning opportunities where thinking skills are introduced directly<sup>68</sup>. Second, facilitators should have access to theoretical and practical training related to the targeted skills, allowing them to develop their knowledge, comfort, and reflective practice with respect to what will be taught to students<sup>14,41</sup>. Finally, initiatives should ideally be the subject of a collaborative instructional design process, where the product would be developed according to the specific context of implementation, then monitored and adjusted according to the results obtained.

The analyses carried out are based on a limited sample from the same team. As a result, they only provide partial insight into the difficulties experienced by IPE students and the challenges faced by facilitators, and therefore cannot claim to be applicable to all IPE contexts. However, the results are corroborated by the literature and are consistent with the results of research conducted on the same population in 2015<sup>39</sup>.

## **4.8 Conclusion**

This study initially made it possible to document facilitators' perceptions of the difficulties experienced by students in the context of IPE, the types of interventions they carried out in response to these difficulties, and the challenges they faced in their coaching role. The study proceeded to explore the potential usefulness of certain tools offered by PD to support the facilitators' work. The facilitators' role is both complex and crucial, it is played in conditions that are rarely optimal, and in a context where uncertainty is an inescapable factor<sup>39</sup>. In this sense, appropriate training for facilitators is a key element in any IPE initiative<sup>8,39,79</sup>. In particular, training should help facilitators to develop the skills necessary to support students' active learning, including through providing feedback, the use of a variety of open-ended questions, and promoting students' reflective skills. Reflective practice based on certain PD tools seems to be a promising avenue to explore in this regard. To our knowledge, there are no existing studies on this topic. Further research is therefore warranted in order to more explicitly document the relevance and effectiveness of such a reflective practice initiative in the context of IPE, based on the tools drawn from philosophical dialogue (on this subject, see Richard et al., forthcoming).

## **4.9 Declaration of interest**

The authors report no conflict of interest. The authors alone are responsible for the content and writing of the paper.

## **4.10 Acknowledgements**

The authors want to thank Adrien Kazup for his input on data transcription.

## **4.11 Funding**

A. Richard held scholarship grants provided by the CIRRIS and the Faculté de médecine de l'Université Laval. This study was funded by Les Fonds Gilles-Cormier de la Faculté de médecine de l'Université Laval.

## **4.12 Appendice**

Appendice 1: Examples of quotations by themes and subthemes

## 4.13 References

1. Barr H, Koppel I, Reeves S, Hammick M, Freeth DS. *Effective Interprofessional Education: Argument, Assumption and Evidence (Promoting Partnership for Health)*. John Wiley & Sons; 2008.
2. Goldman J, Zwarenstein M, Bhattacharyya O, Reeves S. Improving the clarity of the interprofessional field: Implications for research and continuing interprofessional education: *J Contin Educ Health Prof*. 2009;29(3):151-156. doi:10.1002/chp.20028
3. Reeves S, Fletcher S, Barr H, et al. A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. *Med Teach*. 2016;38(7):656-668. doi:10.3109/0142159X.2016.1173663
4. World Health Organization. *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. World Health Organization; :64.
5. Hammick M, Olckers L, Champion-Smith C. Learning in interprofessional teams: AMEE Guide no 38. *Med Teach*. 2009;31(1):1-12. doi:10.1080/01421590802585561
6. Hammick M, Freeth D, Koppel I, Reeves S, Barr H. A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9. *Med Teach*. 2007;29(8):735-751. doi:10.1080/01421590701682576
7. Oandasan I, Reeves Sc. Key elements for interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context. *J Interprof Care*. 2005;19(sup1):21-38. doi:10.1080/13561820500083550
8. Ruiz MG, Ezer H, Purden M. Exploring the nature of facilitating interprofessional learning: findings from an exploratory study. *J Interprof Care*. 2013;27(6):489-495. doi:10.3109/13561820.2013.811640
9. Telford M, Senior E. The experiences of students in interprofessional learning. *Br J Nurs*. 2017;26(6):350-354. doi:10.12968/bjon.2017.26.6.350
10. Drynan D, Murphy S. *Understanding and Facilitating Interprofessional Education: A Guide to Incorporating Interprofessional Experiences into the Practice Education Setting*, Vancouver, Canada: University of British Columbia, College of Health Disciplines; 2013. Published online 2016.
11. Hall LW, Zierler BK. Interprofessional Education and Practice Guide No. 1: Developing faculty to effectively facilitate interprofessional education. *J Interprof Care*. 2015;29(1):3-7. doi:10.3109/13561820.2014.937483
12. Kelley A, Aston L. An evaluation of using champions to enhance inter-professional learning in the practice setting. *Nurse Educ Pract*. 2011;11(1):36-40. doi:10.1016/j.nepr.2010.06.003
13. Olenick M AL, Smego JR. Interprofessional education: a concept analysis. *Adv Med Educ Pract*. Published online November 2010:75. doi:10.2147/AMEP.S13207

14. Richard A, Gagnon M, Careau E. Using reflective practice in interprofessional education and practice: a realist review of its characteristics and effectiveness. *J Interprof Care*. 2019;33(5):424-436. doi:10.1080/13561820.2018.1551867
15. Clark PG. Reflecting on reflection in interprofessional education: Implications for theory and practice. *J Interprof Care*. 2009;23(3):213-223. doi:10.1080/13561820902877195
16. Sandars J. The use of reflection in medical education: AMEE Guide No. 44. *Med Teach*. 2009;31(8):685-695. doi:10.1080/01421590903050374
17. Caty M-È, Kinsella EA, Doyle PC. Reflective practice in speech-language pathology: A scoping review. *Int J Speech Lang Pathol*. 2015;17(4):411-420. doi:10.3109/17549507.2014.979870
18. Kinsella EA. Professional knowledge and the epistemology of reflective practice: The Epistemology of Reflective Practice. *Nurs Philos*. 2010;11(1):3-14. doi:10.1111/j.1466-769X.2009.00428.x
19. Ng SL, Kinsella EA, Friesen F, Hodges B. Reclaiming a theoretical orientation to reflection in medical education research: a critical narrative review. *Med Educ*. 2015;49(5):461-475. doi:10.1111/medu.12680
20. Mamede S, Schmidt HG. The structure of reflective practice in medicine. *Med Educ*. 2004;38(12):1302-1308. doi:10.1111/j.1365-2929.2004.01917.x
21. Mathieu Gagnon, Michel Sasseville. *La Communauté de Recherche Philosophique: Applications et Enjeux*. Presses Université Laval; 2011.
22. Topping K, Trickey S, Cleghorn P. Philosophy for Children. Published online 2019. Accessed September 10, 2020. <https://discovery.dundee.ac.uk/en/publications/philosophy-for-children>
23. Juuso H, Oulun yliopisto. *Child, Philosophy and Education: Discussing the Intellectual Sources of Philosophy for Children*. University of Oulu; 2007. Accessed September 10, 2020. <http://herkules oulu.fi/isbn9789514285509/index.html?lang=en>
24. Schön DA. *Educating the Reflective Practitioner: Toward a New Design for Teaching and Learning in the Professions*. 1. ed. Jossey-Bass; 1987.
25. Wang JM, Zorek JA. Deliberate Practice as a Theoretical Framework for Interprofessional Experiential Education. *Front Pharmacol*. 2016;7. doi:10.3389/fphar.2016.00188
26. Lipman M. *À l'école de la pensée: enseigner une pensée holistique*. De Boeck; 2011.
27. Daniel M, Auriac E. Philosophy, Critical Thinking and Philosophy for Children. *Educ Philos Theory*. 2011;43(5):415-435. doi:10.1111/j.1469-5812.2008.00483.x
28. Sasseville M. La pratique de la philosophie en communauté de recherche. In: *La Pratique de La Philosophie Avec Les Enfants*. 2e éd. Presses de l'Université Laval: Distribution de livres UNIVERS; 2000:17-49.

29. Yergeau S. Bien penser grâce à la communauté de recherche philosophique. Published online 2018. <http://hdl.handle.net/20.500.11794/31453>
30. Burgh G. From Socrates to Lipman: Making Philosophy Relevant. *Creat Engagem Think Child*. 2005;31:25-31.
31. Daniel, Marie-France. Philosopher sur les mathématiques au moyen du dialogue critique. In: *La communauté de recherche philosophique: applications et enjeux*. Presses de l'Université Laval; 2011:41-56.
32. Orchard C, Bainbridge L, Bassendowski S, et al. A national interprofessional competency framework. Published online 2010.
33. Molyneux J. Interprofessional teamworking: what makes teams work well? *J Interprof Care*. 2001;15(1):29-35. doi:10.1080/13561820020022855
34. Oza SK, Wamsley M, Boscardin CK, Batt J, Hauer KE. Medical students' engagement in interprofessional collaborative communication during an interprofessional observed structured clinical examination: A qualitative study. *J Interprofessional Educ Pract*. 2017;7:21-27. doi:10.1016/j.xjep.2017.02.003
35. Wackerhausen S. Collaboration, professional identity and reflection across boundaries. *J Interprof Care*. 2009;23(5):455-473. doi:10.1080/13561820902921720
36. Davies M. A Model of Critical Thinking in Higher Education. In: Paulsen MB, ed. *Higher Education: Handbook of Theory and Research*. Vol 30. Higher Education: Handbook of Theory and Research. Springer International Publishing; 2015:41-92. doi:10.1007/978-3-319-12835-1\_2
37. Gagnon M, Yergeau S. *La Pratique Du Dialogue Philosophique Au Secondaire*. Presses de l'Université Laval; 2016.
38. Sasseville M, Gagnon M. *Penser ensemble à l'école: des outils pour l'observation d'une communaute de recherche philosophique en action*. Pr De L'Universite Laval; 2012.
39. Milot É, Museux A-C, Careau E. Facilitator training program: The Université Laval Interprofessional Initiative. *Soc Work Health Care*. 2017;56(3):202-214. doi:10.1080/00981389.2016.1265630
40. Assarroudi A, Heshmati Nabavi F, Armat MR, Ebadi A, Vaismoradi M. Directed qualitative content analysis: the description and elaboration of its underpinning methods and data analysis process. *J Res Nurs*. 2018;23(1):42-55. doi:10.1177/1744987117741667
41. Hammick M. Interprofessional Education: Concept, Theory and Application. *J Interprof Care*. 1998;12(3):323-332. doi:10.3109/13561829809014123
42. Vandergoot S, Sarris A, Kirby N, Ward H. Exploring undergraduate students' attitudes towards interprofessional learning, motivation-to-learn, and perceived impact of learning conflict resolution skills. *J Interprof Care*. 2018;32(2):211-219. doi:10.1080/13561820.2017.1383975

43. McMurtry A. Complexity, collective learning and the education of interprofessional health teams: Insights from a university-level course. *J Interprof Care*. 2010;24(3):220-229. doi:10.3109/13561820903123136
44. Lafortune L. *Une Démarche Réflexive Pour La Formation En Santé: Un Accompagnement Socioconstructiviste*. Presses de l'Université du Québec; 2012.
45. Pallascio R, Daniel M, Lafortune L. Une pensée réflexive pour l'éducation. In: *Pensée et Réflexivité: Théories et Pratiques*. Collection Education-recherche. Presses de l'Université du Québec; Distribution, Canada et autres pays, Distribution de livres univers; 2004:1-12.
46. Visser CLF, Ket JCF, Croiset G, Kusurkar RA. Perceptions of residents, medical and nursing students about Interprofessional education: a systematic review of the quantitative and qualitative literature. *BMC Med Educ*. 2017;17(1):77. doi:10.1186/s12909-017-0909-0
47. Freeth D, Hammick M, Reeves S, Koppel I, Barr H. *Effective Interprofessional Education: Development, Delivery and Evaluation*. (Barr H, ed.). Blackwell Pub; 2005.
48. Visser CL, Wouters A, Croiset G, Kusurkar RA. Scaffolding Clinical Reasoning of Health Care Students: A Qualitative Exploration of Clinicians' Perceptions on an Interprofessional Obstetric Ward. *J Med Educ Curric Dev*. 2020;7:238212052090791. doi:10.1177/2382120520907915
49. Reitsma G, Scrooby B, Rabie T, et al. Health students' experiences of the process of interprofessional education: a pilot project. *J Interprof Care*. 2019;33(3):298-307. doi:10.1080/13561820.2019.1572600
50. O'Grady L, Jadad A. Shifting from shared to collaborative decision making: a change in thinking and doing. *J Particip Med*. 2010;2(13):1-6.
51. Han PK, Klein WM, Arora NK. Varieties of uncertainty in health care: a conceptual taxonomy. *Med Decis Making*. 2011;31(6):828-838.
52. Han PKJ, Babrow A, Hillen MA, Gulbrandsen P, Smets EM, Ofstad EH. Uncertainty in health care: Towards a more systematic program of research. *Patient Educ Couns*. 2019;102(10):1756-1766. doi:10.1016/j.pec.2019.06.012
53. Hood R. A critical realist model of complexity for interprofessional working. *J Interprof Care*. 2012;26(1):6-12. doi:10.3109/13561820.2011.598640
54. Kuipers P, Ehrlich C, Brownie S. Responding to health care complexity: suggestions for integrated and interprofessional workplace learning. *J Interprof Care*. 2014;28(3):246-248. doi:10.3109/13561820.2013.821601
55. Lewitt MS, Cross B, Sheward L, Beirne P. Multi-sector perspectives on learning for interprofessional practice: lessons for higher education and organisational culture. *J Interprof Care*. 2019;33(5):587-589. doi:10.1080/13561820.2018.1544548
56. Trede F, Higgs J. Collaborative decision making. In: Higgs J, ed. *Clinical Reasoning in the Health Professions*. 3. ed., repr. Elsevier [u.a.]; 2011:43-54.



57. Berger S, Mahler C, Schultz J-H, Szecsenyi J, Götz K. Collaborative decision-making: A normative synthesis of decision-making models in healthcare. In: Salloch S, Sandow V, Schildmann J, Vollmann J, eds. *Ethics and Professionalism in Healthcare: Transition and Challenges*. 1st ed. Routledge; 2016:39-51. doi:10.4324/9781315580340
58. Roberts LD, Davis MC, Radley-Crabb HG, Broughton M. Perceived relevance mediates the relationship between professional identity and attitudes towards interprofessional education in first-year university students. *J Interprof Care*. 2018;32(1):33-40. doi:10.1080/13561820.2017.1366896
59. Visser CLF, Kusurkar RA, Croiset G, ten Cate O, Westerveld HE. Students' motivation for interprofessional collaboration after their experience on an IPE ward: A qualitative analysis framed by self-determination theory. *Med Teach*. 2019;41(1):44-52. doi:10.1080/0142159X.2018.1436759
60. Barr H. Toward a theoretical framework for interprofessional education. *J Interprof Care*. 2013;27(1):4-9. doi:10.3109/13561820.2012.698328
61. Hean S, Craddock D, Hammick M, Hammick M. Theoretical insights into interprofessional education: AMEE Guide No. 62. *Med Teach*. 2012;34(2):e78-e101. doi:10.3109/0142159X.2012.650740
62. Knowles MS, Holton EF, Swanson RA. *The Adult Learner: The Definitive Classic in Adult Education and Human Resource Development*. Eighth edition. Routledge; 2015.
63. D'Eon M. A blueprint for interprofessional learning. *J Interprof Care*. 2005;19(sup1):49-59. doi:10.1080/13561820512331350227
64. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*. 2010;376(9756):1923-1958. doi:10.1016/S0140-6736(10)61854-5
65. Mann K, Gordon J, MacLeod A. Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review. *Adv Health Sci Educ*. 2009;14(4):595-621. doi:10.1007/s10459-007-9090-2
66. Abrami PC, Bernard RM, Borokhovski E, et al. Instructional Interventions Affecting Critical Thinking Skills and Dispositions: A Stage 1 Meta-Analysis. *Rev Educ Res*. 2008;78(4):1102-1134. doi:10.3102/0034654308326084
67. Gagnon M. La formation de la pensée à l'école: vers une dialogique entre le générique et le spécifique. *Centre de Recherche sur l'enseignement et l'apprentissage des sciences*. 2017;38.
68. Johnson S. Teaching Thinking Skills. In: Johnson S, Siegel H, Winch C, eds. *Teaching Thinking Skills*. 2nd ed. Key Debates in Educational Policy. Bloomsbury Academic; 2010:1-50. Accessed November 7, 2014. <http://www.bloomsburycollections.com/book/teaching-thinking-skills/ch1-teaching-thinking-skills/>

69. Sasseville M. L'animation d'une discussion en communauté de recherche philosophique: un geste lucide. In: *La Pratique de La Philosophie Avec Les Enfants*. 2e éd. Presses de l'Université Laval : Distribution de livres UNIVERS; 2000:85-101.
70. Thibaudeau V. *Principes de logique*.; 2014. Accessed September 10, 2020. <http://www.deslibris.ca/ID/447854>
71. Gummesson C, Sundén A, Fex A. Clinical reasoning as a conceptual framework for interprofessional learning: a literature review and a case study. *Phys Ther Rev*. 2018;23(1):29-34. doi:10.1080/10833196.2018.1450327
72. Kizel A. Philosophy with Children as Enabling Community of Multi-Narratives. In: Lin C-C, Sequeira L, eds. *Inclusion, Diversity, and Intercultural Dialogue in Young People's Philosophical Inquiry*. SensePublishers; 2017:69-84. doi:10.1007/978-94-6351-065-3\_6
73. Lin C-C, Sequeira L, eds. *Inclusion, Diversity, and Intercultural Dialogue in Young People's Philosophical Inquiry*. SensePublishers; 2017. doi:10.1007/978-94-6351-065-3
74. D'amour D, Oandasan I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *J Interprof Care*. 2005;19(sup1):8-20. doi:10.1080/13561820500081604
75. Lawlis TR, Anson J, Greenfield D. Barriers and enablers that influence sustainable interprofessional education: a literature review. *J Interprof Care*. 2014;28(4):305-310. doi:10.3109/13561820.2014.895977
76. Careau E, Vincent C, Swaine BR. Consensus group session of experts to describe interprofessional collaboration processes in team meetings. *J Interprof Care*. 2011;25(4):299-301. doi:10.3109/13561820.2011.566649
77. Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group, ed. *Cochrane Database Syst Rev*. Published online March 28, 2013. doi:10.1002/14651858.CD002213.pub3
78. Talbot G. L'adaptation de la communauté de recherche en philosophie dans les collèges québécois: bilan, témoignages et évaluation. In: *La communauté de recherche philosophique: applications et enjeux*. Presses de l'Université Laval; 2011:145-153.
79. Buring SM, Bhushan A, Brazeau G, Conway S, Hansen L, Westberg S. Keys to Successful Implementation of Interprofessional Education: Learning Location, Faculty Development, and Curricular Themes. *Am J Pharm Educ*. 2009;73(4):60. doi:10.5688/aj730460

## 4.14 Appendice 1

**Tableau 7: Examples of quotations**

Main Categories	Themes	Subthemes	Examples of quotations
Difficulties observed in students	Attitude and commitment	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Performance achievement focus and anxiety</li> <li>- Commitment and motivation</li> </ul>	<p>"Students are becoming increasingly anxious. They want to be good at this. And to find the answer, it makes them good right now."</p> <p>"Some students find it hard to make sense of what they are doing because they can see that this is not how it works in reality."</p>
	Level of competency	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lack of detachment in relation to the structure</li> <li>- Links/ co-construction</li> <li>- Profile Heterogeneity</li> </ul>	<p>"They seem to be so focused on the process at the exam, often, I find that they don't pick up on the main problem at all."</p> <p>"Sometimes questions are put to the group and the question [...] is not even picked up on, not even challenged."</p> <p>"Some of the students that come in aren't clear on the idea of a main problem and a common objective. They're really at different stages in their professional development."</p>
	Reasoning and thinking skills	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Thought organization</li> <li>- Justification</li> <li>- Synthesis</li> <li>- Prioritization (identifying what is most important)</li> <li>- Metacognition</li> </ul>	<p>"They can grasp the process and be confused about the content [...] everything is in its place, but the content is all wrong."</p> <p>"I find that some students have trouble understanding what it means to justify [...] it seems hard for them sometimes."</p> <p>"He takes a few elements and adds other things and nobody around the table says, 'Wait, we needed to make a synthesis at this stage and now you're taking a completely different route'."</p> <p>"They get lost in history. All their attention is focused on the story as a whole instead of narrowing it down to the issue which is the reason why the person needs help."</p> <p>"They don't seem to be developing this muscle much [...] because, this is precisely the point, this capacity for self-observation while in action and adjusting, they don't really know how to get there..."</p>

Types of facilitator Interventions	Emotive	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reassuring</li> <li>- Naming difficulties</li> <li>- Highlighting the positive</li> </ul>	<p>"[...] then, after that, I reassure them. I have the impression that this is the bulk of my job: reassuring them; sometimes I just say to them: 'You know what you have to do, you've been doing it all day.'"</p> <p>"Simply asking [the student], 'Could it be that right now you're not feeling comfortable in your team? [And asking] the others: could it be that you hesitate to challenge [what is being said] because you're afraid to hurt people?'"</p> <p>"What I tried to do when this happened was to build on strengths."</p>
	Rational	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Making connections with course theory</li> <li>- Making connections with clinical reality</li> </ul>	<p>"You know, "Go back to your notes, to what you've already read. [...] What stage are you at right now?"</p> <p>"If you don't take away from this the best possible knowledge, you won't be able to make adjustments eventually and be agents of change."</p>
Challenges faced by facilitators	Role and responsibilities	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maintaining their role as facilitators</li> <li>- Promoting active learning</li> </ul>	<p>"Students want to have their questions answered fast, even though we explain our role, that we're not teachers, we're resource persons who are there to motivate them, to get them to find the answers."</p> <p>"The nuance is between we let the group self-regulate and take itself in hand... From what angle do we approach them to get them to be autonomous in their learning instead of giving them the answers all the time?"</p>

## **Chapitre 5: A theoretical inquiry of collaborative clinical reasoning: Thinking skills to help navigate through the complexity of collaborative clinical reasoning**

Le chapitre 5 présente une proposition théorique basée sur une analyse de contenu des meilleures pratiques attendues lors d'une délibération en équipe basée sur le raisonnement clinique collaboratif (RCC). Les concepts de RCC et d'habiletés de pensée sont d'abord décrits, puis les meilleures pratiques attendues et les enjeux potentiels d'une rencontre interdisciplinaire basée sur le RCC sont présentés. Les habiletés de pensée considérées comme étant pertinentes et potentiellement utiles à chacune des étapes du processus sont expliquées. Ce manuscrit vise à répondre à l'objectif 2 de la thèse. Cette proposition a fait l'objet d'un article intitulé « A theoretical inquiry of collaborative clinical reasoning: Thinking skills to help navigate through the complexity of collaborative clinical reasoning », soumis le 10 juin 2021 pour publication dans la revue *Teaching and Learning in Medicine*.

Richard, A., Gagnon, M., Yergeau, S., Careau, E. (2020) A theoretical inquiry of collaborative clinical reasoning: Thinking skills to help navigate through the complexity of collaborative clinical reasoning. Article soumis pour publication.

## 5.1 Résumé

Cet article propose une analyse théorique des mécanismes sous-jacents au raisonnement clinique collaboratif (RCC). Le RCC est essentiel à la collaboration interprofessionnelle (CIP) et devrait, en ce sens, être au cœur de toute initiative de formation interprofessionnelle (FIP). Le RCC est particulièrement utile face à des situations complexes teintées par l'incertitude afin de soutenir les prises de décisions partagées visant à répondre aux besoins d'une personne et de ses proches. Il apparaît ainsi crucial de mieux comprendre ses mécanismes afin d'être en mesure de l'enseigner efficacement aux étudiants en FIP. Le raisonnement clinique est cependant rarement appréhendé comme un processus d'équipe et la littérature portant sur le RCC demeure rare. Cet article propose donc une analyse théorique du processus de RCC en décrivant d'abord ses grandes étapes ainsi que les meilleures pratiques reconnues et les enjeux menaçant sa réalisation. L'analyse est ensuite complétée par l'identification des habiletés de pensée potentiellement utiles à chacune de ces étapes. Les habiletés de pensée sont des opérations cognitives impliquées dans l'identification, l'analyse et l'évaluation d'arguments et de propositions. Conceptualisées comme des particules de la pensée, elles peuvent éventuellement contribuer, en ce sens, à l'opérationnalisation de cette dernière. L'explicitation du RCC par l'intermédiaire des habiletés de pensée peut donc permettre de mieux en comprendre les mécanismes sous-jacents et, par conséquent, en renforcer l'enseignement en FIP.

## **5.2 Abstract**

This paper proposes a theoretical analysis of collaborative clinical reasoning (CCR) mechanisms. CCR is at the heart of interprofessional collaboration (IPC) and should therefore be a part of any interprofessional education (IPE). CCR is used in complex situations with a high degree of uncertainty to support shared decision-making aimed at meeting a patient and his or her family's needs. Effective CCR teaching is therefore conditional on an improved understanding of its underlying mechanisms. Yet, clinical reasoning has not been examined as a team effort and the literature on CCR is still scarce. This article offers a theoretical analysis of CCR by first describing the main stages of the process as well as the recognized best practices and potential issues. The analysis is completed by identifying the thinking skills that are likely to be useful at each stage. Thinking skills are cognitive acts used in the identification, analysis, and evaluation of arguments and propositions. They can be conceptualized as particles of the thinking process and may hence contribute to its operationalization. Expounding the CCR process by exploring thinking skills can therefore help to gain insight into the thinking mechanisms that underlie it, thereby also improving its teaching in IPE.

### **5.3 Introduction**

The clinical reasoning process in health and social services is highly complex (Audétat et al., 2017; Simmons, 2010), raising numerous challenges for students in this field. Some of these challenges are associated with reasoning and thought organization: difficulty developing hypotheses, difficulty linking information, drawing premature conclusions, etc. (Audétat et al., 2017; Graber & Carlson, 2011; Guerrasio, 2018). In an interprofessional context, the complexity of the task is all the greater as all partners must exchange perspectives with a view to shared decision-making, which also involves the person and his or her family (O'Grady & Jadad, 2010). The ability to formulate clinical reasoning as a team thus becomes an important objective in interprofessional education (IPE). However, the process of collaborative clinical reasoning (CCR) and the mechanisms that support it have been poorly researched to date (Brock et al., 2013; Chatalalsingh & Reeves, 2014; DeKeyser Ganz et al., 2016) and little emphasis has been placed on its teaching (Berger et al., 2016). An improved understanding of these mechanisms is therefore essential in order to promote their appropriation by students (Kiesewetter et al., 2017). Thinking skills, defined as mental operations at the very basis of reasoning and argumentation (Lipman, 2011), can potentially shed new light on the mechanisms underlying CCR. To our knowledge, however, their potential usefulness in describing CCR mechanisms in an IPE context has never been explored.

This article is part of a pedagogical design approach aimed at developing reflective practice in IPE (Barab & Squire, 2004) by proposing a theoretical examination of the usefulness of thinking skills to describe the mechanisms at work in CCR. The theoretical foundations, best practices, and challenges of team-based CR will be presented. The concept of thinking skills, its benefits, and recommendations for their use will then be discussed.

### **5.4 Background**

In this article, the compound term “collaborative clinical reasoning” is used to refer to the clinical reasoning process conducted within an interprofessional team in the context of an interdisciplinary deliberative process. The term refers primarily to “clinical reasoning” (CR), which is related to the thinking and decision-making [mechanisms] that enable the clinician to take the most appropriate action within a specific problem-solving context (Harris, 1993). The qualifier “collaborative” concerns the set of practices and conditions that enable professionals from two or more disciplines to think and work interactively with a view to



meeting an individual's needs (C. Orchard et al., 2010; Reeves et al., 2011). CCR is particularly well suited to highly complex clinical situations marked by uncertainty (Hood, 2012; Kuipers et al., 2014; Lewitt et al., 2019; Politi & Street, 2011; Trede & Higgs, 2011). IPE must therefore equip students to better think and reason as a team in order to facilitate navigating through this complexity (Hood, 2012; Lewitt et al., 2019; Michalsen et al., 2019).

Thinking skills emanate from a cognitivist perspective, which conceives of thinking as an orchestration of mental acts (Lipman, 2011). Mental acts are considered to be relatively general operations that can be broken down into different constituents: thinking skills. According to this perspective, the stages proposed in CCR models can be viewed as mental acts, i.e., thought achievements based on the orchestration of several thinking skills. The act of "deciding" for example, is considered to be based on a set of skills such as comparison and differentiation, criteria setting and evaluation, prioritization, etc. Decision-making is sometimes presented as a simple CCR action, but it is instead the result of a series of mental operations (Lipman, 2011), performed through thinking skills, which may explain the preponderance of difficulties related to thought organization and reasoning among students (Audétat et al., 2017; Graber & Carlson, 2011; Guerrasio, 2018). This way of conceptualizing thinking and reasoning can usher in a new perspective on the mechanisms underlying CCR.

The generic nature of thinking skills enables their use in different contexts and for different purposes, making them possibly versatile in a CCR context (Gagnon, 2017; Johnson, 2010). The same skill could therefore be used and adapted at different stages of the process. Hypotheses formulation during the sharing of clinical data, for example, would make it possible to search for causes and explanations to establish an overview of the situation; subsequently, when formulating common objectives, it would be aimed at anticipating the possible consequences of the actions debated. In this sense, analyzing the various CCR stages through thinking skills can help to clarify the mechanisms involved in the latter, with the goal of potentially facilitating CCR teaching.

## **5.5 Methods**

The overall goal of this paper is to highlight the complexity underlying the CCR process by bringing to light the thinking skills involved. The currently limited knowledge on the use of thinking skills in CCR warrants an exploratory methodology, conducive to a better understanding of the phenomenon. This analysis is therefore primarily theoretical: the

expected stages of the CCR process are described, followed by a theoretical content analysis aimed at identifying the relevant thinking skills for each stage.

The description of the expected stages of an interdisciplinary meeting is based on those presented by Careau et al. (Careau et al., 2014), which is based on a concerted effort involving various IPE experts. It is used as part of the IPE continuum at Laval University, Quebec (Canada) (see Table 8). The stages presented are consistent with the clinical reasoning processes commonly described in the literature (Carrier et al., 2010; Charlin et al., 2012; DeKeyser Ganz et al., 2016; Simmons, 2010). As regards the identification of thinking skills, it is based on the list of “first level” skills drawn up by Gagnon and Yergeau (Gagnon & Yergeau, 2016), who propose a developmental sequence. These skills form a whole enabling the performance of a variety of thought acts. The relevant skills for each stage were determined by independent analysis (A.R. and S.Y.) based on the description of the expected issues and best practices for each stage of an interdisciplinary meeting. The skills identified were then discussed and adopted by consensus by the authors.

**Tableau 8: Stages of an interdisciplinary meeting**

<b>Shared vision of the situation</b>	A.1 Clarifying the common goal
	A.2 Clarifying each team member’s professional role*
	A.3 Sharing clinical data
	A.4 Synthesizing the situation
<b>Joint decision-making</b>	B.1 Identifying priority issue(s)
	B.2 Formulating common objective(s)
	B.3 Identifying interventions

## 5.6 Results: Description of the stages and associated thinking skills

This section presents the expected stages in interdisciplinary meetings based on CCR (Blondon et al., 2017; Careau et al., 2014; DeKeyser Ganz et al., 2016), best practices, and the issues surrounding the process identified in the literature, as well as the relevant skills for each stage (see table 9). Definitions of thinking skills can be found in table 9.

### **5.6.1 Clarifying the common goal (Stage A.1)**

Responding to a common goal is the reason why participants meet in the context of an interdisciplinary intervention plan, which is always related to the patient's needs and expectations (O'Grady & Jadad, 2010; C. Orchard et al., 2010; Politi & Street, 2011). The team must identify a shared goal based on consensus and a common understanding thereof (Careau et al., 2014; C. Orchard et al., 2010; Politi & Street, 2011; Sims et al., 2015). An ill-defined goal can lead to misunderstandings or tensions within the team. A well-defined goal provides a clear focus for discussion and can help to refocus the discussion if it moves in different directions (Careau et al., 2014; Sims et al., 2015).

#### *5.6.1.1 Thinking skills used in clarifying the common goal*

The following skills can be useful in clarifying the common goal:

- Naming or describing
- Identifying reasons
- Giving examples
- Asking questions
- Considering alternatives

The common goal can be "named" or "described" to the team and generally corresponds to the "reason" why it is important to have a discussion as a team. Providing "examples" can also help team members to understand why it is necessary to meet. "Questions" can be asked to ensure that everyone understands and adheres to the goal. It may be necessary to "consider alternatives" in some situations, if some have different issues to discuss.

### **5.6.2 Clarifying each team member's professional role (Stage A.2)**

This stage helps to define roles, responsibilities, and constraints (Careau et al., 2014; C. Orchard et al., 2010). In complex situations, particularly when they involve "grey area" actions, grasping and respecting disciplinary barriers is important to ensure team understanding and ultimately efficient service delivery (Careau et al., 2011; C. Orchard et al., 2010). Poor knowledge or recognition of another professional's field of expertise can lead to a misassignment of responsibilities, conflicts, loss of efficiency or risks for the patient, especially when certain tasks are duplicated or, conversely, omitted due to lack of clarification (Brock et al., 2013; C. A. Orchard et al., 2005).

### *5.6.2.1 Thinking skills used in role clarifying*

The following thinking skills can be useful in clarifying each professional's role:

- Naming or describing
- Defining
- Giving examples
- Giving counter-examples
- Comparing and differentiating
- Classifying
- Asking questions

First, it is possible to “name” or “describe”, and then “define” the role. It can be helpful to clarify by giving “examples” or “counter-examples” of what is or is not within the scope of this role. “Comparison” and “differentiation” can help to clarify and “classify” similar roles and “asking questions” can lead to a better understanding of the members’ respective roles.

### **5.6.3 Sharing clinical data (Stage A.3)**

During this stage, the professionals share their perception of the situation in order to arrive at a common vision. Time constraints in IPC and IPE require effective identification of the elements most relevant to the team (Careau et al., 2011). The organization of the message, utilization of a common language and definition of discipline-specific terms promotes common understanding (Careau et al., 2014; C. Orchard et al., 2010). It is important that the needs, expectations, priorities, strengths, and resources of the patient and his or her family are discussed (Careau et al., 2014; O’Grady & Jadad, 2010; C. Orchard et al., 2010). Some students may have a tendency to provide too much information to the team or, on the contrary, overlook important information. In addition, the information shared may be unorganized and confusing, which can hinder their colleagues’ understanding (Richard et al., forthcoming).

### *5.6.3.1 Thinking skills used in sharing clinical data*

The following thinking skills can be useful in sharing clinical data:

- Naming or describing
- Giving examples
- Giving counter-examples
- Comparing and differentiating
- Establishing criteria
- Classifying

- Defining
- Causal reasoning (causes, consequences)
- Formulating hypothetical reasoning
- Evaluating
- Prioritizing
- Synthesizing
- Asking questions

The sharing of clinical data may involve some enumeration, hence the importance of the basic “naming” or “describing” skills. However, other skills are required to support the clarity and organization of information. Sharing “examples” and “counter-examples” makes explanations more concrete and promotes the creation of a shared mental model about the patient’s situation (Blondon et al., 2017). “Comparison” and “differentiation” can be particularly useful when it comes to differential diagnosis, where the aim is to “classify” symptoms belonging to different clinical pictures (Charlin et al., 2012). Symptoms and test or examination results, for example, can become “criteria” for identifying a diagnosis. The sharing of clinical data should make it possible to account for the clinical reasoning of students from different disciplines (Berger et al., 2016; DeKeyser Ganz et al., 2016). In this sense, “causal” and “hypothetical reasoning” can help other students to understand the reasoning behind the opinions and hypotheses expressed. In addition, the ability to “synthesize” is necessary at this stage in order to select the information that is most relevant to convey for the purposes of the situation. The synthesis itself is based on the “evaluation” and “prioritization” of available information. Sharing information sometimes also requires the “definition” of specialized terms to support the understanding of the various participants. Finally, asking colleagues (“questions”) about their assessment of the situation, their conclusions, or asking them to clarify certain terms used, can lead to a finer understanding of the shared data and the various team members’ clinical opinion.

#### **5.6.4 Synthesizing the situation (Stage A.4)**

A synthesis must be made in order to formalize the shared vision of the situation. While a synthesis is based on known information, it must offer a new reading by rigorously selecting the most relevant elements and proposing meaningful links between them, in particular to identify possible causes and consequences. The vision that emerges must stretch beyond the input of a single discipline to form a coherent whole, where opinions are discussed and put in relationship to one another (C. Orchard et al., 2010). Despite conscientious sharing of clinical data, not everyone may have the same vision at this stage. It is therefore crucial

to explain the rationale behind the opinions (Careau et al., 2014). Nuances can then be added and a more detailed understanding of the mechanisms, causes, and consequences at play can be established. However, hierarchical issues can steer the discussion in a particular direction (DeKeyser Ganz et al., 2016; C. Orchard et al., 2010). In addition, time constraints can put pressure on the team to reach a quick, even “on the surface” consensus (Richard et al., forthcoming).

#### *5.6.4.1 Thinking skills used in synthesizing the situation*

The skills expected at this stage are in part the same as those in Stage A.3, in that it is again a matter of “synthesizing” clinical data, but this time based on the contributions of all team members and not in a unidisciplinary manner. However, the “definition” and the “classification” take up less space to the extent that terminology has already been clarified and the information classified in the previous stage. Asking “questions” takes on a new importance here as we seek to explore the different perspectives in order to arrive at a common vision of the situation. The goal of achieving a common vision at this stage involves using other tools that support collaborative clinical reasoning, hence the addition of the following skills:

- Considering alternatives
- Examining the flip side of a position
- Reformulating
- Developing one’s idea on the basis of those expressed by other team members

The first two skills make it possible to respond to the above-mentioned issues by ensuring that different perspectives are examined. The ability to “reformulate” allows one to reword what has been said in order to ensure understanding or to clarify meaning (Gagnon & Yergeau, 2016). One of the challenges regularly encountered in IPE is that students tend to hold parallel discourses, keeping to a unidisciplinary view of the situation (Richard et al., forthcoming). Conversely, “developing one’s idea on the basis of other members’ ideas” requires listening to and considering what the other person has to say (Gagnon & Yergeau, 2016), which is crucial to CCR (Berger et al., 2016; Blondon et al., 2017; Careau et al., 2014).

#### **5.6.5 Identifying one or several priority issues (Stage B.1)**

The identification of one or several priority issues allows for a more detailed common understanding of all the factors influencing the situation, potentially promoting a more

effective and concerted intervention (Kuipers et al., 2014; McMurtry, 2010; Wackerhausen, 2009). Identifying a priority issue involves the notion of choice, which, as indicated earlier, is a complex and multifactorial stage (Lipman, 2011). This choice must be based on a systematic review of different perspectives, including those of the patient and his or her family (Careau et al., 2014; O’Grady & Jadad, 2010; C. Orchard et al., 2010; Politi & Street, 2011; Walker & Lovat, 2016). It is important at this stage to access the rationale behind each participant’s proposals so as to understand the reasons for prioritizing a given aspect (Trede & Higgs, 2011). This way of analyzing the rationale behind decisions enables critical distance and “helps practitioners to become conscious of their choices in decision-making because hidden agendas and bias are made explicit” (Trede & Higgs, 2011). Issues similar to those encountered during the synthesis may initially arise. Again, time constraints may put the team under pressure. Conflicts may emerge during this stage insofar as professional identity acts as a filter through which the situation is considered (Wackerhausen, 2009). It can become difficult, even confrontational, to deal with an opinion that differs from one’s own (McMurtry, 2010; Vandergoot et al., 2018).

#### *5.6.5.1 Thinking skills used in identifying one or several priority issues*

Some of the thinking skills that can help in identifying a priority issue are those already listed above. Since they are now practised in a different context and with a different purpose, they may be mobilized in a different manner. First, there are skills that enable sharing and illustrating one’s opinion:

- Naming or describing
- Giving examples
- Giving counter-examples

Second, there are skills that help to establish meaningful relationships between the elements, for example through “comparison”, “differentiation”, and “classification”. These skills also contribute to the “definition” of certain important terms, particularly those that may have different meanings in different professions:

- Comparing and differentiating
- Classifying
- Defining

Furthermore, “causal reasoning” and formulating “hypothetical reasoning” contribute to the logical organization of the elements discussed. The development of various “hypotheses”,

whether to explain a situation or to consider the consequences of an action, is a key part of clinical reasoning, and often a challenge for students (Audétat et al., 2017):

- Causal reasoning (causes, consequences)
- Formulating hypothetical reasoning

“Synthesizing” skills are particularly useful in complex situations, where a number of elements are discussed. They help to identify the pieces of information that are most important, highlight the links between them, and in so doing foster a common understanding:

- Synthesizing

Considering “alternatives” and looking at the “flip side of a position” are two skills that promote the exploration of different perspectives, an essential component of identifying priority issue(s) (Careau et al., 2014; Walker & Lovat, 2016):

- Considering alternatives
- Examining the flip side of a position

The following two skills contribute to the co-construction of the CCR process, i.e., going beyond unidisciplinary perspectives and parallel discourses in order to achieve genuine CCR:

- Reformulating
- Developing one’s idea on the basis of those expressed by others

The identification of a priority issue extends beyond the sharing of observations and clinical data to making a concerted choice that will eventually lead to an action plan. Other skills must therefore be used to support this stage:

- Identifying reasons
- Establishing criteria
- Evaluating
- Prioritizing

Participants must engage in a process of collaborative reasoning and argumentation in which the various causalities and consequences are identified, analyzed, and weighed in order to be prioritized (Berger et al., 2016; Wackerhausen, 2009). The identification of “reasons” is the premise of this argumentation, where an opinion is not expressed alone but rather supported by an explicit rationale. The team must then proceed to establish “criteria”, which are “rule(s) or principle(s) for judging” to guide choices (Lipman, 2011). Different professions may value and promote different decision criteria (Wackerhausen, 2009) such



as safety or social participation. Asking “questions” helps participants to step back from their perspectives and explore different points of view.

### **5.6.6 Formulating one or several common objectives (Stage B.2) & Identifying interventions (Stage B.3)**

Stages B2 and B3 (formulating a common objective and identifying interventions) will be dealt with concurrently to the degree that they are based on similar mechanisms. Objectives and interventions must be related to the issue(s) identified (Careau et al., 2014). Discussions that stray from the priority problem or common goal are generally less efficient and can affect the quality of care and services. Poor or insufficient role clarification can become a source of tension or conflict at this stage, particularly when an intervention falls under the purview of different professions.

#### *5.6.6.1 Thinking skills used in formulating common objectives and identifying interventions*

The thinking skills that can contribute to the formulation of common objectives and the identification of interventions are largely the same as those presented above:

- Naming or describing
- Giving examples
- Giving counter-examples
- Comparing and differentiating
- Defining
- Causal reasoning (causes, consequences)
- Formulating hypothetical reasoning
- Synthesizing
- Considering alternatives
- Examining the flip side of a position
- Reformulating
- Developing one’s idea on the basis of those expressed by others
- Identifying reasons
- Establishing criteria
- Evaluating
- Prioritizing
- Asking questions

However, not all skills will be equally useful depending on the context and not all skills will have to be used with the same frequency. “Examples” can be useful to the entire team, including the patient and his or her family, to help them fully understand the proposed

solutions. Similarly, when faced with a situation involving a number of constraints, it may become necessary to consider multiple “alternatives” in order to determine realistic goals and interventions. The nature of the “reasons” is also different at this stage: the focus is now on ways to respond to the problem. The reasons underlying the choice therefore often refer to the goals or consequences sought. Eventually, the reasons identified may become “criteria” on which the team can base their final decision. The use of “causal reasoning” or “hypotheses” at this stage also focuses more on the targeted goals and consequences. The incorporation of a final skill becomes useful at this stage:

- Identifying means-ends relationships

Identifying “means-ends relationships” takes into consideration both the distinction between a means and an end and the coherence that unites them. Students sometimes discuss interventions before formulating common goals, which can result in the failure to achieve a common vision and in creating a fragmented plan of action. Distinguishing means and ends can help to preserve the organization and rigour of the CCR process. Identifying means-ends relationships can also help the team to take into account the necessary coherence between objectives and interventions.

The different stages of the CCR process are intrinsically interrelated and their successful completion depends on the rigour with which the previous stages were carried out. Thinking skills seem to be useful tools for highlighting the mechanisms underlying each stage and, eventually, for promoting their effective implementation.

**Tableau 9: Thinking skills' definitions and identification in CCR Stages**

Thinking skills	Definitions (Adapted from Gagnon & Yergeau, 2016)	CCR Stages						
		A.1- Clarifying the common goal	A.2- Clarifying each team member's professional role	A.3- Sharing clinical data	A.4- Synthesizing the situation	B.1- Identifying one or several priority issues	B.2- Formulating one or several common objectives	B.3- Identifying interventions
Naming or describing (Bloom, 1975)	Memorizing and conveying information as learned.							
Giving examples	Illustrating an idea or an opinion using concrete situations.							
Giving counter-examples	Qualifying using concrete illustrations in order to contradict an idea or an opinion.							
Comparing and differentiating	Establishing relationships between two elements in order to identify similar and dissimilar characteristics.							
Classifying	Grouping or dividing elements, ideas, or proposals into different categories according to criteria.							
Defining	Determining the specific and distinctive characteristics of a concept.							
Causal reasoning	Determining the origin of a situation or phenomenon and identifying its consequences and spin-offs.							
Formulating hypothetical reasoning	Proposing an explanation to be tested for a problem or situation. Proposing an idea and considering its potential consequences.							
Synthesizing	Gathering key elements in order to provide an overview of a situation, a discussion... The synthesis proposes a "new" reading by organizing and summarizing the information.							

Identifying reasons	Identifying what justifies or explains a situation, a proposal... Identifying the purpose of a proposal.							
Establishing criteria	Identifying rules or principles to use in order to evaluate opportunities or guide decisions.							
Evaluating	Examining whether the reasons, hypotheses, solutions... put forward are valid and acceptable with regard to a particular situation.							
Prioritizing	Examining which reasons/ hypotheses/ solutions... are most valid in the context of choosing or implementing them.							
Identifying means-ends relationships	Determining goals, objectives, expectations... and identifying ways to achieve them.							
Asking questions	Asking questions in order to <ul style="list-style-type: none"> <li>- clarify a point of view</li> <li>- encourage participation and exploring different points of view</li> <li>- support reflective practice and metacognition</li> <li>- encourage readjustments</li> <li>- ...</li> </ul>							
Considering alternatives	Putting forward a different idea in order to explain a situation, identify a problem, or attempt to respond to it.							
Examining the flip side of a position	Considering the flip side of an idea or position in order to examine its validity or to find alternative solutions. Considering a different analysis or explanation.							
Reformulating	Formulating an idea or thought (one's own or someone else's) in a different way or in other words.							
Developing one's idea on the basis of those expressed by others	Using an interlocutor's input to develop and enrich one's own point of view, whether in agreement or disagreement with the initial statement.							

**Legend:**

	Thinking skill considered relevant for the stage		Thinking skill not expected for the stage
--	--	--	---

## **5.7 Discussion**

Analyzing the different stages of the CCR process brought to light different thinking skills that can be used to support their implementation. Identifying thinking skills illustrated the underlying complexity of each stage. To our knowledge, however, current IPE training does not take this complexity into account, which can be detrimental to student learning. Currently, there is a paradox between teaching a process consisting of simple steps as part of IPE and expecting a process that is actually much more complex, and whose mechanisms are not explained (Blondon et al., 2017). Sharing clinical data, for example, may seem simple, yet skills such as causal reasoning, prioritization, and synthesis can be useful at this stage to enable students to organize the information to be shared. When the team must move toward a common decision, for example to determine a priority issue, the number of potentially useful skills only increases, illustrating the diversity and complexity of the underlying mechanisms involved. These considerations are consistent with students' clinical reasoning difficulties pointed out in the literature, highlighting a poor ability to prioritize, develop hypotheses, link information, and a tendency to make premature closures (or conclusions) (Audétat et al., 2017; Guerrasio, 2018). A number of the difficulties mentioned are associated with the ability to organize thoughts and construct rigorous reasoning, which may require the use of the various thinking skills listed above.

### **5.7.1 Asking questions and reflective practice**

Asking questions is a driver that can support CCR and the use of thinking skills. It encourages participants to seek clarification, elicits different points of view, and eventually, ensures consensus. Without questions, the discussion quickly becomes unidirectional as surface consensus is built around an authoritative argument or a point of view that reinforces the "status quo" (Hammond et al., 1999). Indeed, asking questions is the doorway to collaboration and input from interlocutors (Visser et al., 2020). Asking questions as a means of developing thinking skills can also support an attentive and regular examination of the discussion, fostering a reflective distance in relation to what is being said. In this sense, it can be said that the use of thinking skills in the context of CCR is applying reflective practice thereto (White et al., 2006). Reflective practice is considered a key factor in IPE (Clark, 2009; D'Eon, 2005; Richard et al., 2019). The use of thinking skills, from this perspective, is consistent with the best methods recognized for addressing clinical reasoning difficulties in students, namely deliberate practice and "reflection in action" (Guerrasio, 2018). Deliberate

practice involves continuous reflection and feedback on action, which is continually adjusted according to comments (external or internal) (Ericsson et al., 1993; Wang & Zorek, 2016). “Reflection in action” is also based on careful examination of the practice in the course of action, this time with a deeper reflective and metacognitive posture (Clark, 2009; Schön, 1987). The use of thinking skills during the CCR process can support this attentive examination and evaluative approach, particularly through questioning the statements made and their nuances, the exploration of different perspectives, and evaluation (Daniel & Auriac, 2011; Gagnon & Yergeau, 2016; Lipman, 2011).

### **5.7.2 Explicit teaching and the practice of thinking skills**

The use of thinking skills cannot be done intuitively or through simple exposure to a model (Abrami et al., 2008; Johnson, 2010). Considered central to critical thinking, thinking skills are best taught explicitly and then practised in context, through infusion (Abrami et al., 2008). In IPE, this means making the expected skills explicit, teaching them, and then practicing their use in the CCR process. When the teaching context is meaningful and representative of what is expected in practice, generalization of learning is all the more likely (Johnson, 2010). Thus, explicit instruction and contextualized practice may enable participants to develop their use of CCR thinking skills, as well as their ability to elicit these skills from their interlocutors by asking questions. In the context of IPE, thinking skills should also be solicited by a trained facilitator.

### **5.7.3 Facilitator training**

Enhancing facilitator training and providing tools to support facilitators is crucial (Drynan & Murphy, 2016; Hall & Zierler, 2015; Oandasan & Reeves, 2005; Richard et al., 2019). Developing the skill of asking questions is at the heart of the competencies to be developed in facilitators (Milot et al., 2017; Ruiz et al., 2013; Visser et al., 2020). Thinking skills offer useful tools to enable question asking and, potentially, to support the role of facilitators in facilitating interprofessional debate. For example, if the exploration of other points of view does not occur spontaneously during the discussion, the facilitator can ask questions to encourage the team to explore the flip side of a position, to bring out counter-examples or to consider alternatives. Facilitators should, however, have access to explicit training on this topic so that they can develop the competencies necessary to accompany students in developing these skills (Richard et al., 2019). The use of thinking skills by IPE facilitators can also contribute to a third strategy identified to address clinical reasoning difficulties,

namely feedback. Thinking skills make it possible to cast a critical eye and therefore support focused feedback on the CCR process: Have different perspectives been explored? Are the interventions identified linked to the stated objectives? Why does this issue appear to be a priority? As a result, thinking skills have a potential to contribute to facilitator training and support the development of the competencies required to enable them to effectively assume their role.

#### **5.7.4 Thinking skills and attitudes**

The use of skills in a dialogical context can support the expression of IPC-friendly attitudes such as attentiveness and respect (Gagnon & Sasseville, 2011; Lipman, 2011; Oza et al., 2017). In this regard, the importance of creating the conditions necessary for a democratic process that allows all perspectives to be heard and considered cannot be minimized (Careau et al., 2014; Walker & Lovat, 2016). The use of thinking skills in the CCR context appears to have the potential to support this democratic expression of different points of view, and thereby promote the involvement of the patient and his or her family members in the process.

#### **5.7.5 Conditions for the integration of thinking skills**

Thinking skills are therefore of interest for CCR teaching and learning in IPE. They help to grasp the complexity of the mechanisms underlying these exchanges and provide potential opportunities for remediation in case of difficulty. They also appear to be valuable in supporting the development of facilitators' competencies. Because they are at the core of critical thinking and because they can be used for the continuous and careful review of practices, they are the tools of choice for exercising reflective practice in IPE. However, there are some requirements in order to draw out these benefits:

- Thinking skills should be explicitly taught and then infused in the particular context. In the case of IPE, this would involve introducing the thinking skills necessary for clinical case resolution through CCR and practicing them in that context.
- Facilitators should accompany students through the CCR process.
- Facilitators should be trained beforehand and they should develop knowledge and competencies in the use of thinking skills to support CCR.

These conditions remain consistent with recognized best practices in IPE and reflective practice.

## 5.8 Limitations

In addition, there are a number of considerations that should be taken into account in implementing such a process. First, it is important not to deconstruct thinking and reflection to the point of breaking them down to separate components (Davies, 2015; Johnson, 2010; Lipman, 2011). Thinking skills draw strength from their orchestration in a specific context (Davies, 2015; Gagnon, 2017; Johnson, 2010). Therefore, they should not be used in a segmented manner, regardless of the purpose and overall context of the exercise. In addition, the analysis was conducted using a limited number of thinking skills. Indeed, there is a wide variety of skills and others can certainly contribute to the process: identifying presuppositions, identifying implications, establishing part-whole relationships, etc. (Gagnon & Yergeau, 2016; Sasseville, 2000). Nevertheless, this analysis provides a theoretical basis for further research. Although their use can potentially yield a range of benefits (Richard et al., forthcoming), thinking skills are not an answer to all of the issues encountered in IPE. For example, hierarchical issues may impact the different stages of CCR and affect the course of the discussion. The use of thinking skills can nonetheless foster a structure that allows for a more systematic questioning of different points of view and opens up the dialogue to the perspectives of the participating individuals (Daniel & Auriac, 2011).

The analyses performed are theoretical; they are not based on experimentation or empirical demonstration. Their validity is therefore limited. Nevertheless, content validity is supported by the literature on collaborative clinical reasoning and collaborative decision-making processes, the literature on clinical reasoning models, as well as by recognized best practices in IPE, lending rigour to the resulting propositions (Berger et al., 2016; Blondon et al., 2017; Careau et al., 2014; Charlin et al., 2012; DeKeyser Ganz et al., 2016; Michalsen et al., 2019; Oandasan & Reeves, 2005; Simmons, 2010; World Health Organization, s. d.). The specific CCR model used is not a widespread method, potentially reducing the scope of the analyses performed. However, the stages described are similar to those typically found in various clinical reasoning models and clinical case resolution exercises in IPE (DeKeyser Ganz et al., 2016). Moreover, the analysis carried out was intended to inform the specific teaching context at Université Laval (Canada), with a view to establishing the necessary foundations for the development of a reflective practice approach. Ideally, the development of reflective activities in IPE should emerge from the needs and specific characteristics of the target context (Boud & Walker, 1998). The use of this model was therefore consistent with the intended goal. The validity of the proposals made would have



been further supported by a collaborative research process such as a Delphi group. Nevertheless, the theoretical demonstrations of these exploratory proposals seem sufficient to buttress the relevance of undertaking further research in order to verify their foundations and measure their implications.

## **5.9 Conclusion**

Students participating in IPE initiatives are faced with the twofold requirement of organizing their unidisciplinary thinking and developing clinical reasoning in an interprofessional team. Considering the complexity of clinical reasoning processes, especially in a collaborative context, presenting the CCR process as a series of simple steps to be performed does not seem to be an optimal teaching method and may, on the contrary, give students a false impression of simplicity. Analyzing CCR through thinking skills enables us to delve into the complex mechanisms underlying these exchanges and to offer a precise description of the rigour with which they can be conducted. Thinking skills are thereby presented as tools that have the potential to promote the teaching of CCR, as well as its appropriation by students. Empirical studies are warranted to further explore the potential of thinking skills in IPE, particularly in the practice of CCR and in supporting the role of facilitators.

## **5.10 Declaration of interest**

The authors report no conflict of interest. The authors alone are responsible for the content and writing of the paper.

## **5.11 Funding**

A. Richard held scholarship grants provided by the CIRRIIS and the Faculté de médecine de l'Université Laval. This study was funded by Les Fonds Gilles-Cormier de la Faculté de médecine de l'Université Laval.

## 5.12 References

- Abrami, P. C., Bernard, R. M., Borokhovski, E., Wade, A., Surkes, M. A., Tamim, R., & Zhang, D. (2008). Instructional Interventions Affecting Critical Thinking Skills and Dispositions: A Stage 1 Meta-Analysis. *Review of Educational Research*, 78(4), 1102-1134. <https://doi.org/10.3102/0034654308326084>
- Audétat, M.-C., Laurin, S., Dory, V., Charlin, B., & Nendaz, M. R. (2017). Diagnosis and management of clinical reasoning difficulties : Part I. Clinical reasoning supervision and educational diagnosis. *Medical Teacher*, 39(8), 792-796. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1331033>
- Barab, S., & Squire, K. (2004). Design-based research : Putting a stake in the ground. *The journal of the learning sciences*, 13(1), 1-14.
- Berger, S., Mahler, C., Schultz, J.-H., Szecsenyi, J., & Götz, K. (2016). Collaborative decision-making : A normative synthesis of decision-making models in healthcare. In S. Salloch, V. Sandow, J. Schildmann, & J. Vollmann (Éds.), *Ethics and Professionalism in Healthcare: Transition and challenges* (1<sup>re</sup> éd., p. 39-51). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315580340>
- Blondon, K. S., Maître, F., Muller-Juge, V., Bochatay, N., Cullati, S., Hudelson, P., Vu, N. V., Savoldelli, G. L., & Nendaz, M. R. (2017). Interprofessional collaborative reasoning by residents and nurses in internal medicine : Evidence from a simulation study. *Medical Teacher*, 39(4), 360-367. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1286309>
- Boud, D., & Walker, D. (1998). Promoting reflection in professional courses : The challenge of context. *Studies in Higher Education*, 23(2), 191-206. <https://doi.org/10.1080/03075079812331380384>
- Brock, D., Abu-Rish, E., Chiu, C.-R., Hammer, D., Wilson, S., Vorvick, L., Blondon, K., Schaad, D., Liner, D., & Zierler, B. (2013). Republished : Interprofessional education in team communication: working together to improve patient safety. *Postgraduate Medical Journal*, 89(1057), 642-651. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2012-000952rep>
- Careau, E., Vincent, C., & Swaine, B. R. (2011). Consensus group session of experts to describe interprofessional collaboration processes in team meetings. *Journal of Interprofessional Care*, 25(4), 299-301. <https://doi.org/10.3109/13561820.2011.566649>
- Careau, E., Vincent, C., & Swaine, B. R. (2014). Observed Interprofessional Collaboration (OIPC) During Interdisciplinary Team Meetings : Development and Validation of a Tool in a Rehabilitation Setting. *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*, 4(1). <https://doi.org/10.22230/jripe.2014v4n1a118>
- Carrier, A., Levasseur, M., Bédard, D., & Desrosiers, J. (2010). Community occupational therapists' clinical reasoning : Identifying tacit knowledge: COMMUNITY OCCUPATIONAL THERAPISTS' CLINICAL REASONING. *Australian Occupational Therapy Journal*, 57(6), 356-365. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2010.00875.x>
- Charlin, B., Lubarsky, S., Millette, B., Crevier, F., Audétat, M.-C., Charbonneau, A., Caire Fon, N., Hoff, L., & Bourdy, C. (2012). Clinical reasoning processes: Unravelling

- complexity through graphical representation: Clinical reasoning: graphical representation. *Medical Education*, 46(5), 454-463. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2012.04242.x>
- Chatalalsingh, C., & Reeves, S. (2014). Leading team learning: What makes interprofessional teams learn to work well? *Journal of Interprofessional Care*, 28(6), 513-518. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.900001>
- Clark, P. G. (2009). Reflecting on reflection in interprofessional education: Implications for theory and practice. *Journal of Interprofessional Care*, 23(3), 213-223. <https://doi.org/10.1080/13561820902877195>
- Daniel, M., & Auriac, E. (2011). Philosophy, Critical Thinking and Philosophy for Children. *Educational Philosophy and Theory*, 43(5), 415-435. <https://doi.org/10.1111/j.1469-5812.2008.00483.x>
- Davies, M. (2015). A Model of Critical Thinking in Higher Education. In M. B. Paulsen (Éd.), *Higher Education: Handbook of Theory and Research* (Vol. 30, p. 41-92). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-12835-1\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-319-12835-1_2)
- DeKeyser Ganz, F., Engelberg, R., Torres, N., & Curtis, J. R. (2016). Development of a Model of Interprofessional Shared Clinical Decision Making in the ICU: A Mixed-Methods Study. *Critical Care Medicine*, 44(4), 680-689. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001467>
- D'Eon, M. (2005). A blueprint for interprofessional learning. *Journal of Interprofessional Care*, 19(sup1), 49-59. <https://doi.org/10.1080/13561820512331350227>
- Drynan, D., & Murphy, S. (2016). *Understanding and Facilitating Interprofessional Education: A Guide to Incorporating Interprofessional Experiences into the Practice Education Setting*, Vancouver, Canada: University of British Columbia, College of Health Disciplines; 2013.
- Ericsson, K. A., Krampe, R. T., & Tesch-Römer, C. (1993). The role of deliberate practice in the acquisition of expert performance. *Psychological review*, 100(3), 363.
- Gagnon, M. (2017). La formation de la pensée à l'école: Vers une dialogique entre le générique et le spécifique. *Centre de recherche sur l'enseignement et l'apprentissage des sciences*, 38.
- Gagnon, M., & Sasseville, M. (2011). *La communauté de recherche philosophique: Applications et enjeux*. Presses de l'Université Laval.
- Gagnon, M., & Yergeau, S. (2016). *La pratique du dialogue philosophique au secondaire*. Presses de l'Université Laval.
- Graber, M. L., & Carlson, B. (2011). Diagnostic error: The hidden epidemic. *Physician Executive*, 37(6), 12-14, 16, 18-19.
- Guerrasio, J. (2018). *Remediation of the struggling medical learner* (2nd edition). Association for Hospital Medical Education.

- Hall, L. W., & Zierler, B. K. (2015). Interprofessional Education and Practice Guide No. 1 : Developing faculty to effectively facilitate interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 29(1), 3-7. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.937483>
- Hammond, J. S., Keeney, R. L., & Raiffa, H. (1999). The hidden traps in decision making. *Clinical laboratory management review : official publication of the Clinical Laboratory Management Association*, 13(1), 39.
- Harris, I. (1993). New expectations for professional competence. *Educating professionals: Responding to new expectations for competence and accountability*.
- Hood, R. (2012). A critical realist model of complexity for interprofessional working. *Journal of Interprofessional Care*, 26(1), 6-12. <https://doi.org/10.3109/13561820.2011.598640>
- Johnson, S. (2010). Teaching Thinking Skills. In S. Johnson, H. Siegel, & C. Winch (Éds.), *Teaching Thinking Skills* (2<sup>e</sup> éd., p. 1-50). Bloomsbury Academic; Bloomsbury Collections. <http://www.bloomsburycollections.com/book/teaching-thinking-skills/ch1-teaching-thinking-skills/>
- Kiesewetter, J., Fischer, F., & Fischer, M. R. (2017). Collaborative Clinical Reasoning—A Systematic Review of Empirical Studies: *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 37(2), 123-128. <https://doi.org/10.1097/CEH.0000000000000158>
- Kuipers, P., Ehrlich, C., & Brownie, S. (2014). Responding to health care complexity: Suggestions for integrated and interprofessional workplace learning. *Journal of Interprofessional Care*, 28(3), 246-248. <https://doi.org/10.3109/13561820.2013.821601>
- Lewitt, M. S., Cross, B., Sheward, L., & Beirne, P. (2019). Multi-sector perspectives on learning for interprofessional practice : Lessons for higher education and organisational culture. *Journal of Interprofessional Care*, 33(5), 587-589. <https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1544548>
- Lipman, M. (2011). *À l'école de la pensée : Enseigner une pensée holistique*. De Boeck.
- McMurtry, A. (2010). Complexity, collective learning and the education of interprofessional health teams : Insights from a university-level course. *Journal of Interprofessional Care*, 24(3), 220-229. <https://doi.org/10.3109/13561820903123136>
- Michalsen, A., Long, A. C., DeKeyser Ganz, F., White, D. B., Jensen, H. I., Metaxa, V., Hartog, C. S., Latour, J. M., Truog, R. D., Kesecioglu, J., Mahn, A. R., & Curtis, J. R. (2019). Interprofessional Shared Decision-Making in the ICU : A Systematic Review and Recommendations From an Expert Panel\*. *Critical Care Medicine*, 47(9), 1258-1266. <https://doi.org/10.1097/CCM.00000000000003870>
- Milot, É., Museux, A.-C., & Careau, E. (2017). Facilitator training program : The Université Laval Interprofessional Initiative. *Social Work in Health Care*, 56(3), 202-214. <https://doi.org/10.1080/00981389.2016.1265630>
- Oandasan, I., & Reeves, Sc. (2005). Key elements for interprofessional education. Part 1 : The learner, the educator and the learning context. *Journal of Interprofessional Care*, 19(sup1), 21-38. <https://doi.org/10.1080/13561820500083550>

- O'Grady, L., & Jadad, A. (2010). Shifting from shared to collaborative decision making : A change in thinking and doing. *Journal of Participatory Medicine*, 2(13), 1-6.
- Orchard, C. A., Curran, V., & Kabene, S. (2005). Creating a culture for interdisciplinary collaborative professional practice. *Medical Education Online*, 10(1), 4387.
- Orchard, C., Bainbridge, L., Bassendowski, S., Stevenson, K., Wagner, S. J., Weinberg, L., Curran, V., Di Loreto, L., & Sawatsky-Girling, B. (2010). *A national interprofessional competency framework*.
- Oza, S. K., Wamsley, M., Boscardin, C. K., Batt, J., & Hauer, K. E. (2017). Medical students' engagement in interprofessional collaborative communication during an interprofessional observed structured clinical examination : A qualitative study. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 7, 21-27. <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2017.02.003>
- Politi, M. C., & Street, R. L. (2011). The importance of communication in collaborative decision making : Facilitating shared mind and the management of uncertainty: Communication and decision making. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(4), 579-584. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01549.x>
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., & Zwarenstein, M. (2011). *Interprofessional teamwork for health and social care* (Vol. 8). John Wiley & Sons.
- Richard, A., Gagnon, M., & Careau, E. (2019). Using reflective practice in interprofessional education and practice : A realist review of its characteristics and effectiveness. *Journal of Interprofessional Care*, 33(5), 424-436. <https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1551867>
- Ruiz, M. G., Ezer, H., & Purden, M. (2013). Exploring the nature of facilitating interprofessional learning : Findings from an exploratory study. *Journal of Interprofessional Care*, 27(6), 489-495. <https://doi.org/10.3109/13561820.2013.811640>
- Sasseville, M. (2000). La pratique de la philosophie en communauté de recherche. In M. Sasseville, *La pratique de la philosophie avec les enfants* (2e éd, p. 17-49). Presses de l'Université Laval : Distribution de livres UNIVERS.
- Schön, D. A. (1987). *Educating the reflective practitioner : Toward a new design for teaching and learning in the professions* (1. ed). Jossey-Bass.
- Simmons, B. (2010). Clinical reasoning : Concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 66(5), 1151-1158. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05262.x>
- Sims, S., Hewitt, G., & Harris, R. (2015). Evidence of a shared purpose, critical reflection, innovation and leadership in interprofessional healthcare teams : A realist synthesis. *Journal of Interprofessional Care*, 29(3), 209-215. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.941459>
- Trede, F., & Higgs, J. (2011). Collaborative decision making. In J. Higgs (Éd.), *Clinical reasoning in the health professions* (3. ed., repr, p. 43-54). Elsevier [u.a.].

- Vandergoot, S., Sarris, A., Kirby, N., & Ward, H. (2018). Exploring undergraduate students' attitudes towards interprofessional learning, motivation-to-learn, and perceived impact of learning conflict resolution skills. *Journal of Interprofessional Care*, 32(2), 211-219. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1383975>
- Visser, C. L., Wouters, A., Croiset, G., & Kusurkar, R. A. (2020). Scaffolding Clinical Reasoning of Health Care Students : A Qualitative Exploration of Clinicians' Perceptions on an Interprofessional Obstetric Ward. *Journal of Medical Education and Curricular Development*, 7, 238212052090791. <https://doi.org/10.1177/2382120520907915>
- Wackerhausen, S. (2009). Collaboration, professional identity and reflection across boundaries. *Journal of Interprofessional Care*, 23(5), 455-473. <https://doi.org/10.1080/13561820902921720>
- Walker, P., & Lovat, T. (2016). Dialogic Consensus In Clinical Decision-Making. *Journal of Bioethical Inquiry*, 13(4), 571-580. <https://doi.org/10.1007/s11673-016-9743-z>
- Wang, J. M., & Zorek, J. A. (2016). Deliberate Practice as a Theoretical Framework for Interprofessional Experiential Education. *Frontiers in Pharmacology*, 7. <https://doi.org/10.3389/fphar.2016.00188>
- White, S., Fook, J., & Gardner, F. (2006). *Critical reflection in health and social care*. McGraw-Hill Education (UK).
- World Health Organization. (s. d.). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice* (No. WHO/HRH/HPN/10.3; p. 64). World Health Organization.

## **Chapitre 6: Analysis of thinking skills mobilized by Health sciences students: A window on the challenges of clinical reasoning in an interprofessional context**

Le chapitre 6 présente l'analyse de discussions interprofessionnelles menées par des étudiants lors d'un ÉCOS final associé à un cours de FIP à l'Université Laval. L'analyse vise à identifier les habiletés de pensée utilisées spontanément par les étudiants et à les comparer aux meilleures pratiques attendues. Ce manuscrit vise à répondre aux objectifs 1 et 2 de la thèse. Cette proposition a fait l'objet d'un article intitulé « Analysis of Thinking Skills Mobilized by Health Sciences Students: A Window on the Challenges of Clinical Reasoning in an Interprofessional Context », soumis le 10 juin 2021 pour publication dans la revue *Teaching and Learning in Medicine*.

Richard, A., Gagnon, M., Yergeau, S., Careau, E. (2020) Analysis of Thinking Skills Mobilized by Health Sciences Students: A Window on the Challenges of Clinical Reasoning in an Interprofessional Context. Article soumis pour publication.

## 6.1 Résumé

La formation interprofessionnelle (FIP) doit permettre aux étudiants d'apprendre à construire un réel processus de raisonnement clinique collaboratif (RCC). Pour ce faire, ils doivent démontrer un ensemble d'habiletés leur permettant de partager leur point de vue et le rationnel sur lequel il s'appuie, d'explorer les perspectives des autres et de les soupeser afin de déterminer les meilleures décisions à adopter pour répondre aux besoins du patient et de ses proches. On en connaît par contre encore peu sur les processus de RCC et sur les habiletés nécessaires à son exécution. Le recours aux habiletés de pensée, des outils émanant du champ de la pensée critique, constitue une voie intéressante à explorer à cet effet et pourrait permettre de mieux comprendre les mécanismes du RCC afin d'en favoriser éventuellement l'apprentissage chez les étudiants. Cet article vise à documenter les habiletés de pensée spontanément utilisées par les étudiants lors de discussions de cas interprofessionnelles basées sur le RCC et à les comparer aux meilleures pratiques attendues. Basé sur l'analyse de discussions cliniques tenues entre étudiants de diverses disciplines, l'article permet de constater que la majorité des équipes utilisent généralement peu les habiletés attendues dans le processus de RCC. Ils ont tendance à discuter de façon parallèle, sans recherche de compréhension mutuelle et sans explorer différentes avenues. Lorsque les habiletés attendues sont sollicitées cependant, on constate que les étudiants arrivent à construire un raisonnement réellement collaboratif qui prend en compte les différentes perspectives et qui identifie de façon rigoureuse les meilleures solutions à mettre en place selon le contexte de la personne et de ses proches. Ces analyses semblent confirmer l'intérêt des habiletés de pensée pour l'enseignement du RCC en FIP.



## 6.2 Abstract

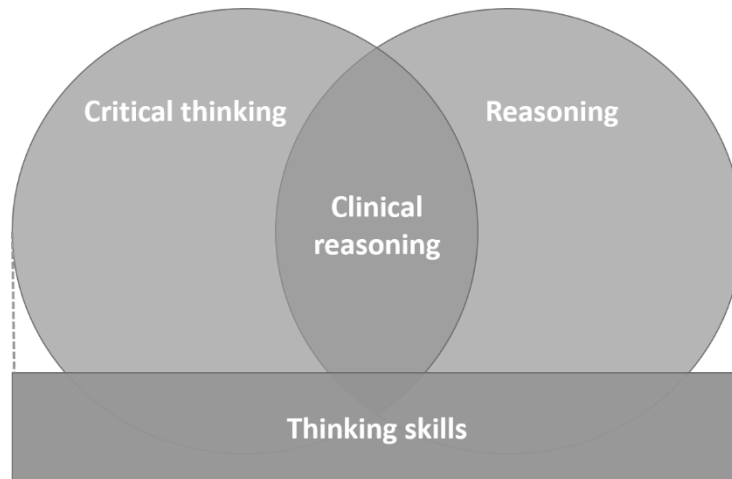
Interprofessional education (IPE) should foster the capacity in students to develop a genuine collaborative clinical reasoning (CCR) process. This capacity entails demonstrating a set of skills that allow students to share their point of view and the rationale behind it, explore other people's views, and weigh the various perspectives in order to make decisions that will best meet the needs of the patient and the patient's friends and family. However, little is known about CCR processes and the skills required to perform CCR. The use of thinking skills, which are tools drawn from the field of critical thinking, is a valuable avenue to explore in this regard insofar as it can lead to a better understanding of the mechanisms of CCR and hence promote learning among students. The purpose of this article is to document the thinking skills spontaneously used by students during interprofessional case discussions based on CCR and to compare them to the expected best practices. Following analysis of clinical discussions held between students from various disciplines, we found that most teams generally made little use of the skills expected in the CCR process. They tended to speak without seeking mutual understanding or exploring different avenues. Conversely, when the students used the expected skills, they were able to develop truly collaborative thinking that took into account different perspectives and rigorously identified the best solutions to implement according to the context of the patient and his or her friends and family. These analyses seem to confirm the relevance of thinking skills in teaching CCR as part of IPE.

### 6.3 Introduction

Collaborative clinical reasoning (CCR) is a deliberative process undertaken by a team of professionals from different disciplines<sup>1</sup>. CCR provides a more comprehensive and consensual view of the needs of an individual and his or her friends and family and it is conducive to making sound decisions about complex situations<sup>1,2</sup>. CCR is achieved through a relatively consistent sequence of stages: sharing discipline-specific clinical impressions, developing a common understanding of the situation, identifying priority issues, and developing an action plan to address them<sup>1,3-5</sup>. Combining the knowledge, skills and expertise of a range of professionals should “lead to better reasoned and more robust decisions”<sup>6</sup> and reduce the risk of errors<sup>7</sup>, but it is noticed that it is not always the case<sup>1</sup>. The process of CCR is indeed complex, as professionals are faced with the twofold need of structuring their own disciplinary reasoning and thinking together as a team<sup>8</sup>. In interprofessional education (IPE), this complexity can be quite challenging for students<sup>8</sup>, who are already struggling to develop clinical reasoning skills in their particular discipline<sup>9,10</sup>. Little is known about the mechanisms of CCR<sup>1,2,11</sup>. Clinical reasoning is often taught as an individual process, which may lead to an overly simplistic view of clinical reality<sup>2</sup>. A better understanding of the mechanisms of CCR and clinical reasoning exercised as a team is crucial to promoting interprofessional learning<sup>4,7</sup>. Thinking skills are a promising avenue to explore in this regard<sup>12</sup>. They support the mobilization of critical thinking, which is considered essential for clinical reasoning and is a key factor in IPE (see Figure 1). Thinking skills can also shed new light on CCR processes and support the rigour and validity of reasoning undertaken in a team.

Critical thinking is recognized as being central to clinical reasoning (Kuipers et al., 2014; Benner et al., 2008). Critical thinking would ensure the use of “a set of cognitive processes used to discern the relevance of the evidence and scientific knowledge as it applies to a particular patient”<sup>15</sup>. Clinical reasoning and critical thinking would therefore be necessary to enable analysis of clinical situations and making relevant judgments, as well as decision-making on possible actions to improve client outcomes<sup>14,16-18</sup>. Several modern definitions of critical thinking highlight the fundamental role that thinking skills play in it<sup>19,20</sup>. Thinking skills are related to a cognitivist conception of thinking as an orchestration of various mental acts<sup>21</sup>. These mental acts are said to be general achievements of thought that can be broken down into smaller components: thinking skills (see Figure 1). According to this view, the stages of CCR can likewise be considered to be mental acts made up of a range of thinking

skills that must be mobilized in order to arrive at rigorous and valid decisions: identifying causes, formulating hypotheses, evaluating criteria, etc. Some clinical reasoning models integrate thinking skills from the outset (e.g., synthesizing, analyzing, evaluating, prioritizing, etc.), without, however, making them explicit <sup>22</sup>. Thinking skills are therefore a compelling avenue for potentially developing a better understanding of the mechanisms of CCR, particularly in an interprofessional context.



**Figure 4: Critical thinking, reasoning, and thinking skills**

The value of thinking skills for CCR in IPE is supported by their usefulness in dialogical and collaborative contexts. Explicit analysis and teaching of thinking skills are effectively used in a variety of educational initiatives where groups of participants engage in a collaborative, reflective, and critical process to tackle a question or a problem (Fisher, 2007; Gagnon & Yergeau, 2016; Lipman, 2011). The rigour of the process, made possible by an effective use of thinking skills, leads participants to doubt, problematize reality, propose alternative solutions, critically analyze suggested solutions, establish criteria for identifying the most appropriate solution, and finally apply the chosen solution to daily experience (Daniel, Marie-France, 2011, p. 44). The use of thinking skills also allows for the genuine exploration of differences of opinion <sup>21,26,27</sup> in order to “enrich the group’s perspective” <sup>28</sup> and to identify the best possible response or solution for a given context. The thinking skills underlying CCR have been identified in an earlier article <sup>12</sup> but, to our knowledge, they are not as yet explicitly taught in the context of IPE. The purpose of this study is to document the use of thinking skills by pre-graduate students in the context of interprofessional discussion on a

hypothetical clinical case, and to observe the impact of this use on the CCR process. This article is part of a pedagogical design based process <sup>29</sup> aimed at developing a reflective practice approach in IPE <sup>12,30</sup>.

## **6.4 Objectives**

The overall objective of this study is to document the spontaneous use of thinking skills by pre-graduate students during an interprofessional discussion on a hypothetical clinical case in IPE. Specifically, the study aims to:

1. Identify the skills used spontaneously by students during the various stages of the CCR process;
2. Compare the use they made of their skills to expected best practices in CCR;
3. Make recommendations for incorporating thinking skills in IPE.

## **6.5 Methods**

This descriptive study was conducted in the context of a mandatory IPE course at Université Laval, in Quebec, Canada. Each year, this course allows approximately 1,200 health and social services students to experience interprofessional teamwork. At the end of the course, interprofessional teams of 8 to 10 students are assessed through an Objective Structured Clinical Examination (OSCE). This OSCE consists of an interprofessional discussion based on a clinical vignette that should lead to the development of an Interdisciplinary Intervention Plan (IIP): the students must therefore solve this clinical case by carrying out a step-by-step CCR process leading to the identification of a priority issue and two common objectives for the patient. The 20 minutes discussion is facilitated by one of the team members, who is chosen by his or her teammates. To meet the study objectives, the students' discussions were recorded and analyzed from the perspective of the thinking skills mobilized at each stage of the CCR.

### **6.5.1 Recruitment and data collection**

Following a presentation of the study at the beginning of the course, a convenience sample was created including volunteers among the students from the medicine, nursing, nutrition, pharmacy, social work, occupational therapy, physiotherapy, and kinesiology programs taking the course. A total of 84 volunteers participated in the study out of the 368 students enrolled in the course (see Table 10).

The project received ethics approval from the Research Ethics Committee in Laval University (CÉRUL), #2018-263.

### **6.5.2 Data analysis**

The recordings were transcribed verbatim and analyzed according to a deductive thematic content analysis using MAXQDA software (Version 18.2.0). First, 20% of the verbatim transcripts were coded by two people (A.R. – first author and S.Y. – thinking skills teaching specialist) in a deductive manner using the list of first-group thinking skills drawn up by Gagnon & Yergeau (2016). The acquisition sequence proposed by Gagnon & Yergeau (2016) represents a way to structuring learning by identifying fundamental skills to support dialogue and research<sup>25</sup>. The results of the double coding were discussed by the two coders and the codes were improved and refined by integrating certain second-group skills from Gagnon & Yergeau (2016) and from Bloom's<sup>31</sup> categorization based on best practices expected in a CCR process<sup>1-3,32,33</sup>. A detailed presentation of the skills considered pertinent for each stage of the CCR process is available in Richard et al. (2020). The stability of the codebook and inter-rater agreement was verified by recoding a new 20% of the data.

Second, all verbatim transcripts were analyzed by A.R. to identify which thinking skills were used and whether they corresponded to the skills expected<sup>12</sup>. The frequency of use of each skill was recorded (see Table 11).

The students did not have to perform the “clarifying the common goal” and “identifying interventions” stages during the OSCE. However, Richard et al. (2020) discuss thinking skills that may be useful at these stage in an earlier article.

## **6.6 Results**

A total of nine teams, each composed of eight students, were filmed for a total of 180 minutes of recording time. Table 10 presents the participating students' profile.

**Tableau 10: Participant demographics by team**

	Team	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Total
<b>Participant data</b> (N=72)		(n)	(n)	(n)	(n)	(n)	(n)	(n)	(n)	(n)	
<b>Age</b>											
17-20		1	2	2	2	1	1	3	3	-	15
21-25		7	5	6	6	7	6	5	4	7	53
26-30		-	1	-	-	-	1	-	1	1	4
<b>Gender</b>											
Female		8	6	6	8	8	6	6	5	7	60
Male		-	2	1	-	-	2	2	3	1	11
Does not identify with a gender		-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
<b>Program</b>											
Medicine		1	1	1	1	1	1	1	2	2	11
Nursing		2	2	2	2	2	2	2	2	2	18
Pharmacy		2	2	2	2	2	2	2	2	2	18
Kinesiology		1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
Nutrition		1	1	1	1	1	1	1	-	-	7
Social work		1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
<b>How far along they are in the program</b>											
1 <sup>st</sup> year		-	1	-	-	-	-	-	-	1	2
2 <sup>nd</sup> year		4	4	7	5	5	5	5	4	4	43
3 <sup>rd</sup> year		4	3	3	3	3	3	3	4	3	29
<b>Total number of participants</b>		8	8	8	8	8	8	8	8	8	72

A total of 20 different skills were observed in the students at one stage or another of the CCR. Table 11 presents examples of thinking skills by stage drawn from the verbatim transcripts and their respective frequency of use, as well as the skills expected for each stage<sup>12</sup>. The following sections present in greater detail the skills mobilized for each stage of the CCR process.

### **6.6.1 Clarifying the common goal**

Clarifying the common goal helps participants to identify the reason why they are meeting, to steer the discussion in a common direction<sup>3,34</sup>, and to avoid misunderstandings and conflicts<sup>6</sup>.

Six different skills were mobilized by the teams during this stage. "Identifying reasons" is an expected skill for this stage (n=17) and it was mobilized at least once by each team. All teams also briefly "identified" the situation for which they were meeting (n=9). This description was supplemented by "causal reasoning" in a few cases (n=6), where the cause of the situation and its consequences were identified. The skills used during the OSCE seemed sufficient to establish the common goal of the meeting considering that participants already knew the aim of the exercise.

### **6.6.2 Sharing clinical data**

Participants must try to understand the different points of view expressed and the differences of opinion that emerge in order to better grasp the patient's situation and, potentially, optimize the decisions made<sup>7,35</sup>. Information must be communicated in an organized, clear, and precise manner, striking a balance between compiling information and making sense of the case<sup>3,7</sup>.

A total of 20 skills were mobilized during this stage. Generally speaking, the disciplinary content is shared by "naming" the various pieces of information (n=127) without, however, explaining or justifying them. The content conveyed appears more organized and synthesized when the skill "naming/describing" is used in conjunction with other skills such as "causal reasoning" (n=56), "formulating hypotheses" (n=66), or "identifying reasons" (n=21). These latter skills make it possible to clarify the disciplinary reasoning and ultimately support team members' understanding<sup>3,36</sup>. Exploring the "flip side of a position" (n=20) helps to nuance what is being said. It should be noted, however, that during this stage the students mainly spoke sequentially, without interacting.

Students discussed the “implications” of their statements a number of times (n=55), but did not support their comments with explanations, reasons or evaluation. In addition, they occasionally discussed “ways” to help the person before the common vision was established and the priority issue articulated. Thus, by stating “implications” or talking about “means” (n=8), the students emphasized the importance of taking information into account, but without supporting their comments with reasons. In all cases, the information conveyed through this skill was not used by the team. The different skills used during this stage do not seem to have enabled all teams to share a common vision based on the exploration of different points of view and supported by a clear and precise organization of the information.

### **6.6.3 Synthesis of the situation**

A synthesis must be carried out in order to formalize the common vision of the situation and reach consensus among team members <sup>3,35</sup>. The synthesis is not a simple restating of information, but an organized summary carried out by selecting the information that seems most relevant and then organizing it by establishing relationships, particularly through causal reasoning and formulating hypotheses.

Only five out of eight teams were able to summarize the situation, although this step was explicitly required from the students (see Table 11). Without synthesis, however, there is no guarantee that the team has achieved consensus on the vision of the situation <sup>36</sup>. Students used various skills to perform some of the syntheses (e.g., “naming,” “giving examples,” “identifying implications,” “causal reasoning,” “hypothesis”), which supports an organized sharing of information. The mobilization of a range of skills makes it possible to grasp the priority bio-psycho-social elements to be considered, as well as the causal or hypothetical links between them. When the synthesis is brief, confusing, or is limited to a listing of information, the portrait of the situation may remain incomplete, thereby precluding the formalization of the shared vision.

### **6.6.4 Identifying the priority issue**

The exploration and evaluation of different hypotheses and perspectives, including their underlying rationale is an important step in ensuring the validity of patient decisions, particularly in complex cases <sup>4</sup>. The team must therefore open an authentic dialogue in which different points of view and differences of opinion are shared and discussed on the basis of explicit argumentation <sup>2,4,7,35</sup>.



During this stage, 16 different thinking skills were mobilized, seven of which were used fewer than five times (see Table 11). Students made some connections between the interventions through “reformulating” (n=22) or “developing ideas on the basis of those expressed by others” (n=16). Sometimes they added information, but seldom challenged their colleague’s statements. All of the questions asked (n=7) were related to the “definition” of specialized terms or were used to check whether their teammates agreed. As such, they did not help students understand the reasoning behind their colleagues’ comments. Moreover, they put forward very little “reasoning” (n=5), “causal reasoning” (n=5), or “hypotheses” (n=8) to support their proposals. When they did, the justifications offered were brief, tautological, or unsupported by explicit premises. Teams sometimes referred to “criteria” (n=10) to justify their choice of a priority issue: most related to consistency with the individual’s expectations and the potential contribution of all professions, which were explicit requirements of the course. Despite this, they were not used by all teams. Where they were used, however, they streamlined the discussion and oriented the choices made accordingly, suggesting the potential importance of criteria in CCR.

Students almost never considered “alternatives” (n=1) and seldom examined “the flip side of a position” (n=10), thereby possibly hindering the exploration of different perspectives. Albeit rare, every time the use of these skills was an opportunity for the teams to enrich their discussions by exploring new perspectives, which has lead them to meet the best practices expected at this stage <sup>4</sup>. The ability to “evaluate” was not, however, used in the identification of the priority issue. Consequently, consensus was not built on argumentation and weighing in order to establish a given issue as a priority, as expected <sup>35</sup>.

The skills used to identify the priority issue were seldom combined or organized in a sequence aimed at, for example, building an argument. Similarly, there were few logical connections between various students’ comments and the discussion often consisted in “parallel,” unrelated to other interlocutors’ comments speech. Moreover, at this stage, students failed to meet many of the expected best practices, especially those related to exploring different perspectives and explaining the rationale supporting the different proposals, which called into question the validity of the final consensus <sup>36</sup>.

#### **6.6.5 Formulating common objectives**

Objectives make it possible to respond to the priority problem in order to solve it or reduce its impact <sup>3</sup>. Once again, the options should be discussed, taking into account the reasons

and justifications that support them <sup>7</sup>. Options must be evaluated as a team in order to reach a consensus on the best actions to implement according to the patient's situation and expectations <sup>2,3</sup>.



Students used a total of 19 different thinking skills to formulate common objectives (see Table 11). In the course of discussions, they "reformulated" statements (n=72), which helps to verify understanding and ascertain what was said. Students also used their colleague's comments to "develop their own ideas" (n=29) by adding or qualifying information. "Asking questions" (n=27), proposing "alternatives" (n=11) and exploring the "flip side of a position" (n=10), were used a number of times, helping students to expose themselves to different perspectives, an important part of the process at this stage <sup>2,3,7</sup>.

Students explored justifications for the ideas and proposals put forward through various skills: "causal reasoning" (n=4), "giving reasons" (n=8), "formulating hypotheses" (n=29), "stating criteria" (n=39), and establishing "means-ends relationships" (n=34). However, the "reasons" and "criteria" provided by the students were not "assessed" by the team, i.e., their validity or importance was not examined or discussed. As a result, the proposals made were either implicitly accepted or simply ignored. "Prioritization" was based on criteria on a few occasions (n=4). In the other situations, the choice of common objectives was stated directly, without justification or evaluation. Students therefore appeared to use a wider variety of skills and explore more alternatives when formulating objectives than when determining the priority issue, which allows them to consider different options, as expected at this stage <sup>7</sup>. The total number of skills distributed over the discussions of the nine teams indicates that the students ultimately used relatively few of the skills that allow them to co-construct or justify their reasoning.

**Tableau 11: Thinking skills considered relevant for each stage of the CCR process, illustrated by examples of verbatim transcripts, and how often students used them in interprofessional case discussion.**

Thinking skills	Examples of verbatim transcripts with thinking skills coding (CCR stages)	CCR Stages							Total
		Shared vision of the situation				Joint decision-making			
		A.1 Clarifying the common goal	A.2 Clarifying each team member's professional role*	A.3 Sharing clinical data	A.4 Synthesizing the situation	B.1 Identifying priority issue(s)	B.2 Formulating common objective(s)	B.3 Identifying interventions*	
Naming	<i>"The lady was hospitalized for two months before being transferred to rehabilitation."</i> (A.1)	9	-	128	8	4	17	-	166
Formulating hypotheses	<i>"She'll be able to help a bit more her partner who seems to be taking on many of the household chores; this might take some of the weight off his shoulders."</i> (B.1)	1	-	66	-	8	29	-	104
Reformulating	-Student 1: <i>"By restoring her well-being, therefore, both physical and psychological, she'll be able to resume her activities."</i> -Student 2: <i>"Yes, improve physical and psychological well-being in order to resume activities."</i> (B.1)	-	-	4	-	22	77	-	103
Causal reasoning	<i>"She has children, whom she hasn't seen since her stroke, because she feels embarrassed about not being able to talk anymore."</i> (A.3)	6	-	56	1	5	4	-	72
Identifying implications	<i>"And if not, as mentioned, dark thoughts are still something to work on."</i> (A.3)	-	-	55	3	-	2	-	60
Giving examples	<i>"She has many risk factors for other diseases such as obesity, smoking, and dyslipidemia."</i> (A.4)	-	-	46	6	6	6	-	58
Giving counter-examples	-Student 1: <i>"Trying to motivate her about her condition, explaining to her that all is not lost."</i> -Student 2: <i>"I noticed that she was determined to eat breakfast without help, to regain her autonomy."</i> (B.2)	-	-	-	-	-	1	-	1
Identifying reasons	<i>"She was referred to us, at the home care program ..., for an assessment of her needs, to effectively direct her to the appropriate services."</i> (A.1)	17	-	21	1	5	8	-	52

Establishing criteria	<i>"If we go by the expectations of the lady, we have maintaining romantic relationships, which is something we touched on in the first objective." (B.2)</i>	-	-	3	-	10	39	-	52
Identifying means-ends relationships	<i>"Increasing her autonomy [...] will help her to gain independence in her household chores and she'll be able to help her partner a bit more." (B.1)</i>	1	-	8	-	9	34	-	52
Developing one's idea on the basis of those expressed by others	<i>-Student 1: "I don't know if you would agree to identify as the priority issue for this lady the loss of autonomy which affects her quality of life?" -Student 2: "I agree. In fact, I think that's what affects all of her social relationships, activities, pretty much her whole life in general." (B.1)</i>	-	-	3	-	16	29	-	49
Asking questions	<i>-Student 1: "This includes the cognitive component." -Student 2: "Cognitive, in the sense of...?" (B.2)  "Then why do you identify this as a problem?" (A.4)</i>	-	-	2	1	7	27	-	37
Examining the flip side of a position	<i>-Student 1: "So maybe improve her awareness about her situation? About her motor and psychological issues?" -Student 2: "I think we could even aim to make her more conscious of her strengths. Because I feel that she's very focused on what she's no longer able to do." (B.2)</i>	-	-	20	-	6	10	-	36
Evaluating	<i>"In addition, I was told that her bathroom wasn't adapted and that when she wanted to sit down, she let herself fall on the toilet seat, which is dangerous." (A.3)</i>	-	-	15	1	1	12	-	29
Defining	<i>"Basically, it's a language problem that affects a particular area in the brain, which is Broca's area, in a way that you're able to understand what people are saying, but you have difficulty expressing yourself [...]" (A.3)</i>	1	-	14	-	3	3	-	21
Considering alternatives	<i>-Student 1: "In fact, it would be, I'd say ensuring the psychological and physical safety of the lady." -Student 2: "Yes, basically, there is another option which could also be more focused on assisting the lady in her social relationships." (B.1)</i>	-	-	1	-	1	11	-	13
Synthesizing	<i>"So we really shared our data with one another, the most relevant data, to bring everyone up to speed. We also identified a priority issue and then we also identified two more general common objectives precisely to make sure that we could all play a role in meeting these objectives." (B.2)</i>	-	-	2	5	-	4	-	11
Identifying consequences	<i>"She has several conditions affecting her as well, and it's very inconvenient for her and her family and friends." (A.3)</i>	-	-	9	1	1	-	-	11
Prioritizing	<i>"A second priority objective, I think, could also be related to obesity issues. She has trouble cooking, so we could say improving her breakfast cooking skills." (B.2)</i>	-	-	-	-	5	4	-	9
Comparing and differentiating	<i>"This, on the other hand, are the health issues that were already known before her stroke." (A.4)</i>	-	-	1	-	-	3	-	4

<b>Legend:</b>	 Thinking skills considered relevant for the stage	 Thinking skills not expected for the stage
----------------	---	--

\*Stages not completed at the OSCE

## **6.7 Discussion**

The analyses conducted in this study shed light on the thinking skills spontaneously used by students in a CCR process in the context of IPE. They also point to some of the challenges and issues related to the process of deliberation and shared decision-making inherent to CCR. Students succeeded in adopting consensus agreements upon priority issues and common objectives, but often without examining or evaluating the various proposals and without explaining the rationale behind them. They rarely explored others' perspectives and failed to seek alternatives to the initial ideas that were put forward, tending to speak mostly in a parallel, despite the collaborative nature of the activity. In addition, students rarely explained the rationale behind their ideas and seldom asked questions about the justifications offered by their colleagues.

### **6.7.1 Collaborative Clinical Reasoning?**

Although students were required to exchange and collaborate in a CCR process, it was observed that their discussions were not always “collaborative” and that they often alternated unrelated, parallel discourse and reiteration of information without evaluating, nuancing, or questioning. The team frequently adopted the first idea put forward, then related every new comment back to that first point of view. These biases, known as “anchor” and “confirming” traps, can lead students to make incongruous, even invalid, groupings of concepts and preclude the development of a common understanding<sup>37</sup>. As a result, the various issues experienced by the patient were associated according to the order or manner in which they were presented, without distinction of nature, definition, exemplification, or other explanation. These biases encountered in the CCR are consistent with certain difficulties in clinical reasoning documented among health and social services students, particularly with regard to premature closure (or conclusion) or in developing different hypotheses<sup>9,22</sup>. The additional complexity of having to reason as a team in an IPE context supports the importance of improving the teaching of CCR, raising awareness among students about these biases, and offering them tools to avoid them, particularly through the use of thinking skills.

### **6.7.2 About other perspectives...**

Various hypotheses can be put forward to explain the “silo discussions” observed. First, students may be afraid to address differences of opinion for fear of conflict<sup>30,38</sup>. Students do

tend to view situations where divergent opinions are held as conflicting and negative <sup>38</sup>, rather than perceiving them as opportunities to enrich their reasoning. It is also possible that the academic context and time constraints may lead students to seek a quick response to meet the requirements of the task. The failure to explore different perspectives, or even avoidance thereof, can hinder students' learning and possibly lead to misdiagnoses, suboptimal clinical management, or even errors <sup>7</sup>. Instead, IPE should enable students to learn to expand their situational awareness by sharing perspectives between the patient and different professionals<sup>8,39</sup>. Conversely, if they learn to speak in a parallel, unrelated to other interlocutors' comments manner, ignoring different perspectives and failing to evaluate them in the IPE context, there is a risk of crystallizing behaviours that are detrimental to the advancement of practice. Thinking skills can provide concrete tools for students to explore differences of opinion and different perspectives: asking questions, considering alternatives, examining the flip side of a position, suggesting a hypothesis, etc.

### **6.7.3 Thinking skills and critical thinking**

The use of thinking skills in an isolated or segmented manner seems insufficient to ensure the co-construction and validity of CCR. The mobilization of different thinking skills to build and evaluate reasoning appears to be particularly important in CCR. Ultimately, the combination of different skills is also needed for critical thinking, whose evaluative quality in turn supports the rigour and validity of the CCR process <sup>14,16-18</sup>. The use of critical thinking effectively promotes a careful and rigorous examination of the team's approach, which is a key element in IPE and one that is essential to effective student learning <sup>40,41</sup>. It is also an important skill to develop as a future collaborator. This "in action" thinking (or reflective practice) is also used as a strategy to remedy difficulties in clinical reasoning, especially when it comes to premature closure<sup>10</sup>. During the CCR process, the mobilization and orchestration of different thinking skills can allow for this scrutiny of practice and promote rigorous team research.

### **6.7.4 Influence of the academic context**

The academic context certainly had an impact on how the students approached the task at hand. Indeed, OSCEs induce high levels of stress in students, particularly because of the time pressure and evaluation<sup>42,43</sup>. As a result, students may have focused on finding the "right" response at the expense of discussing and exploring different options. Yet, errors and difficulties related to clinical reasoning "are generally not due to incompetence or inadequate

knowledge but to frailty of human thinking under conditions of complexity, uncertainty, and pressure of time”<sup>44</sup>. Students will one day be called to work in a professional context where time constraints and other pressures are numerous<sup>33</sup>; it is therefore essential that they develop good collaborative skills through IPE despite the various pressures they may experience<sup>45</sup>. The use of thinking skills can support the exploration and examination of different perspectives, the sharing of the underlying rationale, and the evaluation of the best possible options to reach a genuine consensus.

### **6.7.5 Considerations for developing an educational initiative**

The use of thinking skills cannot claim to address all the issues encountered in IPE: heterogeneity of participants, hierarchical issues, lack of motivation<sup>30,38,46</sup>, ... The use of thinking skills nevertheless has the potential to support participation on an equal footing and openness to different points of view<sup>24</sup>, which encourages participants to come together around a common objective: meeting the needs of the patient and his or her family.

IPE must therefore prepare students to engage in a genuine deliberative process where different points of view are explored and evaluated in order to make the best possible decisions for the patient. To this end, IPE must meet the following imperatives:

- Offering activities where students can work around realistic and complex situations with different pathways and intimately related to the clinical reality they will face as professionals;
- Training facilitators to support participants in discussions and to encourage them to explore and assess different points of view, in particular through asking questions;
- Supporting critical thinking among participants in CCR and “in action” reflective practice that allows for ongoing review of the CCR process;
- Operationalizing the teaching of CCR and critical thinking through the explicit teaching and deliberate practice of thinking skills, targeted for their relevance in CCR<sup>12</sup>;
- Explicit teaching and student practice of thinking skills in the context of CCR.

## **6.8 Limitations of the study**

In this study, analysis of student discussions was based on a limited number of thinking skills, but there are other skills that can certainly contribute to the CCR process: identifying

presuppositions, establishing part-whole relationships, etc. <sup>25,47</sup>. Focusing on a limited number of skills, however, ensured stability in coding. The rigour and validity of the analysis was further supported by counter-coding and consultation among the authors to resolve inconsistencies. The analyses performed were also based on a limited number of discussions, which does not allow for extrapolation of validity to other contexts. Nonetheless, the validity of the content reviewed is supported by the literature on collaborative clinical reasoning and collaborative decision-making processes, as well as clinical reasoning models and recognized best practices in IPE (Berger et al., 2016; Blondon et al., 2017; Careau et al., 2014; Charlin et al., 2012; DeKeyser Ganz et al., 2016; Michalsen et al., 2019; Oandasan & Reeves, 2005; Simmons, 2010; World Health Organization, n. d.). The steps described are also similar to those generally found in various clinical reasoning models and clinical case resolution exercises in IPE <sup>2</sup>. The context evaluated thus appears to be representative of other IPE initiatives where students are asked to solve a clinical case, reinforcing its empirical contribution. In addition, the educational design process put in place was intended to document the context of the course offered at Université Laval, Canada, in order to develop a reflective practice approach adapted to this context. The approach used was therefore consistent with the desired goal <sup>51</sup>. The analyses carried out make it possible to demonstrate the spontaneous use of skills by students in a CCR process in the context of IPE, but do not allow us to infer that teaching these skills effectively supports CCR. That said, we've been able to observe how the use of certain skills (e.g., causal reasoning, formulating hypotheses, comparison/differentiation, definition, etc.) contributes to the depth and rigour of the discussion during the identification of the priority issue and the formulation of objectives, for example. Moreover, the consequences of not using certain skills at the appropriate time also argue in favour of explicitly incorporating them in IPE. However, further experimentation is needed to document the effectiveness of explicitly teaching skills that are relevant to CCR and their introduction in the context of IPE.

## **6.9 Conclusion**

Analysis of interprofessional discussions among students in an IPE context helped to identify the thinking skills that they spontaneously used while also highlighting certain shortcomings in relation to expected best practices. This analysis confirmed the potential usefulness and relevance of thinking skills in supporting and strengthening the validity of CCR processes.



However, thinking skills are not widely used in medical education and, to our knowledge, have never been explicitly incorporated into IPE. Further research is therefore needed to document whether the recommendations offered in this article can be translated into an educational initiative and to assess the impacts of such an initiative on CCR in IPE.

### **6.10 Declaration of interest**

The authors report no conflict of interest. The authors alone are responsible for the content and writing of the paper.

### **6.11 Funding**

A. Richard held scholarship grants provided by the CIRRS and the Faculté de médecine de l'Université Laval. This study was funded by Les Fonds Gilles-Cormier de la Faculté de médecine de l'Université Laval.

## 6.12 References

1. Blondon KS, Maître F, Muller-Juge V, et al. Interprofessional collaborative reasoning by residents and nurses in internal medicine: Evidence from a simulation study. *Medical Teacher*. 2017;39(4):360-367. doi:10.1080/0142159X.2017.1286309
2. DeKeyser Ganz F, Engelberg R, Torres N, Curtis JR. Development of a Model of Interprofessional Shared Clinical Decision Making in the ICU: A Mixed-Methods Study. *Critical Care Medicine*. 2016;44(4):680-689. doi:10.1097/CCM.0000000000001467
3. Careau E, Vincent C, Swaine BR. Observed Interprofessional Collaboration (OIPC) During Interdisciplinary Team Meetings: Development and Validation of a Tool in a Rehabilitation Setting. *JRIPE*. 2014;4(1). doi:10.22230/jripe.2014v4n1a118
4. Kiesewetter J, Fischer F, Fischer MR. Collaborative Clinical Reasoning—A Systematic Review of Empirical Studies: *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2017;37(2):123-128. doi:10.1097/CEH.0000000000000158
5. Politi MC, Street RL. The importance of communication in collaborative decision making: facilitating shared mind and the management of uncertainty: Communication and decision making. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2011;17(4):579-584. doi:10.1111/j.1365-2753.2010.01549.x
6. Michalsen A, Long AC, DeKeyser Ganz F, et al. Interprofessional Shared Decision-Making in the ICU: A Systematic Review and Recommendations From an Expert Panel\*. *Critical Care Medicine*. 2019;47(9):1258-1266. doi:10.1097/CCM.00000000000003870
7. Perversi P, Yearwood J, Bellucci E, et al. Exploring reasoning mechanisms in ward rounds: a critical realist multiple case study. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):643. doi:10.1186/s12913-018-3446-6
8. Visser CL, Wouters A, Croiset G, Kusurkar RA. Scaffolding Clinical Reasoning of Health Care Students: A Qualitative Exploration of Clinicians' Perceptions on an Interprofessional Obstetric Ward. *Journal of Medical Education and Curricular Development*. 2020;7:238212052090791. doi:10.1177/2382120520907915
9. Audétat M-C, Laurin S, Dory V, Charlin B, Nendaz MR. Diagnosis and management of clinical reasoning difficulties: Part I. Clinical reasoning supervision and educational diagnosis. *Medical Teacher*. 2017;39(8):792-796. doi:10.1080/0142159X.2017.1331033
10. Guerrasio J. *Remediation of the Struggling Medical Learner*. 2nd edition. Association for Hospital Medical Education; 2018.
11. Chatalalsingh C, Reeves S. Leading team learning: what makes interprofessional teams learn to work well? *Journal of Interprofessional Care*. 2014;28(6):513-518. doi:10.3109/13561820.2014.900001
12. Richard A, Yergeau S, Gagnon M, Careau E. A theoretical inquiry of collaborative clinical reasoning: Thinking skills to help navigate through the complexity of collaborative clinical reasoning. Published online 2020.

13. Kuipers P, Ehrlich C, Brownie S. Responding to health care complexity: suggestions for integrated and interprofessional workplace learning. *Journal of Interprofessional Care*. 2014;28(3):246-248. doi:10.3109/13561820.2013.821601
14. Benner P, Hughes RG, Sutphen M. Clinical Reasoning, Decisionmaking, and Action: Thinking Critically and Clinically. In: Hughes RG, ed. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Advances in Patient Safety. Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008. Accessed November 16, 2020. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2643/>
15. Victor-Chmil J. Critical thinking versus clinical reasoning versus clinical judgment: differential diagnosis. *Nurse Educ*. 2013;38(1):34-36. doi:10.1097/NNE.0b013e318276dfbe
16. Alfaro-LeFevre R. *Critical Thinking, Clinical Reasoning and Clinical Judgment: A Practical Approach, Pageburst E-Book on Kno*. Elsevier Health Sciences; 2016.
17. Berman AT, Snyder C, Frandsen G. Critical Thinking and Clinical Reasoning. In: *Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing, Global Edition*. ; 2015:144-154. Accessed November 16, 2020. <https://public.ebookcentral.proquest.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=5176580>
18. Faucher C. Differentiating the Elements of Clinical Thinking. *Optometric Education*. 2011;36(3).
19. Ennis RH. A logical basis for measuring critical thinking skills. *Educational leadership*. 1985;43(2):44-48.
20. Facione P. Critical thinking: A statement of expert consensus for purposes of educational assessment and instruction (The Delphi Report). Published online 1990.
21. Lipman M. *À l'école de la pensée: enseigner une pensée holistique*. De Boeck; 2011.
22. Charlin B, Lubarsky S, Millette B, et al. Clinical reasoning processes: unravelling complexity through graphical representation: Clinical reasoning: graphical representation. *Medical Education*. 2012;46(5):454-463. doi:10.1111/j.1365-2923.2012.04242.x
23. Yergeau S. Bien penser grâce à la communauté de recherche philosophique. Published online 2018. <http://hdl.handle.net/20.500.11794/31453>
24. Fisher R. Dialogic teaching: developing thinking and metacognition through philosophical discussion. *Early Child Development and Care*. 2007;177(6-7):615-631. doi:10.1080/03004430701378985
25. Gagnon M, Yergeau S. *La Pratique Du Dialogue Philosophique Au Secondaire*. Presses de l'Université Laval; 2016.
26. Daniel, Marie-France. Philosopher sur les mathématiques au moyen du dialogue critique. In: *La communauté de recherche philosophique: applications et enjeux*. Presses de l'Université Laval; 2011:41-56.

27. Burgh G. From Socrates to Lipman: Making Philosophy Relevant. *Creative engagements: Thinking with children*. 2005;31:25-31.
28. Daniel M, Auriac E. Philosophy, Critical Thinking and Philosophy for Children. *Educational Philosophy and Theory*. 2011;43(5):415-435. doi:10.1111/j.1469-5812.2008.00483.x
29. Barab S, Squire K. Design-based research: Putting a stake in the ground. *The journal of the learning sciences*. 2004;13(1):1-14.
30. Richard A, Gagnon M, Yergeau S, Careau E. Using thinking skills to support the work of interprofessional education facilitators: A theoretical proposal based on the analysis of facilitators' experience. Published online 2020.
31. Bloom B. *Taxonomie Des Objectifs Pédagogiques. Tome 1. Domaine Cognitif*. Presses de l'Université du Québec; 1975.
32. Berger S, Mahler C, Schultz J-H, Szecsenyi J, Götz K. Collaborative decision-making: A normative synthesis of decision-making models in healthcare. In: Salloch S, Sandow V, Schildmann J, Vollmann J, eds. *Ethics and Professionalism in Healthcare: Transition and Challenges*. 1st ed. Routledge; 2016:39-51. doi:10.4324/9781315580340
33. O'Grady L, Jadad A. Shifting from shared to collaborative decision making: a change in thinking and doing. *Journal of Participatory Medicine*. 2010;2(13):1-6.
34. Sims S, Hewitt G, Harris R. Evidence of a shared purpose, critical reflection, innovation and leadership in interprofessional healthcare teams: a realist synthesis. *Journal of Interprofessional Care*. 2015;29(3):209-215. doi:10.3109/13561820.2014.941459
35. Walker P, Lovat T. Dialogic Consensus In Clinical Decision-Making. *Bioethical Inquiry*. 2016;13(4):571-580. doi:10.1007/s11673-016-9743-z
36. Trede F, Higgs J. Collaborative decision making. In: Higgs J, ed. *Clinical Reasoning in the Health Professions*. 3. ed., repr. Elsevier [u.a.]; 2011:43-54.
37. Hammond JS, Keeney RL, Raiffa H. The hidden traps in decision making. *Clinical laboratory management review: official publication of the Clinical Laboratory Management Association*. 1999;13(1):39.
38. Vandergoot S, Sarris A, Kirby N, Ward H. Exploring undergraduate students' attitudes towards interprofessional learning, motivation-to-learn, and perceived impact of learning conflict resolution skills. *Journal of Interprofessional Care*. 2018;32(2):211-219. doi:10.1080/13561820.2017.1383975
39. Hammick M. Interprofessional Education: Concept, Theory and Application. *Journal of Interprofessional Care*. 1998;12(3):323-332. doi:10.3109/13561829809014123
40. Clark PG. Reflecting on reflection in interprofessional education: Implications for theory and practice. *Journal of Interprofessional Care*. 2009;23(3):213-223. doi:10.1080/13561820902877195

41. D'Eon M. A blueprint for interprofessional learning. *Journal of Interprofessional Care*. 2005;19(sup1):49-59. doi:10.1080/13561820512331350227
42. Brand HS, Schoonheim-Klein M. Is the OSCE more stressful? Examination anxiety and its consequences in different assessment methods in dental education: Examination anxiety in dental education. *European Journal of Dental Education*. 2009;13(3):147-153. doi:10.1111/j.1600-0579.2008.00554.x
43. Kim K-J. Factors associated with medical student test anxiety in objective structured clinical examinations: a preliminary study. *Int J Med Educ*. 2016;7:424-427. doi:10.5116/ijme.5845.caec
44. Scott IA. Errors in clinical reasoning: causes and remedial strategies. *BMJ*. 2009;338(jun08 2):b1860-b1860. doi:10.1136/bmj.b1860
45. Thistlethwaite J. Interprofessional education: a review of context, learning and the research agenda: Interprofessional education: a review. *Medical Education*. 2012;46(1):58-70. doi:10.1111/j.1365-2923.2011.04143.x
46. Lawlis TR, Anson J, Greenfield D. Barriers and enablers that influence sustainable interprofessional education: a literature review. *Journal of Interprofessional Care*. 2014;28(4):305-310. doi:10.3109/13561820.2014.895977
47. Sasseville M. La pratique de la philosophie en communauté de recherche. In: *La Pratique de La Philosophie Avec Les Enfants*. 2e éd. Presses de l'Université Laval : Distribution de livres UNIVERS; 2000:17-49.
48. Oandasan I, Reeves Sc. Key elements for interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context. *Journal of Interprofessional Care*. 2005;19(sup1):21-38. doi:10.1080/13561820500083550
49. Simmons B. Clinical reasoning: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2010;66(5):1151-1158. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05262.x
50. World Health Organization. *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. World Health Organization; :64.
51. Boud D, Walker D. Promoting reflection in professional courses: The challenge of context. *Studies in Higher Education*. 1998;23(2):191-206. doi:10.1080/03075079812331380384

## **Chapitre 7: Élaboration et implantation de l'approche de pratique réflexive (résultats supplémentaires)**

### **7.1 Principes à la base de l'approche élaborée**

Les premières étapes d'analyse du projet ont permis de déterminer certains éléments importants à intégrer à une éventuelle approche de pratique réflexive en FIP. Plusieurs de ces éléments sont présentés plus en détails dans les manuscrits d'articles sous forme de « recommandations » (voir chapitres 3 à 6). Nous les reprenons dans ce chapitre.

#### **7.1.1 Fondements théoriques**

La recension réaliste effectuée a permis d'identifier que peu d'initiatives de pratique réflexive en FIP étaient fondées théoriquement ou du moins, peu témoignaient explicitement de leurs fondements (Richard et al., 2019). Ce constat est supporté par la littérature portant sur la pratique réflexive en éducation médicale (Caty et al., 2015; Ng et al., 2015) et amène de nombreux auteurs à réclamer un retour vers les fondements théoriques de la réflexion, notamment en ce qui a trait à la pensée critique (Caty et al., 2015; Fook, 2015; Huang et al., 2014; Kinsella, 2010b; Ng et al., 2015; White et al., 2006). Tel que discuté plus haut, l'appropriation de la pensée critique par divers champs de connaissance a été effectuée bien souvent au détriment des fondements théoriques qui lui étaient associés, notamment en ce qui concerne la logique et les habiletés de pensée, ce qui a pu mener à certaines interventions superficielles et décousues (Davies, 2015; Paul, 2011). Ainsi, la logique et le raisonnement devraient demeurer présents dans le développement de la pensée critique (Davies, 2015). Or, la pensée critique pourrait être soutenue notamment par l'apprentissage d'habiletés de raisonnement et d'opérations mentales qui devraient être infusées et pratiquées dans le contexte visé pour faciliter leur appropriation (Abrami et al., 2008).

#### **7.1.2 Approche consciente**

Plusieurs interventions en pratique réflexive sont menées sans avoir été explicitées aux participants qui s'engagent alors dans une démarche qui n'est ni consciente, ni délibérée (Richard et al., 2019). Or, Sadlon (2018) mentionne bien que « le processus de réflexion est porteur lorsqu'il est entrepris comme un effort conscient pour améliorer la pratique, produire des jugements valides et transformer l'expérience en occasions de développement intellectuel » (traduction libre, p.1). De fait, les approches où les participants ne sont pas conscients de leur démarche semblent à éviter, tout comme les démarches limitées à

observer ou à être guidés par un clinicien ou un facilitateur expérimenté (Abrami et al., 2008; Papp et al., 2014). Cette considération paraît étroitement liée à l'importance d'assurer un enseignement explicite des habiletés de pensée attendues aux étudiants (Abrami et al., 2008).

### **7.1.3 Explicitation et infusion**

Les résultats de méta-analyses suggèrent que la pensée critique doit faire l'objet d'un enseignement explicite pour produire des changements significatifs chez les étudiants (Abrami et al., 2008). De plus, il est important de veiller à ce que ces apprentissages soient infusés dans un contexte significatif pour les apprenants, de façon à favoriser le développement d'habiletés pouvant potentiellement être réinvesties par ces derniers (Abrami et al., 2008; Johnson et al., 2010). La pensée critique étant intrinsèque (et nécessaire) à l'exercice de la pratique réflexive, un enseignement explicite paraît également important pour soutenir cette dernière. Une meilleure compréhension des habiletés reliées à la pensée et au raisonnement devient à ce moment essentielle pour être en mesure d'en formuler un enseignement explicite et de favoriser, éventuellement, les apprentissages des étudiants (Mamede et Schmidt, 2004).

### **7.1.4 Réflexion menée en équipe**

Les approches réflexives sont le plus souvent individuelles et orientées vers soi et sa propre action (White et al., 2006; Zarezadeh et al., 2009). Or, ce type de réflexion peut mener un individu à être centré sur lui-même, à limiter ses perspectives et à promouvoir un certain statu quo aux dépens du changement et de l'amélioration visés par la pratique réflexive (Clouder, 2000). Au contraire, ce qui est poursuivi par la réflexion en contexte de collaboration est plutôt d'arriver à se dégager de sa propre réalité pour considérer celle de l'autre (Clark, 2006; Wackerhausen, 2009).

### **7.1.5 Habiletés de pensée et de raisonnement**

En cours de processus, toute stratégie de pratique réflexive consistant en une série de questions à répondre de façon plus ou moins hiérarchisée a été écartée (White et al., 2006). Ce type de support à la pratique réflexive s'avère peu flexible et ne favorise pas nécessairement le développement de compétences pouvant s'adapter rapidement à une situation (White et al., 2006). Le développement d'habiletés de pensée et de raisonnement est reconnu comme étant central pour soutenir le raisonnement clinique et pour permettre de produire des jugements cliniques valides (Alfaro-LeFevre, 2016). Les habiletés de

pensée seraient également essentielles à la pratique réflexive et à la pensée critique, pour examiner et développer la pratique (White et al., 2006). L'intégration d'habiletés apparaît donc importante, non seulement pour favoriser la pratique réflexive, mais également pour soutenir l'exercice de la pensée critique en FIP, l'organisation de la pensée et le raisonnement (Benner et al., 2008).

### **7.1.6 Facilitateurs formés**

La littérature portant sur la pratique réflexive en santé et services sociaux souligne le rôle central et incontournable de l'animateur ou du facilitateur (Mann et al., 2009). Or, la facilitation des discussions réflexives doit être faite avec compétence afin d'assurer un maximum d'efficacité (Mann et al., 2009). Il devient donc primordial de s'assurer que les animateurs et facilitateurs guidant les étudiants dans le développement de leurs habiletés réflexives soient eux-mêmes formés de façon explicite. En effet, lorsque les facilitateurs sont formés, les impacts des interventions auprès des étudiants sont plus grands (Abrami et al., 2008). La formation des facilitateurs est également au cœur des recommandations pour assurer la qualité de la FIP (Milot et al., 2017; Oandasan et Reeves, 2005b) et favoriser une expérience positive chez les étudiants (Hammick et al., 2007; Hammick et al., 2009; Kent et al., 2017; Milot et al., 2017; Oandasan et Reeves, 2005b; Ruiz et al., 2013; Telford et Senior, 2017).

## **7.2 Approche développée**

Suite aux étapes de développement et de validation de l'approche, une version « finale » de celle-ci a été développée sur la base des principes énumérés ci-haut afin d'être intégrée concrètement en contexte de FIP.

### **7.2.1 Contexte d'implantation**

L'approche développée a été implantée dans le cours FIS-4102 à l'Université Laval. Il s'agit du deuxième d'un continuum de trois cours obligatoires offerts aux étudiants des facultés de médecine, sciences infirmières, pharmacie et sciences sociales et de l'École de nutrition, regroupant en tout 10 programmes. Le cours FIS-4102 peut être considéré comme étant charnière, en ce sens qu'il s'agit de la première occasion où les étudiants discutent sous la forme d'une rencontre de plan d'intervention interdisciplinaire (PII). Le cours est offert sous forme hybride, c'est-à-dire qu'il combine des activités préalables en ligne et se termine par



une fin de semaine intensive de cours, où les étudiants ont à travailler en équipe interprofessionnelle de huit à neuf et à développer leurs habiletés collaboratives (Careau et al., 2014; Milot et al., 2017). Les modifications apportées devaient donc s'ajuster à ce format particulier, qui ne prévoit pas d'enseignement magistral en présentiel.

Des modifications au cours FIS-4102 en cohérence avec l'approche développée ont donc été apportées entre le mois de mars et le mois de mai 2019, soit entre les sessions d'hiver et d'été. Une formation a été offerte aux facilitateurs afin de les préparer à ces modifications et de leur permettre de développer les nouvelles compétences attendues de leur part.

## **7.2.2 Modifications apportées**

Les activités ayant été proposées visaient une progression dans les apprentissages, permettant d'abord le développement de connaissances, puis la pratique d'habiletés pour enfin se terminer avec la mobilisation de compétences lors de la fin de semaine de cours. Compte tenu de l'ampleur du matériel développé et des plateformes informatisées parfois nécessaires pour y accéder, il n'est pas possible ici de le présenter entièrement. Quelques exemples de documents pédagogiques (ex : exercice, grilles, tableaux) peuvent cependant être retrouvés en annexe de la thèse (Annexe C). Voici un bref survol des modifications apportées au cours :

### *7.2.2.1 Notes de cours*

Des notes de cours portant sur le raisonnement, les habiletés de pensée et sur l'utilisation de ces dernières en contexte de collaboration ont été ajoutées en ligne. Les nouvelles connaissances proposées ont été mises en lien avec les contenus déjà présents dans le cours portant sur le travail d'équipe et l'animation de discussions. (Extrait en Annexe C)

### *7.2.2.2 Présentation narrée*

Une présentation narrée portant sur le raisonnement et les habiletés de pensée en contexte de CIP a été développée et rendue disponible aux étudiants sur le site de cours. Cette présentation permettait également d'explicitier l'idée du raisonnement clinique collaboratif (RCC) et d'illustrer, par de multiples exemples cliniques, l'utilisation des habiletés de pensée et du raisonnement (déductif et inductif) pour le soutenir.

### *7.2.2.3 Quiz*

Un quiz portant sur les connaissances acquises relativement aux habiletés de pensée et au raisonnement a été développé afin de permettre aux étudiants de mobiliser ces dernières face à différentes mises en situation cliniques. Les étudiants ont été invités, par exemple, à identifier des habiletés de pensée sur la base de verbatim, à tenter d'identifier les prémisses d'un raisonnement par le biais d'hypothèses ou à identifier les habiletés de pensée qui leur semblaient pertinentes pour déjouer un enjeu dans le RCC.

### *7.2.2.4 Exercices en classe*

Un exercice basé sur la résolution d'une courte vignette clinique a été ajouté au début de la première journée de cours. Visant à familiariser les étudiants à la mobilisation des habiletés de pensée lors d'une discussion clinique, cet exercice ciblait un nombre restreint d'habiletés de pensée et offrait la consigne explicite de les utiliser pour l'exercice. La description de l'exercice est disponible en annexe (Annexe C).

### *7.2.2.5 Grilles d'observation et journaux de bord*

Des grilles d'observation et des journaux de bord étaient déjà utilisés dans le cadre du cours FIS-4102. Ils ont cependant été modifiés afin d'intégrer les habiletés de pensée et de soutenir la métacognition de l'équipe à l'égard de ces dernières (Annexe C).

### *7.2.2.7 Grilles d'évaluation*

Les grilles d'évaluation de l'ÉCOS final ont été adaptées afin d'intégrer de nouveaux critères basés sur la mobilisation des habiletés de pensée lors des discussions (Annexe C)..

### *7.2.2.8 Documents d'accompagnement*

Des documents d'accompagnement ont été développés pour les étudiants et facilitateurs :

- Tableau résumé des habiletés de pensée (Annexe C);
- Tableau de définitions des habiletés de pensée et d'exemples cliniques (Annexe C);
- Tableau des étapes de la rencontre avec suggestions de questions (Annexe C);
- Cahier d'exercice;
- Document d'accompagnement pour les facilitateurs.

Tous les changements ont été entérinés par la responsable du cours (É.M.).

### 7.3 Formation des facilitateurs

Une formation d'une durée de deux heures a été offerte simultanément en présentiel et à distance aux facilitateurs impliqués dans le cours lors de la session d'été 2019. Cette formation a été enregistrée afin d'être disponible pour les facilitateurs des sessions ultérieures. La formation abordait les points suivants :

- Rationnel des changements :
  - o Retour sur les données analysées suite à la discussion focalisée pré-implantation et sur l'analyse des discussions interprofessionnelles entre étudiants et présentation de considérations issues de l'examen de la littérature.
- Théorie portant sur le raisonnement et les habiletés de pensée
- Illustrations cliniques provenant de verbatims de discussions cliniques entre étudiants, de situations inspirées de cas vécus et de situations fictives
- Exercices pratiques :
  - o Identification des prémisses sous-jacentes à une conclusion
  - o Reconnaissance des habiletés utilisées
  - o Reconnaissance des habiletés potentiellement utiles en lien avec une discussion clinique et sollicitation de ces dernières par le questionnement,
- Présentation des modifications et des nouveaux documents

Il est à noter que, bien que les facilitateurs présents à la formation aient exprimé leur compréhension des changements apportés et de leur rationnel, plusieurs ont manifesté une certaine crainte à l'égard des conséquences négatives possibles sur le déroulement des activités lors de la fin de semaine de cours. Deux craintes principales ont été nommées :

- Selon les facilitateurs, le fait d'inciter les étudiants à se questionner entre eux et à explorer différentes perspectives risquait d'alourdir et d'allonger le processus.
- Certains facilitateurs se disaient également préoccupés par le caractère « non structuré » des habiletés de pensée, qui ne sont pas nécessairement imbriquées dans un processus précis tel qu'une succession d'étapes par exemple. On craignait ainsi un certain désordre dans la démarche et une perte de temps supplémentaire.

Bien qu'elles n'aient pas été exprimées dans le cadre d'une discussion focalisée formelle, ces craintes et préoccupations ont été notées et prises en compte lors de l'évaluation finale de l'approche. Les processus de design pédagogique et de recherche action collaborative impliquent en effet de considérer les points de vue des collaborateurs et de s'assurer de contribuer au développement des connaissances et des pratiques dans le contexte visé (Barab et Squire, 2004; Lefrançois, 2008), ce qui peut impliquer des réajustements en cours de processus le cas échéant.

## **Chapitre 8 : Évaluation des retombées de l'approche de pratique réflexive (résultats supplémentaires)**

Les retombées de l'approche ont été évaluées de façon mixte auprès des facilitateurs et de façon qualitative auprès des étudiants. Une deuxième discussion focalisée a été menée auprès des facilitateurs afin d'évaluer leur perception des retombées de l'approche. Un questionnaire portant sur le sentiment d'efficacité personnelle pour soutenir les pratiques collaboratives et les apprentissages en FIP (SEP-CIP) a de plus été administré aux facilitateurs en pré-post, soit à l'hiver 2019 avant l'implantation de la stratégie de pratique réflexive, puis en juin, suite à l'expérience du cours modifié. Enfin, des enregistrements vidéo de l'ÉCOS final ont de nouveau été effectués auprès des étudiants afin d'analyser leurs discussions en fonction des habiletés de pensée mobilisées et de leurs impacts sur le déroulement du RCC. Les résultats de ces évaluations seront discutés dans le chapitre suivant (chapitre 9) : discussion générale de la thèse.

### **8.1 Précisions méthodologiques (questionnaire sur le SEP-CIP)**

Cette section porte sur l'administration d'un questionnaire mesurant le SEP-CIP aux facilitateurs impliqués dans le cours de FIP avant et après les modifications dans l'enseignement. Ce questionnaire visait à vérifier si les nouvelles connaissances et habiletés acquises avaient un impact sur le sentiment de compétence de ces derniers (objectif 5).

#### **8.1.1 Choix de l'outil**

Le sentiment d'efficacité personnel (SEP) correspond aux croyances qu'entretient une personne à l'égard de sa compétence dans un domaine particulier (Bandura, 1977). Il a été reconnu que le SEP des enseignants avait un impact sur la qualité de leur enseignement et, éventuellement, sur l'implication et la réussite de leurs élèves (Dellinger et al., 2008; Gibson & Dembo, 1984; Tschannen-Moran et al., 1998). L'outil questionnaire utilisé auprès des facilitateurs consistait en une adaptation francophone du TEBS-Self (Careau et al., n.d.; Dellinger et al., 2008) en contexte de soutien des pratiques collaboratives et de FIP (Annexe D). Le TEBS-Self vise à évaluer le SEP des enseignants en regard de tâches associées à un enseignement et un apprentissage efficaces (Dellinger et al., 2008). Considérant l'importance du rôle de facilitateur en FIP (Drynan et Murphy, 2016; Kent et al., 2017; Milot et al., 2017; Ruiz et al., 2013) et le besoin de soutien supplémentaire déjà formulé par le

groupe de facilitateurs à l'étude (Milot et al., 2017), il a été jugé important de mesurer leur sentiment d'efficacité personnelle envers le soutien des pratiques collaboratives en santé et services sociaux (SEP-CIP) en regard de leur rôle dans le cours FIS-4102 avant et après l'implantation de l'approche.

Le questionnaire SEP-CIP comporte 26 items mesurés par une échelle de Likert à quatre niveaux (1=faible confiance en mes capacités; 2=confiance modérée en mes capacités; 3=confiance élevée en mes capacités; 4=confiance très élevée en mes capacités). Les items peuvent être classifiés en quatre composantes : gestion de classe (classroom management), communication/clarification, planification et accommodement (planning and accommodating individual) et habiletés de pensée de haut niveau (higher order thinking skills) (Bobbett, 2001). Le questionnaire possède une excellente fiabilité en regard des échelles utilisées et il est conforme à la construction théorique proposées par Dellinger et al. (2008). Les items correspondant à chacune des composantes sont présentés dans le tableau 12 :

**Tableau 12: Items correspondant à chaque catégorie du questionnaire sur la mesure du SEP-CIP**

Composantes	Items
Gestion de classe	5, 6, 7, 20
Communication/clarification	8, 9, 12, 13, 14
Planification et accommodement	1, 2, 10, 22, 23
Habiletés de pensée de haut niveau	16, 17, 18

### 8.1.2 Population

Le questionnaire a été proposé à tous les facilitateurs impliqués dans le cours avant l'implantation (N=17) et a été répondu par 12 d'entre eux. L'un des formulaires a dû être écarté des analyses parce qu'il n'était pas complet (n=11). Le deuxième questionnaire a été répondu après l'implantation (n=17). Les facilitateurs étaient informés du projet par courriel et le questionnaire, un formulaire socio-démographique et le formulaire de consentement

leur étaient partagés avec leurs documents d'accompagnement pour la fin de semaine de cours. Lors de la deuxième fin de semaine, une feuille supplémentaire de rappel du projet a été placée sur le dessus des documents, ce qui peut avoir favorisé un taux de réponse plus élevé.

Le tableau 13 présente le portrait socio-démographique des répondants.

**Tableau 13: Données démographiques des facilitateurs ayant complété le questionnaire sur le SEP-CIP**

<b>Données des participants</b>	<b>Session</b>	<b>Pré (n)</b>	<b>Post (n)</b>
<b>Âge</b>			
21-30		2	3
31-40		6	9
41-50		1	1
51 et +		2	2
Inconnu		-	2
<b>Genre</b>			
Féminin		10	14
Masculin		1	2
Non spécifié		-	2
<b>Expérience de facilitation</b>			
5 et moins		5	5
6 à 10		4	2
11 à 30		-	3
31 et plus		2	5
Non spécifié		-	2
<b>Profession</b>			
Étudiant		1	1
Travailleur social		2	4
Ergothérapeute		2	3
Physiothérapeute		1	2
Gestionnaire, conseiller (santé)		2	3
Retraité (santé)		2	2
Enseignant		1	-
Non spécifié		-	2
<b>Total de participants (n)</b>		<b>11</b>	<b>17</b>

### 8.1.3 Analyses

Les moyennes des scores totaux et des scores par composantes ont été comparées entre les participants en pré et post-implantation. Il n'existe pas de norme officielle pour ce type d'outil. Cependant, le passage d'un niveau à un autre est significatif puisqu'il indique un changement de perception des facilitateurs quant à leurs compétences. Les analyses devraient donc tenir compte du niveau duquel les scores moyens sont les plus près. Un score de 2,30 devrait donc, par exemple, être considérée comme étant modérée alors qu'un score de 2,67 tendrait plutôt vers le niveau élevé (tableau 14) :

**Tableau 14: Niveaux de confiance associés aux scores obtenus au questionnaire sur la mesure du SEP-CIP**

Scores	Niveau de confiance des participants
1,00 à 1,50	Faible
1,51 à 2,50	Modéré
2,51 à 3,50	Élevé
3,51 à 4,00	Très élevé

### 8.2 Résultats

La moyenne des scores totaux obtenus avant et après l'implantation de l'approche de pratique réflexive et la formation offerte aux facilitateurs, se situent près d'un score de 3 (voir tableau 15). Les deux moyennes se situent ainsi dans le même niveau de résultats, soit une confiance élevée en ses capacités. Les scores obtenus semblent donc indiquer au départ que les changements apportés au cours FIS-4102 n'ont pas ébranlé la confiance des facilitateurs impliqués en leurs capacités pour soutenir les apprentissages des étudiants.

**Tableau 15: Résultats au questionnaire sur le SEP-CIP**

<b>Participants Pré</b>	<b>Scores totaux (moyenne)</b>	<b>Participants Post</b>	<b>Scores totaux (moyenne)</b>
1	2,77	1	3,54
2	3,00	2	3,23
3	2,69	3	3,15
4	3,62	4	2,77
5	3,04	5	3,08
6	2,92	6	2,77
7	2,88	7	2,85
8	2,35	8	2,58
9	2,15	9	2,69
10	2,96	10	3,23
11	2,77	11	3,54
		12	3,62
		13	2,73
		14	2,65
		15	2,73
		16	3,04
		17	2,50
<b>Moyenne :</b>	2,83	<b>Moyenne :</b>	2,98

L'analyse des scores moyens aux différentes composantes du questionnaire sur le SEP-CIP indique une légère hausse pour chacune (voir tableau 16). Un changement de niveau est observé pour les composantes « planification et accommodement » et « habiletés de pensée de haut niveau », ce qui indique que les facilitateurs ont plus généralement indiqué un niveau élevé de confiance en leurs capacités lors du deuxième temps de mesure comparativement à modéré pour le premier. La composante « planification et accommodement » se réfère notamment à la capacité des facilitateurs à s'ajuster aux caractéristiques des différents participants. La catégorie « habiletés de pensée de haut niveau » correspond à la capacité des facilitateurs à susciter la réflexion des participants et leur implication dans des tâches complexes.



**Tableau 16: Scores moyens aux différentes composantes du questionnaire sur le SEP-CIP**

Participants	Gestion de classe		Communication / Clarification		Planification et accommodement		Habilités de pensée de haut niveau	
	Pré	Post	Pré	Post	Pré	Post	Pré	Post
1	3,25	3,25	3,20	3,60	2,60	3,80	2,33	3,33
2	3,25	3,00	3,20	3,40	3,00	3,20	2,33	3,00
3	3,50	3,50	2,80	3,60	2,20	3,00	2,00	2,67
4	4,00	2,50	3,80	2,60	3,60	3,00	3,67	2,33
5	3,50	2,50	3,40	3,20	2,40	3,20	3,33	3,00
6	3,25	2,75	3,00	2,80	2,60	2,60	3,00	3,00
7	2,25	3,00	3,00	3,00	2,00	2,40	2,00	2,33
8	2,25	2,50	2,40	3,00	2,00	2,40	2,00	2,00
9	3,00	2,50	3,40	3,20	2,60	2,60	2,67	2,33
10	2,75	2,50	3,00	3,60	2,40	3,40	2,33	3,00
11		3,75		3,80		3,40		3,00
12		3,25		3,80		3,40		4,00
13		2,75		2,60		2,80		2,33
14		3,25		2,60		2,20		2,67
15		3,00		3,00		2,60		2,33
16		2,75		3,20		3,00		3,33
17		2,50		3,00		2,00		2,33
Tot /104	27,75	46,00	28,00	50,40	22,80	45,20	23,33	43,67
Moy /4	2,52	2,71	2,55	2,96	2,07	2,66	2,12	2,57

Il est à noter que la discussion quant aux résultats du questionnaire sur le SEP-CIP se retrouve au chapitre 9, dans la discussion générale de la thèse.

### **8.3 Précisions méthodologiques : discussion focalisée auprès des facilitateurs**

Cette section porte sur l'analyse d'une discussion focalisée menée auprès de facilitateurs impliqués dans le cours FIS-4102 en post-implantation. Cette discussion visait à vérifier leur perception des retombées des changements apportés au cours (objectif 5).

#### **8.3.1 Cueillette des données**

Une discussion focalisée a été réalisée auprès de sept facilitateurs impliqués dans le cours FIS-4102. Ces facilitateurs devaient avoir participé au moins cinq fois au cours sur une période de deux ans afin de présenter une expérience récente et significative pour répondre aux questions. Tous les facilitateurs contactés par courriel ont accepté de participer à une discussion focalisée de 50 minutes qui a été tenue lors de la deuxième journée du cours offert à l'été 2019. Cinq des sept facilitateurs étaient les mêmes que lors de la première discussion focalisée, en pré-implantation. Les participantes, sept femmes âgées entre 31 ans et plus de cinquante ans, cumulaient une expérience de facilitation dans les cours du continuum allant de huit fois en 4 ans jusqu'à plus de 60 fois en 9 ans. Le groupe réunissait des retraitées du domaine de la santé (travailleuse sociale et ergonome), une ergonome/coordonnatrice clinique, deux ergothérapeutes, une physiothérapeute et une travailleuse sociale. Le questionnaire démographique utilisé est disponible en annexe (Annexe D).

#### **8.3.2 Analyse des données**

La discussion focalisée a été enregistrée puis retranscrite en verbatim. L'analyse a été effectuée à l'aide du logiciel MAXQDA 2018 (version 18.2.0), de façon déductive et inductive (Assarroudi et al., 2018). Les codifications initiales correspondaient aux défis et difficultés identifiées lors de la première discussion focalisée (voir chapitre 4) et ceux relevés lors de l'analyse des discussions interprofessionnelles entre étudiants (voir chapitre 6). Des codes supplémentaires ont été déterminés de façon inductive sur la base des domaines de compétences en interprofessionnalisme (Orchard et al., 2010). Les données ont été examinées et révisées jusqu'à ce qu'aucun nouveau thème ou sous-thème n'émerge.

### **8.4 Résultats**

L'analyse des résultats de la discussion focalisée suggère que l'approche implantée a eu plusieurs impacts positifs et ce, tant auprès des étudiants que des personnes ressources

elles-mêmes. Plusieurs de ces impacts semblent répondre aux enjeux identifiés lors des étapes d'analyse précédentes effectuées avant l'implantation de l'approche. Rappelons que, parmi ces enjeux, on notait un manque de questionnement entre les étudiants et d'exploration de différentes perspectives ou alternatives (voir chapitre 6). Les facilitateurs observaient régulièrement des discours « parallèles » et avaient parfois une impression de discussions « de surface » qui menaient à des consensus dont la validité était incertaine.

#### **8.4.1 Impacts observés chez les étudiants**

Les facilitateurs constatent que plusieurs étudiants sont en mesure de mobiliser des habiletés de pensée lors des exercices et des discussions et ce, peu importe leur discipline ou leur niveau d'expérience. Ils observent que les étudiants ont tendance à se « challenger » et à « pousser » la réflexion plus loin, contrairement à ce qui était noté auparavant. Ils soulignent que les étudiants semblent discuter plus en « profondeur », ce qui leur donne une impression de contenu plus « intéressant », plus authentique :

On avait l'impression de ne pas assister à un cas théorique, un cas pas réel. Les échanges étaient vraiment avec une profondeur, puis ils se questionnaient, ils se *challengeaient*, les liens, j'avais rarement vu ça dans un ÉCOS, puis ils l'utilisaient bien, puis ils ont eu vraiment un échange réel, une vraie discussion entre eux.

L'efficacité avec laquelle les étudiants effectuent le processus est une source d'étonnement pour plusieurs facilitateurs, qui craignaient un impact contraire suite à l'implantation de l'approche. Si l'utilisation des habiletés de pensée semblait parfois éloigner les étudiants de la structure proposée par le PII, la démarche apparaissait tout aussi organisée, sinon plus :

J'ai trouvé ça impressionnant quand même, que déjà ça les dégage de ça [structure].

Tout était là. Dans le sens où, on n'a pas senti la liste d'épicerie, on n'a pas senti qu'ils étaient comme dans un respect de la structure rigide. Mais à travers leurs échanges, tu sais, ils ont déterminé un problème prioritaire qui était en lien parce qu'ils ont discuté, ils sont revenus, ils ont parlé, ils ont remis en question, ils ont approfondi et c'était tout autour des besoins de Madame.

Les discussions semblaient donc fluides et approfondies et l'ensemble des tâches à effectuer étaient couvertes. De plus, dans certains cas, le temps requis pour accomplir les exercices et pour effectuer les différentes étapes d'une rencontre de PII a de beaucoup diminué :

C'est la première fois que je réussis à finir avant le temps, mais c'est justement parce qu'ils ne tournaient pas autour du pot parce que souvent, tu sais, ça déraile leurs idées et ça n'arrive jamais à la conclusion. Alors que là, bien, ça allait comme de soi.

Au contraire, le fait de ne pas se remettre en question et d'utiliser moins d'habiletés de pensée est maintenant vu comme quelque chose qui nuit au déroulement de la discussion et qui prend plus de temps : « À date, ce que j'ai vu, c'est les équipes qui ont de la difficulté, qui arrivent *flush*, c'est parce que justement ils ne se remettent pas en question, ils énumèrent, ils tournent autour du pot. »

Le dégagement observé face au processus semble de plus diminuer le stress vécu par certains étudiants, qui paraissent plus se « laisser aller ». Ces derniers expriment parfois eux-mêmes qu'ils ne sentent plus le besoin de se référer systématiquement aux documents d'accompagnement reliés aux étapes du processus et qu'ils se sentent à l'aise de discuter de façon plus « naturelle ». La notion de stress, voire d'anxiété de performance, était centrale dans le discours des facilitateurs lors de la première discussion focalisée. Ces derniers sentaient que les étudiants étaient à la recherche de « la » bonne réponse, et ce, même lors des exercices préparatoires. Cette attitude chez les étudiants induisait une pression sur les facilitateurs quant au rôle à adopter : ils sentaient qu'on attendait parfois d'eux des réponses directes plutôt qu'une guidance et un accompagnement (voir chapitre 4). La question du stress n'est cependant plus une thématique nommée en ce qui concerne la première journée de cours, lors des activités pratiques.

Les facilitateurs mentionnent ressentir une plus grande implication de la part de plusieurs étudiants, un engagement réel. La question de la motivation demeure néanmoins un enjeu pour certaines équipes :

Il y avait vraiment une envie d'utiliser ce cours-là pour améliorer quelque chose au niveau de la collaboration. Je ne sentais pas qu'ils voulaient faire juste pour se débarrasser, une équipe peut-être oui, les autres moins. [...] Il suffit qu'il y ait une ou deux personnes dans l'équipe qui aient moins envie et ça peut teinter l'ensemble de l'œuvre.

Les facilitateurs rapportent que plusieurs étudiants semblent constater une évolution pendant leur journée de cours, ce qui peut contribuer à leur motivation. Cette évolution est également constatée par les facilitateurs, qui soulignent une différence quant aux cours précédents. Cette perception est entre autres reliées aux capacités de raisonnement des

étudiants et à la qualité de l'organisation de leur pensée. Du côté des étudiants, la conscience des habiletés et de leurs impacts semble fluctuer. Selon les facilitateurs, certaines équipes constatent l'impact négatif que le manque d'habiletés de pensée peut avoir sur le déroulement et la profondeur de la discussion :

Mes équipes se sont rendu compte que c'était un problème. Elles ont fait « Là, il y a quelque chose qui ne fonctionne pas », elles ont dit « On fait juste accumuler nos points, on dirait qu'on n'est pas capable de passer à l'étape d'après ». [...]. Puis là, elles sont allées chercher leurs habiletés de pensée.

Les facilitateurs perçoivent que, pour certains étudiants, l'utilisation des habiletés de pensée se fait de façon consciente, voire explicite :

C'était assez impressionnant, parce qu'ils nous le disaient avant en plus. C'est comme si ils voulaient nous faciliter la vie, dire « Regardez bien là, on va en faire une ». Mais c'était à propos là, ce n'était pas plaqué pour être plaqué là, c'était à propos.

Pour d'autres étudiants, l'utilisation des habiletés de pensée ne semble pas être consciente et parfois même, intégrée. Cette observation est particulièrement effectuée pendant l'ÉCOS tenu sur la deuxième journée de la fin de semaine de cours. Plusieurs équipes semblent effectivement utiliser les habiletés de pensée lors de la première journée, dans le cadre d'exercices ciblés et lors des discussions préparatoires à l'ÉCOS (qui reprennent le même « format » que l'ÉCOS final). L'utilisation des habiletés de pensée semble cependant moins présente pendant leur évaluation selon les facilitateurs, qui associent cette situation avec le stress vécu par les étudiants lors de cette épreuve, sa durée restreinte et le manque de pratique des habiletés de pensée dû aux contraintes du cours.

Selon les facilitateurs, certains étudiants, enfin, semblent utiliser différentes habiletés de pensée pour structurer leur propre raisonnement disciplinaire, sans cependant explorer d'autres perspectives ou intégrer les points de vue des autres à leurs propositions. Les facilitateurs mentionnent néanmoins que cela se produit souvent au sein d'équipes où on observe une moins grande diversité de disciplines, par exemple lorsqu'aucun étudiant en réadaptation n'est présent.

#### **8.4.2 Impacts chez les facilitateurs**

Les facilitateurs semblent avoir développé une perception plus fine des mécanismes soutenant les discussions des étudiants et leur RCC. Alors qu'auparavant ils n'arrivaient

pas toujours à identifier les causes sous-jacentes aux difficultés de ces derniers ou à expliquer les manifestations de bonnes pratiques observées, ils arrivent maintenant à donner un sens à ce qu'ils perçoivent grâce au raisonnement (déductif et inductif) et aux habiletés de pensée. Ils constatent en ce sens une grande différence entre les équipes qui mobilisent une diversité d'habiletés de pensée et celles qui le font peu (ou pas selon eux) :

Dans les meilleurs ÉCOS que j'ai vus, tu voyais qu'ils utilisaient les habiletés de pensée au bon moment, par la bonne personne. C'était partagé dans l'équipe, super belle dynamique, puis à d'autres places on disait « Oh justement, ils n'ont pas assez utilisé leurs habiletés de pensée ou pas aux bons moments », puis là, vraiment, tu vois que tout le processus a des impacts.

Plusieurs facilitateurs mentionnent être maintenant plus à l'aise dans leur rôle et avoir de nouveaux outils pour intervenir auprès des étudiants et soutenir leur apprentissage actif. À ce sujet, les facilitateurs mentionnent deux modalités différentes d'interventions utilisées, issues des modifications apportées au cours. D'une part, ils s'appuient sur les connaissances que les étudiants ont quant au raisonnement (déductif et inductif) et au raisonnement clinique collaboratif pour les soutenir dans leurs apprentissages. Les facilitateurs font donc référence à ces connaissances partagées avec les étudiants dans leurs interventions et leurs explications :

Bien moi, j'ai trouvé ça plus facile, plus facilitant quand je voyais qu'ils ne comprenaient pas, de les amener à quelque part qui allait faire du sens pour eux. Car j'étais capable d'utiliser un peu la théorie qu'ils voyaient, tu sais quand j'amenais « Voici le raisonnement », bien, ils savaient de quoi je leur parlais.

Les facilitateurs se disent également plus outillés pour questionner les étudiants sans leur donner de réponse. Leurs questionnements paraissent plus variés et semblent soutenir davantage l'apprentissage actif des étudiants :

C'est un outil pour eux autres, mais un outil pour nous autres, pour stimuler leurs échanges. Puis en questionnant, puis en essayant d'aller dans les critères, j'ai changé ma façon de les questionner, puis on dirait que c'était moins confrontant. J'allais chercher autre chose, [...] Ils voyaient la réponse qui était donnée, puis ça les amenait ailleurs, puis ça les stimulait à continuer de cette manière-là.

### **8.4.3 Appréciation des changements**

Les facilitateurs constatent donc des changements importants chez les étudiants par rapport aux cours précédents, ce qui leur permet d'apprécier les retombées de l'intégration des

habiletés de pensée et de l'enseignement explicite de différentes formes du raisonnement dans le cours. Bien qu'ils observent que les habiletés de pensée ne sont pas utilisées de façon comparable par toutes les équipes et que plusieurs ne semblent pas généraliser leurs acquis en contexte évaluatif, les facilitateurs ne remettent aucunement en question la pertinence des habiletés de pensée : « Moi je pense qu'au niveau de l'apprentissage de l'interprofessionnalisme des rencontres, moi je vois que c'est un plus, c'est vraiment un plus les habiletés de pensée. »

Plusieurs facilitateurs suggèrent en ce sens qu'il serait pertinent de généraliser l'enseignement et l'utilisation des habiletés de pensée aux différents cours du continuum FIS, de façon à favoriser leur apprentissage et leur consolidation. La question de la pratique et de l'intégration semble donc être importante selon les facilitateurs :

[...] peut-être là le nœud, c'est de voir la différence entre les équipes qui intègrent la théorie et qui la mettent en application, puis celles qui font juste cocher la liste pour dire « Bien, c'est dans ma liste de critères, puis je le fais » sans réellement comprendre le sens puis l'intégrer.

Cette question semble également s'appliquer aux facilitateurs eux-mêmes, qui ressentent qu'ils pourraient bénéficier de plus de « pratique » à cet égard. Certains facilitateurs expriment ainsi vouloir poursuivre leur formation à ce sujet afin de développer une plus grande aisance : « Mais je trouve que, personnellement, je ne pense pas l'avoir assimilé au point d'être un modèle. En fait, je n'en suis pas rendue là, il faut que je relise plus souvent que ça. »

Les facilitateurs remettent ainsi parfois en question leurs propres compétences dans ce domaine lorsqu'ils observent, par exemple, que les étudiants utilisent moins les habiletés de pensée.

#### **8.4.4 Développement des compétences**

Tel que précisé précédemment, la discussion focalisée était planifiée en fonction des thématiques identifiées lors du premier entretien de groupe et des constatations effectuées lors des discussions cliniques entre les étudiants (chapitres 4 et 6). Par contre, l'analyse des propos des facilitateurs a permis l'émergence de nouveaux thèmes correspondant aux domaines de compétences du Référentiel national en matière d'interprofessionnalisme (Orchard et al., 2010) :

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

#### *8.4.4.1 Communication interpersonnelle*

Selon les facilitateurs, les étudiants ont fait preuve d'écoute, d'ouverture et de considération lors des discussions. Les habiletés de pensée semblent avoir soutenu une meilleure compréhension commune et le questionnement, avoir favorisé la co-construction de la discussion.

#### *8.4.4.2 Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté*

L'un des aspects principaux nommés par les facilitateurs concerne le fait que les étudiants ont adopté une posture centrée sur la personne lors des discussions. Les besoins ou attentes de cette dernière, décrits par écrit lors de la lecture de cas, ont été traités comme des « critères » de décision par les équipes, qui se sont généralement assurées d'y répondre dans la détermination du problème prioritaire ou des objectifs communs : « Moi je pense que de mobiliser les habiletés de pensée, ça les amène à avoir une posture centrée sur la personne spontanée. Parce qu'en discutant, ils se réfèrent, [et sont] hyper focalisés approche centrée sur la personne. »

#### *8.4.4.3 Clarification des rôles*

La clarification des rôles n'avait pas à être abordée explicitement lors de l'ÉCOS puisqu'elle avait été effectuée lors de la journée précédente de cours. Les facilitateurs ont néanmoins remarqué une aisance chez les étudiants dans le respect des rôles de chacun et parfois, une plus grande complémentarité entre les expertises. Selon eux, les habiletés de pensée étaient pertinentes pour toutes les disciplines et permettaient un langage commun entre ces dernières. Elles favorisaient par ailleurs la prise en compte du rôle des autres et de leur expertise (Orchard et al., 2010).



#### *8.4.4.4 Travail d'équipe*

Le travail d'équipe est l'un des domaines de compétences où les impacts ont été nommés le plus abondamment. Le processus de discussion a gagné en efficacité selon les facilitateurs et les décisions semblaient réellement prises en équipe, suite à un consensus authentique. Les étudiants ont également, à quelques reprises, utilisé les habiletés de pensée pour réfléchir à leur propre fonctionnement en vue de l'améliorer.

#### *8.4.4.5 Leadership collaboratif*

Le domaine du leadership collaboratif n'est pas toujours bien compris par les étudiants, selon les facilitateurs. Le recours aux habiletés de pensée a cependant permis à ces derniers d'instaurer une dynamique permettant à chacun d'agir selon son expertise, en fonction des exigences du contexte :

[...] surtout de se décroiser de « Je parle en fonction de mon rôle », tu sais cette idée-là du leadership collaboratif, de « Je parle en fonction de mon rôle, mais au moment opportun en allant saisir ce que l'autre titre professionnel dit », j'ai comme l'impression que ça a aidé à un peu décroiser l'échange, puis amené à être plus en complémentarité, en collaboration.

Bien qu'il ne s'agisse pas de leadership collaboratif en son sens premier, les facilitateurs ont également constaté que l'animation de la discussion était partagée de façon plus démocratique entre les participants au sein des équipes qui utilisaient une variété d'habiletés de pensée.

#### *8.4.4.6 Résolution de conflits interprofessionnels*

Lors de FIP, les étudiants peuvent avoir tendance à interpréter les différences d'opinions et les incompréhensions comme des conflits (Vandergoot et al., 2018). Ils peuvent alors avoir tendance à se taire ou, au contraire, à confronter leurs idées. Les facilitateurs observent cependant que les étudiants ont plutôt utilisé le questionnement ou la reformulation pour s'assurer de bien se comprendre. Comme il était attendu explicitement que les étudiants explorent des « alternatives » ou « l'envers d'une position »; il était peut-être moins confrontant de le faire dans ces circonstances. Lorsque les facilitateurs ont eu à intervenir en raison de mésententes au sein d'une équipe, ils ont perçu qu'il était plus facile de dénouer la discussion, notamment en se référant aux connaissances communes sur le raisonnement :

Puis là, ce qui a été intéressant, c'est que quand je l'ai repris avec cette équipe-là, bien là, j'ai utilisé le principe de raisonnement. J'ai dit « Écoutez, voici le raisonnement des cliniciens qui ont formulé ce problème-là ». Puis là, je l'ai détricoté avec elle, la personne qui a posé la question, puis elle a fait « Ok là, je viens de comprendre! ». Là ça l'a aidée à comprendre pourquoi c'était ça! Puis là, ça a fait du sens pour elle.

Tous les domaines de compétences semblent donc avoir été abordés par les facilitateurs, sans que cette thématique ne soit par ailleurs prévue dans le plan d'entrevue.

Il est à noter que la discussion quant aux résultats ci-haut se retrouve au chapitre 9, dans la discussion générale de la thèse.

## **8.5 Précisions méthodologiques : analyse de discussions post-implantation**

Cette section porte sur l'analyse de discussions interprofessionnelles tenues entre les étudiants dans le cadre de l'évaluation clinique objective structurée (ÉCOS) en équipe du cours FIS-4102, en post-implantation. Lors de cette évaluation finale, les étudiants ont donc eu à résoudre un cas clinique en effectuant un processus de RCC en étapes, menant à l'identification d'un problème prioritaire et de deux objectifs communs pour le patient. Les discussions ont été enregistrées puis analysées afin d'identifier les habiletés de pensée mobilisées par les étudiants. La collecte de données et l'analyse des discussions ont été effectuées selon la même méthode que celle présentée au chapitre 6. Le même livre de codes a été utilisé. Les analyses effectuées visaient à vérifier si un changement était survenu dans l'utilisation des habiletés de pensée (nature des habiletés, fréquence, etc.) chez les étudiants suite à l'implantation de l'approche et si les enjeux identifiés lors des analyses pré-implantation (voir chapitre 6) étaient toujours présents (objectif 5). Le questionnaire démographique utilisé est disponible en annexe (Annexe D).

## **8.6 Rappel des résultats pré-implantation**

Un total de 20 habiletés différentes ont été observées chez les étudiants lors de l'une ou l'autre des étapes du RCC. La fréquence moyenne de chacune des habiletés utilisées est

rappelée dans le tableau 18 afin d'être comparée aux résultats post-implantation de l'approche. Lors de la première phase d'analyse, certains défis et enjeux reliés au processus de délibération et de prise de décision partagée avaient été identifiés. Plusieurs étudiants avaient effectivement tendance à maintenir un discours parallèle, malgré la visée collaborative de l'activité. Ils exploraient peu les perspectives des autres et recherchaient peu d'alternatives aux premières propositions partagées. De plus, les étudiants partageaient peu le rationnel sur lequel ils s'appuyaient et ne questionnaient généralement pas leurs collègues sur leurs justifications. Ils arrivaient néanmoins à identifier des consensus, mais ces derniers étaient souvent adoptés sans examen ou évaluation des différentes propositions et sans exploration du rationnel les sous-tendant.

## **8.7 Résultats**

Dix équipes composées de huit étudiants ont été filmées, pour un total de 200 minutes d'enregistrement. Il est à noter qu'il n'a pas été possible de faire la mesure en pré et post-implantation auprès des mêmes groupes d'étudiants. Ainsi, les mesures post-implantation ont été réalisées lors de la session de cours suivante. Il n'y a cependant pas de raison spécifique nous permettant de croire que le profil des étudiants de la session d'hiver 2019 (pré) et de la session d'été 2019 (post) diffère significativement. Le tableau 17 présente le profil des participants inclus dans l'étude post-implantation.

Un total de 21 habiletés différentes a été observé en post-implantation dans les groupes lors de l'une ou l'autre des étapes du RCC. La description des différentes étapes du processus demandé aux étudiants se retrouve aux chapitres 5 et 6 et les habiletés attendues pour chacune des étapes sont décrites au chapitre 5. Ces informations ne seront donc pas répétées ici. Il est à noter que les étapes de « clarification des rôles » et « d'identification des interventions » du processus présenté aux chapitres 5 et 6 ne sont pas demandées lors de l'ÉCOS final. Elles ne seront donc pas abordées ici.

Le tableau 18 présente la fréquence moyenne d'utilisation des habiletés de pensée par équipe en fonction des étapes en pré/post implantation. Les habiletés habituellement attendues pour chacune des étapes sont également identifiées dans le tableau par des zones ombragées. On remarque une augmentation de la fréquence d'utilisation de la quasi-totalité des habiletés de pensée en post-implantation (18 habiletés / 21) variant de +0,20 à +7,36. Les sections suivantes présentent de manière plus détaillée les habiletés mobilisées

selon chacune des étapes de RCC. Le tableau 19 présente des exemples de verbatim pour chacune des habiletés de pensée.

**Tableau 17: Données démographiques des participants par équipe (post-implantation)**

Données participants	Équipes										Total
	1 (n)	2 (n)	3 (n)	4 (n)	5 (n)	6 (n)	7 (n)	8 (n)	9 (n)	10 (n)	
<b>Âge</b>											
17-20	-	2	1	1	3	1	1	3	1	3	16
21-25	5	6	7	6	5	6	6	2	4	5	52
26-30	3	-	-	-	-	1	1	3	1	-	9
31-35	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
36-40	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2
<b>Genre</b>											
Féminin	6	7	8	8	7	7	6	6	4	8	67
Masculin	2	1	-	-	1	1	2	2	3	-	12
Ne s'identifie pas	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
<b>Programme</b>											
Médecine	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
Sciences infirmières	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	39
Pharmacie	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
Kinésiologie	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2
Nutrition	1	1	1	1	1	1	1	1	-	-	8
Service social	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	11
<b>Total de participants</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>80</b>

### 8.7.1 Clarification du but commun

Six habiletés différentes ont été mobilisées par les équipes lors de cette étape. « L'identification de raisons », qui est attendue pour cette étape, a été mobilisée par huit des 10 équipes. Toutes les équipes ont également « nommé » brièvement la situation pour laquelle elles se rencontraient. Quelques habiletés supplémentaires (i.e. « questionner », « reformuler », « construire son idée à partir de celles des autres », « donner des exemples », « identifier des implications ») ont été utilisées également par quelques

équipes, mais à une seule occurrence au total (voir tableau 18). En post-implantation comme en pré-implantation, les habiletés utilisées lors de cette étape semblent pertinentes et suffisantes, d'autant plus que le but commun de la rencontre est normalement déjà connu par les étudiants lorsque la discussion débute.

### **8.7.2 Partage des données cliniques**

Un total de 18 habiletés a été mobilisé lors de cette étape (voir tableau 18). Le contenu disciplinaire est d'abord partagé en « nommant » les différentes informations et en donnant des « exemples », tel qu'observé en pré-implantation. Les explications transmises sont par la suite organisées par l'utilisation d'une diversité d'habiletés. D'abord, les étudiants utilisent le « raisonnement causal », l'identification de « raisons » ou de « conséquences » pour expliciter leur raisonnement clinique, ce qui favorise la compréhension de leurs coéquipiers. Ce raisonnement est parfois partagé sous forme « d'hypothèse » lorsque les causes ou les effets ne sont pas certains, mais présumés. Les étudiants partagent donc plus le raisonnement clinique sous-jacent aux données transmises en post-implantation qu'ils ne le faisaient avant l'implantation. Même si cela ne leur est pas demandé explicitement dans l'exercice, plusieurs étudiants « définissent » leur rôle. Les autres définitions (n=10) portent plutôt sur des termes spécifiques aux différentes disciplines, ce qui se compare à ce qui était observé en pré-implantation. Les étudiants évaluent à plusieurs reprises la gravité de certaines difficultés ou symptômes présents chez la personne, de même que l'importance d'agir éventuellement à leur sujet, en se basant sur des « exemples », « un raisonnement causal » ou sur des « critères ». Il s'agit d'un aspect qui diffère de ce qui était observé en pré-implantation : les étudiants se réfèrent trois fois plus à des critères et évaluent près de deux fois plus. La nature des évaluations effectuées est également différente : en pré-implantation, les étudiants partageaient des termes appréciatifs tels que « important » ou « grave » sans justifier leurs propos, alors qu'en post-implantation, ils justifient maintenant leur évaluation sur la base de « critères » ou de « raisonnements causaux ». « L'envers d'une position » est exploré dans toutes les équipes et permet aux étudiants de nuancer leurs propos ou ceux des autres. Cette habileté est utilisée plus de deux fois plus en post-intervention.

**Tableau 18: Fréquence moyenne des habiletés de pensée en pré/post intervention selon l'étape du processus**

Habiletés de pensée	Étapes du processus										Total		
	Clarifier le but commun		Partager les données cliniques		Effectuer une synthèse de la situation		Déterminer le ou les problèmes prioritaires		Formuler le ou les objectifs communs				
Fréquence	Pré	Post	Pré	Post	Pré	Post	Pré	Post	Pré	Post	Pré	Post	Variation
Nommer	0,00	1,20	14,22	14,00	0,89	2,20	0,44	1,70	1,89	3,30	18,44	22,40	<b>+3,96</b>
Raisonnement causal	0,67	0,00	6,22	10,90	0,11	1,10	0,56	1,70	0,44	1,20	8,00	14,90	<b>+6,90</b>
Formuler des hypothèses	0,11	0,00	7,33	5,20	0,00	0,30	0,89	3,40	3,22	5,20	11,56	14,10	<b>+2,54</b>
Construire son idée à partir des autres	0,00	0,10	0,33	3,20	0,00	0,30	1,78	3,00	3,22	6,20	5,44	12,80	<b>+7,36</b>
Établir des critères	0,00	0,10	0,33	1,00	0,00	0,20	1,11	3,70	4,33	6,20	5,78	11,20	<b>+5,42</b>
Donner des exemples	0,00	0,10	5,11	7,30	0,67	1,20	0,67	0,70	0,67	1,20	6,44	10,50	<b>+4,06</b>
Reformuler	0,00	0,10	0,44	0,40	0,00	0,00	2,44	3,00	8,56	6,50	11,44	10,00	<b>-1,44</b>
Questionner	0,00	0,10	0,22	1,30	0,11	0,00	0,78	2,40	3,00	5,10	4,11	8,90	<b>+4,79</b>
Identifier des raisons	1,89	1,60	2,33	2,90	0,11	0,20	0,56	1,40	0,89	2,60	5,78	8,70	<b>+2,92</b>
Envers d'une position	0,00	0,00	2,22	5,20	0,00	0,60	0,67	0,80	1,11	1,80	4,00	8,40	<b>+4,40</b>
Dégager des implications	0,00	0,10	6,11	6,80	0,33	0,70	0,00	0,30	0,22	0,40	6,67	8,30	<b>+1,63</b>
Relations de moyen-fin	0,11	0,00	0,89	3,20	0,00	0,00	1,00	0,60	3,78	2,90	5,78	6,70	<b>+0,92</b>

Habiletés de pensée	Étapes du processus										Total		
	Clarifier le but commun		Partager les données cliniques		Effectuer une synthèse de la situation		Déterminer le ou les problèmes prioritaires		Formuler le ou les objectifs communs				
Évaluer	0,00	0,00	1,67	3,00	0,11	0,20	0,11	1,20	1,33	1,90	3,22	6,30	<b>+3,08</b>
Définir	0,11	0,00	1,56	2,20	0,00	0,20	0,33	0,20	0,33	1,10	2,33	3,70	<b>+1,37</b>
Envisager des alternatives	0,00	0,00	0,11	0,00	0,00	0,00	0,11	1,10	1,22	1,50	1,44	2,60	<b>+1,16</b>
Synthétiser	0,00	0,00	0,22	0,40	0,56	0,80	0,00	0,20	0,44	0,70	1,22	2,10	<b>+0,88</b>
Comparer/ distinguer	0,00	0,00	0,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,30	0,33	1,00	0,44	1,30	<b>+0,86</b>
Prioriser	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,56	0,80	0,44	0,40	1,00	1,20	<b>+0,20</b>
Identifier des conséquences	0,00	0,00	1,00	0,50	0,11	0,00	0,11	0,00	0,00	0,00	1,22	0,50	<b>-0,72</b>
Donner des contre-exemples	0,00	0,00	0,00	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,11	0,00	0,11	0,10	<b>-0,01</b>

**Légende :**

	Habilité considérée pertinente pour l'étape		Habilité non attendue pour l'étape
--	---	--	------------------------------------

Bien que le partage des données s'effectue principalement en discutant à tour de rôle, les étudiants effectuent des liens avec les interventions de leurs coéquipiers en « construisant leur idée à partir de celles des autres » et en se posant des « questions » à quelques reprises, notamment afin de vérifier leur compréhension ou de solliciter l'avis des autres. Il s'agit d'une augmentation notable comparativement à ce qui était observé en pré-implantation, où les interventions étaient majoritairement effectuées de façon séquentielle, sans réelle interaction entre les étudiants. Ainsi, on observe des augmentations respectives de près de dix et de six fois plus entre le pré et le post-implantation pour ces habiletés.

Les étudiants discutent à plusieurs reprises des « implications » de leurs propos, mais ne partagent aucune explication sous-jacente. Ils mentionnent par exemple qu'il « faudrait intervenir » ou qu'il « faudrait faire attention », mais ne précisent pas ce qui devrait être fait ni pour quelle raison. Les interventions effectuées en ce sens ne sont à aucune occasion reprises par les autres membres des équipes, ni questionnées ou discutées. Cette observation est comparable à ce qui était présent en pré-intervention. Ces types d'interventions ne sont par ailleurs généralement pas souhaités à cette étape du processus. Dans le cadre du cours, les étudiants reçoivent une consigne formelle à cet effet, leur précisant d'éviter de discuter des interventions ou pistes de solution avant d'avoir établi les objectifs communs, de façon à favoriser l'établissement d'une vision commune de la situation et la détermination d'un problème prioritaire au préalable, ce qui assure une plus grande rigueur et cohérence à la discussion. Les étudiants identifient des « relations de moyens-fins » 3,5 fois plus qu'en pré-implantation, majoritairement afin d'identifier des professionnels supplémentaires à solliciter dans l'équipe. Il s'agit cette fois-ci d'une consigne qui leur est donnée dans le cours et qui vise à les aider à reconnaître les limites de leur propre champ d'expertise et l'apport potentiel des autres disciplines (Orchard et al., 2010). Les étudiants ont donc plus tendance à se référer à d'autres disciplines et à le justifier en spécifiant le but visé en post-implantation.

Les différentes habiletés utilisées lors de cette étape semblent avoir permis à toutes les équipes de construire une vision commune de la situation reposant sur le partage succinct et organisé des données et sur l'exploration des différents points de vue. Les étudiants ont utilisé plus de « raisonnements causaux », plus « d'exemples » et de « définitions » qu'avant l'introduction de l'approche (voir tableau 18). Ils ont également questionné leurs collègues et examiné l'envers d'une position plus fréquemment. Ces différentes habiletés ont possiblement contribué au partage d'une vision commune.



### **8.7.3 Synthèse de la situation**

La synthèse de la situation a été effectuée par 70% des équipes en post-implantation (7 équipes sur 10), comparativement à 56% en pré-intervention (5 équipes sur 9). Trois équipes ne l'ont donc pas réalisée en post-intervention, même si cette étape est demandée explicitement aux étudiants. Au total, 12 habiletés de pensée différentes ont été utilisées (voir tableau 18), comparativement à 9 en pré-implantation. Les synthèses effectuées font généralement appel à trois habiletés principales : « nommer », « donner des exemples » et utiliser un « raisonnement causal ». Les deux premières sont les mêmes habiletés principales qu'en pré-intervention, où on retrouve cependant l'identification « d'implications » en troisième position. D'autres habiletés sont utilisées de façon moins fréquente : « examiner l'envers d'une position », « construire son idée à partir de celle des autres », « formuler des hypothèses », « définir », « évaluer », « identifier des critères » et « identifier des raisons ». On observe une grande variabilité entre les équipes dans l'utilisation des habiletés de pensée, le nombre de ces dernières allant de 3 à 24 selon le cas. Cette variabilité était également présente en pré-intervention. Certaines synthèses permettent donc de partager les données en organisant les informations et en effectuant des liens entre ces dernières, alors que d'autres demeurent brèves et sont limitées au rappel de certaines informations factuelles, sans analyse supplémentaire. Or, une synthèse très brève risque d'être incomplète et de refléter une vision partielle de la situation. Au contraire, une synthèse plus élaborée, organisée grâce à différentes habiletés de pensée, favorise le partage des éléments bio-psycho-sociaux prioritaires à considérer, de même que les liens causaux ou hypothétiques les unissant, ce qui peut éventuellement contribuer à la construction d'une compréhension commune de la situation. On constate au total une augmentation du nombre et de la diversité des habiletés utilisées lors de cette étape comparativement à la première mesure (voir tableau 18). De plus, en proportion, plus d'équipes ont effectué cette étape.

### **8.7.4 Détermination du problème prioritaire**

Lors de cette étape, 19 habiletés de pensée différentes ont été mobilisées (voir tableau 18), comparativement à 16 en pré-implantation. Les cinq habiletés les plus utilisées le sont par toutes les équipes. Les étudiants identifient et partagent d'abord des « critères » afin d'orienter leurs délibérations. Ils explicitent leurs « hypothèses » quant aux choix à faire et « questionnent » leurs coéquipiers afin de vérifier leur compréhension. La discussion est interactive et les étudiants « construisent leurs idées à partir de celles des autres » ou les

« reformulent ». Ainsi, la plupart des propos avancés sont repris par l'équipe pour être questionnés, enrichis ou nuancés. Les cinq habiletés principales en pré-implantation sont « reformuler », « construire son idée à partir de celle des autres », « identifier des critères », identifier des « relations de moyens-fins » et « formuler des hypothèses ». Ces habiletés n'ont cependant pas été utilisées par toutes les équipes et à une fréquence plus faible qu'en post-implantation (voir tableau 18). Les étudiants avaient moins tendance à se remettre en question et à partager le rationnel et les hypothèses soutenant leurs propositions. En post-implantation, 8 des équipes sur 10 sollicitent ou explorent des propositions « alternatives » et cinq examinent « l'envers d'une position », ce qui permet alors de s'assurer d'envisager différents points de vue et possibilités. On observait une tendance semblable en ce qui concernait « l'envers d'une position » en pré-implantation, mais les équipes sollicitaient dix fois moins la recherche « d'alternatives ». On observait effectivement en pré-implantation que la première idée proposée était souvent adoptée sans examen supplémentaire ou recherche d'autres perspectives à explorer. En post-implantation, les propositions avancées sont « évaluées » et éventuellement « priorisées » sur la base d'une justification explicite, où les « raisonnements causaux », les « raisons », les « hypothèses » et les « critères » sont partagés à l'équipe. Les relations de « moyens-fins » concourent également à la prise de décision en permettant d'explorer les impacts envisagés du choix d'un problème. De nouveau, les observations sont différentes en pré-implantation. Les « relations de moyens-fins » étaient partagées 1,5 fois plus en pré-implantation qu'en post. Les étudiants identifiaient par contre 2,5 fois moins de « raisons » et exprimaient leur « priorisation » 1,5 fois moins. En ce qui concernait les « critères » et les « raisonnements causaux », ils étaient partagés 3 fois moins qu'en post implantation et les « hypothèses », 4 fois moins. Les étudiants basaient donc 10 fois moins leur choix de problème prioritaire sur une « évaluation » explicite en pré-implantation qu'en post.

En post-implantation, les étudiants « définissent » ou « comparent » et « distinguent » certaines notions à quelques reprises, s'assurant ainsi d'une même compréhension de ces dernières. On ne retrouvait pas de « comparaison » ou de « distinction » en pré, mais les étudiants définissaient de façon comparable. Les étudiants « nomment » près de 4 fois plus en post, mais partagent des exemples selon une fréquence similaire.

En post-implantation, les étudiants ont combiné une diversité d'habiletés afin de déterminer le problème prioritaire. Sur les dix équipes, une seule n'a pas exploré différentes options. Lors de l'analyse effectuée en pré-implantation (voir chapitre 6), aucune des équipes

n'envisageait différentes perspectives et la première idée proposée était systématiquement adoptée. On observe également très peu de discours qui paraissent « parallèles », contrairement à ce qui était présent en pré-implantation. Sur les dix échanges tenus concernant la détermination du problème prioritaire, on constate une seule occurrence où les propos partagés par un étudiant n'ont pas été repris ou considérés par les coéquipiers, ce qui diffère de ce qui était observé en pré-implantation. Ainsi, les étudiants ont rencontré plusieurs des meilleures pratiques attendues à cette étape en post-implantation, notamment concernant l'exploration de différentes perspectives et le partage du rationnel soutenant les propositions de chacun. Le choix du problème prioritaire s'est donc basé sur un examen des possibilités, ce qui renforce la validité du consensus final (Trede et Higgs, 2011).

### **8.7.5 Formulation des objectifs communs**

Les étudiants ont utilisé un total de 19 habiletés de pensée différentes pour formuler des objectifs communs en pré et en post-implantation (voir tableau 18). Les étudiants « nomment » et « donnent des exemples » pour illustrer les objectifs qu'ils partagent près de deux fois plus en post-implantation. Les propos étaient repris par les collègues en les « reformulant » près de 1,5 fois plus en pré-implantation, mais on observe près de 2 fois plus de « construction à partir des idées des autres » en post-implantation, ce qui signifie que les étudiants ont plus tendance à enrichir, nuancer ou même contredire les propos de leurs collègues. Les étudiants approfondissent davantage leur compréhension des propos des autres en les « questionnant », en « définissant » certains termes et en « comparant » ou en « distinguant » les différentes propositions effectuées en post-implantation (voir tableau 18). Alors que les définitions étaient orientées vers des termes spécialisés en pré-implantation (ex : aphasie, hémiparésie, etc.), elles portent généralement sur des concepts équivoques selon les disciplines en post-implantation et visent leur opérationnalisation : autonomie, sécurité, bien-être, etc. La définition de ces concepts a un impact important sur la compréhension commune et l'identification des objectifs visés. Les étudiants explorent différentes possibilités et points de vue en examinant « l'envers des positions » et en recherchant des « alternatives ». Cet aspect est relativement semblable en pré et post-intervention (voir tableau 18). Les propositions apportées en post-intervention sont généralement soutenues par une justification explicite, soit sous la forme « d'hypothèses » lorsque les impacts ne sont pas certains ou par le biais de « raisonnements causaux », des « raisons » ou des « relations de moyens-fins » lorsque les impacts sont présentés de façon

plus déductive ou assurée. Les étudiants utilisent les « raisonnements causaux » et les « raisons » près de trois fois plus en post-intervention et identifient des « relations de moyens-fins » près de 1,5 fois plus. On observe la même augmentation entre le pré et le post pour les habiletés d'établir des « critères », « d'évaluer » et de « synthétiser ». Les étudiants évaluent donc la validité des propositions selon les « critères » priorisés par l'équipe. La « priorisation » est effectuée selon une fréquence semblable entre le pré et le post, mais les choix sont plus souvent appuyés sur des « raisonnements causaux », des « raisons », des « critères », des « hypothèses » ou sur l'exploration des « fins » visées par les « moyens » en post-implantation. Plus d'équipes effectuent par ailleurs des « synthèses » afin de récapituler les critères sur lesquels ils souhaitent s'appuyer pour formuler les objectifs ou de vérifier l'accord de chacun en regard des choix effectués.

En post-implantation, les étudiants utilisent une variété d'habiletés pour arriver à formuler leurs objectifs communs. Ils partagent d'abord leur rationnel à leurs collègues afin d'expliquer les propositions qu'ils apportent. Ils interagissent et co-construisent leur raisonnement en fonction de ce qui est suggéré par les autres. Cette façon de discuter correspond aux meilleures pratiques attendues, notamment concernant le partage du raisonnement et des justifications sous-jacentes et l'exploration de différentes perspectives (Careau et al., 2014; DeKeyser Ganz et al., 2016; Perversi et al., 2018). Le nombre d'habiletés de pensée utilisées lors de cette étape est globalement supérieur à celui observé avant l'implantation de l'approche (voir tableau 18) et ce, pour la majorité de ces dernières. Ainsi, le nombre, la variété et la combinaison des différentes habiletés semblent corrélés avec certaines des meilleures pratiques attendues lors de cette étape du processus (Careau et al., 2014; DeKeyser Ganz et al., 2016; Perversi et al., 2018).

Le tableau 19 présente des exemples de verbatim de différentes habiletés de pensée en fonction des étapes du processus demandé aux étudiants.

**Tableau 19: Verbatim des habiletés de pensée en fonction des étapes**

Étapes	Verbatim
<b>Clarification du but commun</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Donc c'est une femme de 57 ans. (<i>Nommer</i>)</li> <li>- Donc en fait on se rencontre aujourd'hui dans le cadre d'un programme de soutien à domicile pour venir en aide à Mme Dufour. (<i>Raison</i>)</li> </ul>
<b>Partage des données cliniques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Donc on voit vraiment que le côté droit de son corps a été vraiment touché par son AVC, ce qui a eu des impacts sur ses activités de la vie quotidienne par après. (<i>Raisonnement causal</i>)</li> <li>- Elle a plusieurs antécédents, que ce soit l'obésité, l'hypertension artérielle, le diabète, maladie pulmonaire, dyslipidémie et elle a eu une néoplasie intestinale il y a quatre ans. (<i>Exemples</i>)</li> <li>- Puis on a aussi observé une perte de poids qui pourrait être justement due à une alimentation qui n'est peut-être pas optimale considérant son état. (<i>Hypothèse</i>)</li> <li>- De ce fait, elle a demandé à son conjoint de mentionner qu'elle a fait une petite pneumonie. Donc ses enfants ne sont pas nécessairement au courant de sa condition actuelle (<i>Conséquences</i>).</li> <li>- On a parlé pour sa salle de bain qui n'est pas adaptée, mais j'ai ici qu'elle avait installé une douche téléphone pour l'aider un peu à se laver, puis un shampoing au mur. (<i>Contre-exemple</i>)</li> </ul>
<b>Synthèse de la situation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mme en fait est fortement affectée par son AVC d'il y a deux mois ainsi que de sa condition de MPOC* (<i>Nommer</i>) ce qui la limite dans ses capacités à réaliser ses activités de la vie quotidienne (<i>Raisonnement causal</i>). Il y a heureusement son mari qui lui vient en aide, mais elle n'a pas vraiment d'autres personnes de sa famille qui sont là pour elle (<i>Envers d'une position</i>). Puis en fait... elle n'a peut-être pas nécessairement conscience de la réalité de sa condition physique (<i>Hypothèse</i>), entre autres on le voit par le fait qu'elle continue à fumer malgré sa maladie et à son alimentation (<i>Exemples</i>).</li> </ul> <p>*Maladie pulmonaire obstructive chronique</p>
<b>Détermination du ou des problèmes prioritaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si on se fie vraiment à ses besoins à elle et ses attentes, elle nous avait parlé de son autonomie, qu'elle trouvait que c'était déficient puis qu'elle voulait reprendre son autonomie. Donc je pense qu'on pourrait peut-être, si vous êtes d'accord, s'enligner un peu là-dessus là. (<i>Établir des critères, Prioriser</i>)</li> <li>- C'est vraiment le côté psychologique qui est très important dans cette situation-là, parce que c'est sûr qu'il y a des pertes d'autonomie au niveau fonctionnel, cognitif. Mais si du côté psychologique ça ne va pas bien, bien c'est sûr qu'elle va avoir</li> </ul>

	<p>de la difficulté à retrouver cette autonomie-là puis refaire ses AVD/AVQ* (<i>Évaluer, Raisonnement causal</i>).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- (suite du précédent) Puis juste, tu sais, elle va avoir tendance à se lever de son lit. Donc là, le fait qu'elle soit allongée toute la journée, c'est sûr que c'est moins... Donc si on lui donne un petit peu de positif, ça va peut-être être plus facile après de travailler sur son autonomie (<i>Construire son idée à partir de celles des autres, Hypothèse</i>)</li> <li>- Étudiant 1 : Donc on pourrait y aller de quoi de fonctionnel un petit peu pour son autonomie fonctionnelle et sa santé mentale dans le fond...</li> <li>- Étudiant 2 : Ouais, renforcer sa santé mentale positive pour être capable de... (<i>Reformuler</i>)</li> </ul> <p>*Activités de la vie domestique / activités de la vie quotidienne</p>
<p><b>Formulation du ou des objectifs communs</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- On pourrait y aller pour un objectif d'adaptation de l'environnement pour favoriser la sécurité. (<i>Relation de moyen-fin</i>)</li> <li>- Étudiant 1 : Qu'est-ce que tu veux dire par renforcer son réseau social? Veux-tu l'expliquer un peu plus? (<i>Questionner</i>)</li> <li>- Étudiant 2 : Bien justement, à reprendre contact avec ses enfants, puis en même temps diminuer la charge de son conjoint qu'il a sur ses épaules. (<i>Définir</i>)</li> <li>- Son conjoint lui donne beaucoup de mal pour l'aider, mais il faudrait peut-être essayer de lui venir en aide à lui aussi. (<i>Implication</i>)</li> <li>- Donc si on va au prochain objectif commun, ça serait peut-être bien d'aborder le côté social. Je pense que c'est quelque chose qui est difficile pour elle. (<i>Raison</i>)</li> <li>- Moi en fait, je pense, il faudrait juste peut-être pas oublier dans cet objectif-là que oui dans les habitudes de vie on a au niveau de l'alimentation, du tabac puis de l'alcool. Mais il y a aussi au niveau de l'activité physique qu'elle pratique pas [...] c'est quelque chose qui demeure important. (<i>Construire son idée à partir de celles des autres, envisager une alternative, évaluer</i>)</li> </ul>

## **Chapitre 9. Discussion générale**

Ce chapitre vise à compléter les discussions présentées aux chapitres 3 à 6, à la fin de chacun des articles. Il débute par un retour sur les résultats, puis est suivi par une discussion des forces et des limites de la thèse. Les retombées théoriques, pratiques et méthodologiques du projet sont ensuite abordées puis les perspectives futures de recherche sont explorées. Ce chapitre est suivi par une brève conclusion.

### **9.1 Retour sur les résultats de la thèse**

Cette thèse avait pour objectif général de développer une approche de pratique réflexive adaptée à la FIP et fondée théoriquement afin d'outiller les facilitateurs dans leur rôle et de soutenir la collaboration et les discussions interprofessionnelles entre les participants. Cinq objectifs spécifiques découlaient de cet objectif général. Le premier objectif, qui consistait à « examiner la pertinence au plan théorique et pratique de la pratique réflexive dans un contexte de FIP », a été principalement répondu par le relevé de littérature portant sur la FIP, la pratique réflexive et la pensée critique (chapitre 1) et par la recension réaliste des écrits (chapitre 3). Le chapitre 5, qui analyse théoriquement les habiletés de pensée pertinentes pour le RCC, a également abordé cet objectif. Le deuxième objectif, qui consistait à « identifier les principes et caractéristiques à mettre en place pour développer une approche de pratique réflexive fondée théoriquement et adaptée à la FIP » a principalement été répondu par les quatre articles, soit les chapitres 3 à 6. Les objectifs trois et quatre, qui consistaient à « élaborer une approche de pratique réflexive adaptée à la FIP fondée sur les principes et caractéristiques identifiés » et à « implanter l'approche de pratique réflexive développée en contexte de FIP auprès des facilitateurs et des participants » ont été traités pour leur part dans le chapitre 7, portant sur le développement de l'approche. Le cinquième objectif, qui consistait à « évaluer les retombées de l'implantation de l'approche développée auprès des facilitateurs et des participants », a été traité dans le chapitre 8.

Rappelons que la méthodologie générale du projet (devis de recherche action collaborative combiné à une approche de design pédagogique de type ADDIE) a été choisie en fonction de la complexité des thématiques à l'étude, afin de permettre le développement d'une approche pédagogique concrète et pouvant être opérationnalisée. Ainsi, la méthodologie

choisie a permis un arrimage étroit entre la théorie et la pratique. De plus, elle a permis une analyse précise des besoins et des contraintes des acteurs et du contexte d'implantation. La succession des phases et des cycles d'analyse, de design et de développement ont mené à l'implantation et à l'évaluation d'une approche de pratique réflexive adaptée au contexte d'enseignement de la formation interprofessionnelle à l'Université Laval, plus particulièrement, au deuxième cours du continuum obligatoire dans plus de dix programmes en santé et services sociaux (continuum de cours « FIS » : *Collaboration interprofessionnelle centrée sur la personne*).

Le chapitre 1 a porté sur la définition de la FIP, ses défis et les conditions favorables à son implantation. Cette analyse a permis de prendre conscience de l'importance de différents facteurs à considérer lors de l'élaboration de l'approche de pratique réflexive en FIP, dont la formation des facilitateurs et l'importance du RCC. La présentation de la pratique réflexive visait à mieux cerner le concept et à envisager les limites de ce dernier en FIP. Le rôle central de la pensée critique dans sa mise en place a été présenté par la suite et le champ de la pensée critique a lui-même été exploré, permettant de considérer sa complexité et sa richesse. L'exploration des différentes conceptions de la pensée critique a enfin permis de cerner plus clairement les composantes à intégrer explicitement dans une éventuelle approche de pratique réflexive en FIP.

Le chapitre 3, présentant l'article « Using reflective practice in interprofessional education and practice: a realist review of its characteristics and effectiveness », a permis d'explorer les écrits en CIP et en FIP afin de constater l'état de la situation en la matière. Malgré un total de 2980 articles identifiés au départ, seulement six ont été conservés pour analyse finale, principalement en raison d'un manque de précision quant aux définitions et aux méthodes utilisées pour soutenir la pratique réflexive. Cette constatation s'insère en cohérence avec les écrits sur le sujet qui indiquent que les termes relatifs à la réflexion sont souvent utilisés de façon imprécise, sans réelle définition, et qu'on a relativement peu d'informations sur des méthodes concrètes de mettre en place la pratique réflexive en FIP (Clark, 2009; Zarezadeh et al., 2009). L'analyse des articles retenus dans la recension a tout de même permis d'émettre un ensemble de recommandations, qui ont pu guider la suite du processus. Parmi ces recommandations, on mentionnait de nouveau l'importance d'impliquer des facilitateurs formés, mais également de se baser explicitement sur des modèles ou des théories définis et d'avoir recours à des activités significatives pour les participants, incluant des exercices inspirés de la clinique.



Le chapitre 4, présentant l'article « Using thinking skills to support the work of interprofessional education facilitators: A theoretical proposal based on the analysis of facilitators' experience », comportait une portion empirique ainsi qu'une proposition théorique. Ce chapitre a d'abord permis de mieux documenter le contexte d'implantation de l'approche dans le cours FIS-4102, plus particulièrement sous l'angle de l'expérience des facilitateurs. Ainsi, l'analyse des difficultés perçues chez les étudiants et des défis rencontrés par les facilitateurs pour y répondre a contribué à l'identification de certaines thématiques pertinentes à considérer concernant une éventuelle approche de pratique réflexive : gérer l'incertitude, explorer les divergences d'opinions, organiser sa pensée, etc. La proposition théorique associée à cette analyse concerne le recours aux habiletés de pensée pour soutenir le travail des facilitateurs et, éventuellement, les apprentissages des étudiants. Cette proposition est inspirée par l'utilisation des habiletés de pensée en contexte de dialogue philosophique. Des rapprochements entre les deux contextes ont donc été effectués pour illustrer et soutenir cette proposition. Ainsi, le rôle potentiel des habiletés de pensée dans la pratique réflexive en FIP est introduit plus directement dans ce chapitre.

Le chapitre 5, présentant l'article « A theoretical inquiry of collaborative clinical reasoning: Thinking skills to help navigate through the complexity of collaborative clinical reasoning », consistait en une proposition théorique basée sur l'analyse des meilleures pratiques attendues en matière de RCC. Ce chapitre a permis d'étayer plus concrètement les bases de l'approche réflexive à développer, notamment en précisant les habiletés de pensée considérées pertinentes pour chacune des étapes d'une rencontre interdisciplinaire en équipe basée sur le RCC. L'identification des habiletés de pensée a permis de mieux comprendre les processus à l'œuvre (et nécessaires) dans le RCC afin de bonifier éventuellement son enseignement. L'identification des habiletés de pensée a également servi de base pour créer le livre de codes nécessaires à l'analyse des discussions interprofessionnelles entre les étudiants, présentée au chapitre suivant.

Le chapitre 6, présentant l'article « Analysis of thinking skills mobilized by Health sciences students: A window on the challenges of clinical reasoning in an interprofessional context », consistait en une analyse de discussions interprofessionnelles tenues par des étudiants dans le cadre du cours FIS-4102. Cet article a permis de comparer les réalisations des étudiants avec les meilleures pratiques attendues dans le cadre de discussions basées sur le RCC en analysant les habiletés de pensée sollicitées à chacune des étapes. L'analyse a mis en lumière le fait que les étudiants ne mettaient généralement pas en place un dialogue

leur permettant d'explorer et d'évaluer différentes perspectives. Leurs choix de problème prioritaires et d'objectifs communs étaient le plus souvent adoptés sans recherche d'alternatives et sans justifications. L'analyse a également permis de constater les impacts de l'utilisation des habiletés de pensée et de confirmer la pertinence de poursuivre le développement de l'approche de pratique réflexive dans cette voie. L'utilité potentielle des habiletés de raisonnement, liées notamment au rationnel et à la justification sous-jacente aux propositions effectuées lors de la discussion, a également été mise en lumière.

Le chapitre 7 présentait d'abord un rappel des fondements théoriques et empiriques de l'approche de pratique réflexive développée, issus des étapes précédentes du projet de recherche. Le contexte de l'approche a également été précisé, puis les composantes principales de l'approche ont été présentées. Les changements effectués ont à la fois visé les facilitateurs, par le biais d'une formation et de documents d'accompagnement, et les étudiants, par la préparation d'une diversité de ressources pédagogiques théoriques, formatives et évaluatives.

Le chapitre 8 portait sur les résultats de l'évaluation de l'implantation de l'approche de pratique réflexive en FIP dans le cours FIS-4102, tant chez les facilitateurs que chez les étudiants. Cette évaluation s'est appuyée sur trois méthodes, soit la complétion d'un questionnaire portant sur le SEP-CIP des facilitateurs en pré-post, l'analyse d'une discussion focalisée menée auprès d'un groupe de facilitateurs et l'analyse des discussions interprofessionnelles des étudiants lors de leur ÉCOS final. Ces méthodes ont permis de documenter des retombées à différents niveaux, dont une légère augmentation du sentiment d'efficacité personnel à l'égard du soutien de la CIP chez les facilitateurs après l'implantation de la nouvelle approche pédagogique, une compréhension plus fine des difficultés des étudiants et une diversification des interventions des facilitateurs en réponse à ces dernières ainsi qu'un enrichissement de la mobilisation des habiletés de pensée chez les étudiants lors des discussions interprofessionnelles menées à l'ÉCOS final.

## **9.2 Retombées théoriques de la thèse doctorale**

Cette thèse s'est appuyée sur trois objets d'intérêt principaux, soit la FIP, la pratique réflexive et la pensée critique. La question du RCC a de plus été abordée en cours de thèse. Tel que révélé par les écrits portant sur la réflexion en santé et services sociaux, plusieurs

termes différents sont utilisés pour référer à l'examen de la pratique dans une visée d'amélioration de cette dernière (Coty et al., 2015; Fragkos, 2016; Mann et al., 2009). On retrouve notamment l'expression plus générale de « réflexion », mais également les termes de pratique réflexive et de pensée critique. L'exploration des écrits portant sur ces concepts, notamment par le biais d'écrits fondateurs, a permis de mettre en lumière la très grande proximité ontologique entre ces deux derniers concepts. Certains auteurs soutiennent d'ailleurs que la pratique réflexive correspond finalement à la mobilisation de la pensée critique dans l'examen de la pratique professionnelle (par exemple (Huang et al., 2014), ce qui n'est cependant pas la position soutenue dans cette thèse<sup>12</sup>. Cependant, le lien intrinsèque entre les deux a été mis en lumière et explicité et il n'est pas concevable, selon ces considérations, d'envisager une pratique réflexive ne faisant pas intervenir la pensée critique.

Au départ, le projet s'est appuyé sur la prémisse, largement soutenue dans les écrits sur le sujet, qu'il était nécessaire de mieux définir la pratique réflexive (et la pensée critique) afin d'être en mesure d'élaborer une approche rigoureuse en ce sens. Plus encore, la nécessité d'identifier une définition unique et englobante permettant de mieux saisir le concept était alors implicite, voire assumée. La démarche de recherche, notamment par le biais de l'apport de Davies (2015), a cependant contribué à orienter progressivement la démarche dans un sens différent. D'abord, la pratique réflexive (et la pensée critique) semble être un concept équivoque et multiple, qu'il est difficile de rassembler sous une même définition. Plus encore, lorsqu'il est question d'actualiser cette dernière dans la pratique (ou en enseignement en ce qui nous concerne), les possibilités de contextes, de modalités ou d'activités sont décuplées. Ainsi, il apparaît périlleux de tenter d'identifier une représentation unique à un concept aussi polycéphale. Ainsi, ce projet s'est d'abord concentré sur une meilleure compréhension et sur une exploration large des différentes définitions et conceptions de la pratique réflexive et de la pensée critique. Cette compréhension demeure selon nous nécessaire afin de développer des initiatives étroitement liées à leurs fondements théoriques et qui conservent un haut degré de rigueur face à l'objet étudié. Par

---

<sup>12</sup> Différentes « pensées » semblent effectivement nécessaires à la pratique réflexive, dont la pensée vigilante, créative ou divergente. De plus, la métacognition et la pensée réflexive paraissent également importantes à considérer. De plus amples recherches seraient cependant nécessaires à ce sujet afin de mieux comprendre les liens potentiels existant entre ces dernières et l'apport potentiel de chacune à la pratique réflexive.

contre, à la lumière des dernières considérations, il ne s'agit alors pas de proposer une définition précise des objets étudiés afin de s'y appuyer, mais bien de cerner ce qui, à travers les différents attributs, principes et conditions énoncés, semble le mieux correspondre aux objectifs visés. Cette façon de considérer la pratique réflexive et la pensée critique ne devrait pas freiner ou décourager le développement d'initiatives en la matière, mais devrait plutôt être considéré comme une richesse à explorer et la promesse de possibilités immenses pour un développement de la pratique ajusté et cohérent avec les besoins du milieu. Cette considération est d'ailleurs cohérente avec certains principes en FIP qui stipulent l'importance de développer des initiatives fortement reliées aux besoins des organisations, de leur contexte, des ressources disponibles et des visées (Oandasan & Reeves, 2005a; Reeves et al., 2015).

Cette thèse a permis d'explorer le concept de RCC, qui est encore très peu exploré dans la littérature (Brock et al., 2013; Chatalalsingh & Reeves, 2014; DeKeyser Ganz et al., 2016). Si les écrits sur le raisonnement clinique se sont multipliés au cours des dernières années, on retrouve encore très peu d'informations sur les processus qui se mettent en place dans un contexte collaboratif. Or, le raisonnement clinique est central à la collaboration, alors qu'on tente d'identifier les meilleures orientations possibles pour répondre aux besoins d'une personne et de ses proches (Orchard et al., 2010). Sachant que la collaboration se met particulièrement en place face à des situations complexes où l'incertitude est une donnée inhérente (Kuipers et al., 2014), il apparaît encore plus important d'arriver à mettre en place un raisonnement rigoureux qui tienne compte de la diversité des perspectives. L'un des premiers apports de cette thèse à ce sujet a été de mettre en lumière que, derrière un processus habituellement décrit sous forme de séquences d'étapes ou de tâches à effectuer, se coordonnaient en fait un ensemble de mécanismes, ou opérations mentales. Ainsi, alors que seules les étapes sont normalement explicitées aux étudiants, on réalise qu'il existe en fait une complexité sous-jacente à ce qui leur est demandé qui elle, n'est habituellement pas explicitée. Cette réalisation n'est pas anodine, puisqu'elle peut potentiellement influencer les façons de considérer, puis d'enseigner le RCC (et potentiellement le raisonnement clinique unidisciplinaire) et, éventuellement, favoriser une prise de conscience de ce qui est réellement demandé et attendu des étudiants dans ces tâches.

Cette thèse a permis l'introduction du concept d'habiletés de pensée en FIP et, plus largement, dans le domaine de la formation en santé et de l'éducation médicale. Bien que

certaines écrits en santé et services sociaux abordent parfois la notion d'habiletés « réflexives » reliées à la pensée critique, les références demeurent généralement théoriques et peu explicitées (Papp et al., 2014; White et al., 2006). Ainsi, on ne retrouve pas, à notre connaissance, d'écrits portant sur des interventions pédagogiques reliées aux habiletés de pensée en éducation médicale, que ce soit dans le raisonnement clinique ou en FIP. Le présent projet a permis un apport à cet effet en explorant d'abord par une analyse de contenu les habiletés de pensée sous-tendant le RCC, puis en documentant les retombées de leur enseignement explicite en FIP. De façon plus précise, l'analyse du RCC a permis d'émettre une première proposition d'habiletés de pensée considérées comme étant pertinentes pour sa réalisation. Ces habiletés ont donc permis d'offrir une conceptualisation concrète des mécanismes sous-jacents au processus de RCC.

L'approche développée se distingue des modèles généralement associés à la pratique réflexive, qui consistent plutôt en une liste d'étapes ou en une série de questions : comment s'est passée l'expérience, quelles sont les difficultés/problèmes rencontrés, que serait-il possible de modifier, etc. Ainsi, plutôt que de proposer une structure rigide orientée autour d'étapes à accomplir ou de questions à répondre, l'approche développée consiste plutôt en l'infusion du raisonnement déductif et inductif et des habiletés de pensée dans le RCC, en tant qu'outils flexibles qui peuvent être mobilisés selon les besoins et les buts visés. Les habiletés proposées aux étudiants (et aux facilitateurs) ont été ciblées en raison de leur pertinence pour le processus, en lien avec les meilleures pratiques attendues en RCC. L'approche se distingue également d'approches plus « traditionnelles » de pratique réflexive en étant adaptée à la réflexion en cours d'action (*in action*). Les habiletés de pensée sont effectivement sollicitées pendant la discussion et permettent d'examiner le processus et de s'assurer de sa validité de façon continue. Cet examen est par ailleurs soutenu par le contexte collaboratif, qui favorise la considération de plusieurs points de vue et la remise en question. La pratique réflexive est habituellement présentée comme étant individuelle et non collaborative, ce qui amène le risque d'un repli vers soi et d'une recherche de confirmation de son propre point de vue, voire de ses biais. L'approche proposée soutient au contraire une pratique réflexive menée en équipe, visant explicitement l'exploration et la considération de différents points de vue, ce qui favorise potentiellement une distanciation de sa propre perspective. Ainsi, l'approche développée constitue une innovation dans le champ de la pratique réflexive par son caractère flexible et modulable en fonction du contexte dans lequel elle est implantée, par son utilisation en cours d'action et par sa nature collaborative.

### **9.3 Retombées de la thèse doctorale sur les pratiques pédagogiques et professionnelles**

Ce projet doctoral a en lui-même contribué à des retombées pratiques par le développement d'une formation adaptée aux facilitateurs, la préparation d'activités et la rédaction de documents pédagogiques implantés dans un cours de FIP à l'Université Laval, le cours FIS-4102. Les retombées concrètes à cet effet ont été présentées au chapitre 7.

Au-delà du contenu et du matériel développés, l'approche implantée a eu des répercussions sur les types d'interventions effectuées par les facilitateurs en FIP et semble également avoir contribué à soutenir leur sentiment d'efficacité personnelle. Enfin, l'approche a eu des impacts sur le déroulement et le contenu des discussions interprofessionnelles entre les étudiants.

Les propos recueillis lors de la discussion focalisée post-implantation suggèrent que l'approche développée a contribué à augmenter l'aisance des facilitateurs à accompagner les étudiants en FIP, ce qui a été corroboré par les résultats du questionnaire sur le SEP-CIP. Les données issues de ce questionnaire semblent démontrer en effet une légère hausse des scores moyens des répondants entre les deux temps de mesure, particulièrement dans les composantes « planification et accommodement » et « habiletés de pensée de haut niveau ». Il est possible que les hausses observées soient reliées à la formation des facilitateurs quant à l'utilisation des habiletés de pensée et des formes de raisonnement (déductif et inductif). Ces habiletés visent en effet à soutenir les facilitateurs dans leurs interventions auprès des étudiants, notamment pour favoriser l'apprentissage actif et la rigueur du raisonnement de ces derniers. Ces habiletés peuvent avoir un impact sur les habiletés de communication et la clarté des messages transmis par les facilitateurs. Les facilitateurs utilisent effectivement une plus grande variété d'interventions post-implantation, notamment en effectuant des liens avec les connaissances acquises par les étudiants sur le raisonnement et les habiletés de pensée. Ils ont ainsi l'impression de mieux se faire comprendre par les étudiants et de moins les confronter par leurs questions. Ils démontrent de même une compréhension plus fine des mécanismes sous-jacents aux discussions et sont en mesure d'expliquer ce qu'ils perçoivent et d'y donner un sens grâce à l'explicitation du raisonnement et aux habiletés de pensée. Par exemple, s'ils constatent une situation d'incompréhension au sein de l'équipe, ils sont en mesure de relever ce qui a pu mener à cette dernière et identifier des façons d'y remédier avec les étudiants.

Plusieurs changements ont également été observés chez les étudiants par les facilitateurs après l'implantation, des changements qui ont été confirmés par la suite par l'analyse des discussions menées lors de l'ÉCOS final. L'analyse des discussions avant l'implantation de l'approche avait mené à certaines constatations préoccupantes. Bien qu'ils arrivaient à des consensus à l'égard du problème prioritaire et des objectifs à poursuivre, les étudiants avaient tendance à discuter de façon parallèle, c'est-à-dire à tenir peu compte des propos des autres dans leurs propositions. De plus, la première idée suggérée était souvent celle adoptée, sans justification ni exploration d'autres voies possibles. Or, la FIP doit préparer les étudiants à considérer les différentes perspectives dans le but d'enrichir leur vision de la situation et d'arriver à des jugements concertés valides et valables en lien avec le contexte et les besoins de la personne (O'Grady et Jadad, 2010). Les étudiants ont cependant tendance à se questionner plus entre eux après l'implantation de l'approche. Ils cherchent à explorer différentes perspectives et alternatives et ils soutiennent leurs propos en les justifiant explicitement. Cette façon de discuter laisse aux facilitateurs une impression de plus grande profondeur et d'authenticité, alors qu'ils notaient auparavant une impression de discussion superficielle, voire de « pièce de théâtre ». Les étudiants utilisent en somme plus d'habiletés de pensée et arrivent à les mobiliser et à les orchestrer de façon à soutenir un RCC répondant aux meilleures pratiques (Blondon et al., 2017; Careau et al., 2014; Kiesewetter et al., 2017). Les discussions apparaissent par ailleurs plus fluides et les étudiants semblent se dégager de la structure associée à l'activité, tout en conservant une organisation. Les facilitateurs constatent effectivement une plus grande efficacité dans les discussions, qui se répercute parfois par une diminution du temps requis pour accomplir les activités. Cette constatation est d'autant plus soulignée de leur part alors qu'ils avaient exprimé des préoccupations à cet égard avant l'implantation, mentionnant que le fait de se questionner, d'explorer le rationnel des propositions et d'envisager des alternatives risquait de prolonger les échanges des étudiants, nuisant potentiellement à l'accomplissement des activités dans le temps requis. La question du temps nécessaire à la pratique réflexive est également soulevée dans les écrits qui mentionnent qu'il s'agit d'un obstacle à son implantation et à son utilisation (Griggs et al., 2018; Mamede et Schmidt, 2004; Mann et al., 2009). Dans un contexte de pression grandissante sur les systèmes de santé, l'identification de façons de discuter qui permettent une plus grande fluidité et efficacité tout en soutenant les meilleures pratiques en faveur du RCC apparaît particulièrement pertinente. Les retombées observées semblent indiquer que l'approche de pratique réflexive implantée constitue une voie intéressante à explorer en ce sens.

Bien que les résultats soient présentés de façon segmentée, en fonction de thématiques préidentifiées ou identifiées de façon inductive (voir section 8,4), on constate que les retombées perçues de l'utilisation des habiletés de pensée semblent se répercuter de façon globale, dans l'ensemble du processus et de ses composantes : la construction du raisonnement clinique collaboratif, la communication, la considération des propos de l'autre, la rigueur du raisonnement, etc. De plus, les étudiants, qui manifestaient auparavant un certain stress dans la recherche de LA bonne réponse, semblent maintenant s'engager dans le processus sans cette préoccupation, du moins, sans la manifester. Enfin, l'analyse des propos des facilitateurs laisse également percevoir l'émergence d'attitudes favorables au dialogue et à la collaboration : ouverture aux propos des autres, conscience de ses propres limites, écoute, respect, etc. Ainsi, bien qu'elles n'aient pas été ciblées directement, il semble que certaines dispositions (ou attitudes) aient été exprimées (ou perçues) à travers l'utilisation des habiletés de pensée. Différents facteurs peuvent expliquer cette observation (ou cette impression) chez les facilitateurs. Bien que les habiletés de pensée aient été ciblées plus explicitement dans l'approche de pratique réflexive développée, l'enseignement qui en a été fait soulignait l'importance de se remettre en question, d'écouter et de chercher à comprendre ses collègues, de questionner les idées plutôt que de les confronter et ce, afin d'expliquer la fonction et la pertinence des habiletés de pensée dans une perspective de soins et services centrés sur la personne. Ainsi, il est possible que les étudiants aient été sensibilisés à ces questions et qu'ils aient transposé cette sensibilité dans leurs façons d'interagir en équipe. De même, les facilitateurs eux-mêmes ont peut-être développé une plus grande attention à ces questions et ont modifié, d'une part, leur façon de soutenir les étudiants et, d'autre part, leur façon de les observer. Enfin, les habiletés de pensée peuvent être exprimées par des comportements verbaux observables, alors que les dispositions demeurent généralement internes. Ainsi, l'utilisation des habiletés de pensée permet une manifestation concrète sur laquelle les facilitateurs peuvent se baser pour observer si les étudiants écoutent et tiennent compte du point de vue des autres, se remettent eux-mêmes en question, etc., ce qui peut être relié à la perception de certaines dispositions (ou attitudes) favorables à la réflexion chez ces derniers. Ces observations ont par ailleurs été corroborées par l'analyse des vidéos de discussions entre les étudiants, où il était manifeste que ces derniers interagissaient beaucoup plus entre eux et co-construisaient le RCC après l'implantation de l'approche. Nonobstant les raisons qui les sous-tendent, ces observations paraissent porteuses et soutenir la pertinence d'utiliser les habiletés de pensée en FIP.



La stratégie de développement adoptée, fondée sur une approche collaborative, a peut-être contribué à une certaine appropriation des changements effectués par l'équipe. Les recherches action collaboratives visent en effet « l'intégration des connaissances théoriques et pratiques dont le but est d'accroître le niveau de compétence des partenaires » (Lefrançois, 2008). Les facilitateurs ont donc été impliqués dans la cueillette de données visant à modifier le cours et ont eu l'occasion de transmettre leurs commentaires et suggestions. Tous ont été informés des différentes étapes du projet et ont reçu, avant la tenue du cours, une formation complète leur expliquant le rationnel des changements apportés et le déroulement proposé, tout en leur permettant de mettre en pratique les nouvelles connaissances acquises. Cet accompagnement a pu contribuer à soutenir la confiance des facilitateurs en leurs capacités. La formation et le soutien des facilitateurs constituent en effet des facteurs clés dans le développement des compétences de ces derniers (Drynan et Murphy, 2016; Kent et al., 2017; Ruiz et al., 2013).

#### **9.4 Retombées méthodologiques de la thèse doctorale**

Ce projet a fait appel à un devis de recherche action collaborative soutenu par une approche de design pédagogique. La recherche action collaborative s'appuie sur des principes de collaboration avec les acteurs ciblés par l'innovation visée, sur la considération du contexte et sur l'importance des retombées théoriques et pratiques pour les acteurs et le milieu (Catroux, 2002; Lefrançois, 2008). Considérant la complexité du champ de la FIP et la multiplicité des contextes et modalités possibles, il est recommandé de s'appuyer sur les besoins et les objectifs poursuivis dans le contexte visé afin de développer des initiatives de FIP (Oandasan & Reeves, 2005a; Reeves et al., 2015). La recherche action collaborative apparaît donc être une méthode à privilégier puisqu'elle favorise cette prise en compte. De plus, face à la complexité de la FIP, il est suggéré de s'appuyer sur une recherche mixte, combinant des évaluations quantitative et qualitatives, ainsi que sur le croisement de données provenant de différentes sources (Reeves et al., 2010, 2015). Les approches de design pédagogique se prêtent bien à ce type de recherche puisqu'elles impliquent un processus pouvant s'articuler autour de plusieurs cycles, permettant une combinaison de différentes méthodes d'analyse et d'évaluation (Barab & Squire, 2004). Ces approches permettent ainsi une compréhension plus fine des phénomènes à l'étude en multipliant les points de vue sur la question. L'approche de design pédagogique utilisée dans ce doctorat a permis la combinaison de plusieurs méthodes d'analyse et de prétests, favorisant d'une part une appropriation progressive du processus par les acteurs visés par l'innovation et

d'autre part, un raffinement continu du prototype développé en fonction des besoins de ces derniers. L'approche par prototypage apparaissait par ailleurs particulièrement adaptée au processus, puisqu'elle impliquait un point de vue pragmatique sur la question de la pratique réflexive en FIP et imposait, en ce sens, une préoccupation et un effort d'opérationnalisation à toutes les étapes. Le dialogue continu ayant été maintenu entre, d'une part, le contexte et les acteurs visés par l'innovation et, d'autre part, les avancées théoriques, a potentiellement contribué à l'importance des résultats observés. Les approches de pratique réflexive généralement répandues consistent cependant souvent en une série d'étapes qui, bien que pouvant être utilisées dans différents contextes, ne sont pas adaptées étroitement à ces derniers et ne font pas l'objet d'une telle analyse.

Enfin, la transposition de certains outils issus du dialogue philosophique dans un contexte de FIP en santé et services sociaux constitue un exemple d'adaptation possible d'initiatives provenant d'un champ de savoir à un autre. La dissociation et la perte de fondements théoriques constitue d'emblée une limite actuelle importante en ce qui concerne la pratique réflexive et la pensée critique en santé et services sociaux (Ng et al., 2015). La recherche et le respect des fondements théoriques est donc une composante incontournable à considérer lorsqu'il est question de développer des approches de pratique réflexive. L'approche développée devait, notamment, permettre de mettre en place des conditions favorables à la pratique réflexive et favoriser l'émergence d'une pensée critique basée sur les habiletés et le jugement. Le dialogue philosophique (DP) devenait alors une option intéressante à explorer. Les racines du DP sont attribuées par plusieurs à Socrate, qui a développé une façon de mettre ses interlocuteurs au défi de penser par l'intermédiaire d'un questionnement leur permettant d'exprimer des savoirs non révélés ou confus (Burgh, 2005; Lipman, 2011). Le DP a cependant pris son essor grâce aux philosophes du pragmatisme américain, à la suite de Dewey. Ainsi, le DP offre une « méthodologie » adaptée aux discussions en équipe et à la recherche, qui possède des fondements théoriques (philosophiques) solides, qui s'appuie sur une expérience empirique de plus en plus riche et qui se base sur une didactique bien définie. L'apport méthodologique à ce sujet a donc consisté à interroger le DP afin d'identifier des points de convergence avec les objectifs poursuivis dans le projet doctoral afin de déterminer éventuellement ce qui pouvait être adapté en FIP. Dans un contexte où les champs explorés sont vastes et complexes, il apparaît effectivement particulièrement pertinent de s'inspirer de bonnes pratiques reconnues dans un champ connexe par le biais d'une analyse rigoureuse et approfondie.

L'identification des habiletés de pensée considérées pertinentes pour le RCC, puis de celles utilisées par les étudiants lors des discussions interprofessionnelles n'avaient jusqu'à maintenant jamais été effectuée. Ainsi, la première identification s'est basée sur une analyse de contenu des meilleures pratiques attendues lors de discussions interprofessionnelles soutenues par le RCC, ce qui a permis la construction d'un livre de codes permettant d'appréhender plus précisément les habiletés en jeu lors des discussions entre les étudiants. Ce type d'analyse, en plus de permettre l'identification des habiletés de pensée utilisées, a permis de poser un regard plus précis sur les mécanismes sous-jacents aux discussions.

## **9.5 Limites et forces de la thèse**

Il est à noter que les limites des différentes études ont été présentées aux chapitres 3 à 6, à la fin de chacun des articles. Les limites des résultats supplémentaires partagés dans le chapitre 8 ainsi que celles du projet général seront présentées ici.

La complexité des facteurs déterminants en FIP ne nous permet pas d'évaluer toutes les facettes reliées à l'approche implantée et encore moins de faire émerger l'ensemble des influences causales possibles. La FIP fait effectivement intervenir différentes personnes ayant des parcours variés, des personnalités diverses, des expériences propres et ce, dans une diversité de contextes (Barr, 2013; Hall et Weaver, 2001; Oandasan et Reeves, 2005a, 2005b; Reeves et al., 2013). Il devient ainsi hasardeux d'identifier d'éventuelles relations causales en lien avec l'intégration des habiletés de pensée et l'enseignement explicite des formes du raisonnement déductif et inductif. L'intégration de ces contenus dans le cursus du cours peut avoir eu des impacts multiples qui empêchent l'identification d'une relation causale simple. Ainsi, les facilitateurs sont peut-être devenus eux-mêmes plus sensibles aux questions d'organisation de la pensée ou de raisonnement clinique collaboratif, ce qui peut avoir modifié leur façon d'enseigner ou encore, leur perception des interactions entre les étudiants. Ces derniers, alors qu'un accent a été mis sur l'importance du questionnement, ont peut-être modifié leur position épistémologique et ont adopté une posture beaucoup plus ouverte ou « faillible », ce qui peut avoir contribué à un changement de dynamique au sein des équipes. Enfin, l'apparition du questionnement lui-même, indépendamment de la variété ou du nombre d'habiletés de pensée utilisées, peut

également avoir eu une influence sur les discussions, favorisant l'exploration des différentes perspectives et la co-construction de la démarche en équipe.

Les facilitateurs ont noté certaines limites dans l'utilisation des habiletés de pensée et des formes explicites du raisonnement (déductif et inductif) (voir section 8,4). Ces limites peuvent en partie être mises en relation avec les contraintes académiques et logistiques du cours, soit la durée limitée des activités, leur nombre restreint et la présence d'un ÉCOS final. Le recours à un ÉCOS final est généralement source de stress pour les étudiants (Brand et Schoonheim-Klein, 2009; Kim, 2016). Ces facteurs peuvent influencer la disponibilité, voire la motivation des étudiants à expérimenter l'utilisation des habiletés de pensée, qui peuvent être perçues comme une charge supplémentaire à rencontrer. La formule du cours laisse également peu d'espace et de temps pour favoriser l'intégration des apprentissages dans la pratique, que ce soit pour les étudiants ou pour les facilitateurs. Ainsi, les contraintes associées à l'implantation de l'approche peuvent avoir constitué une limite dans ce projet.

Bien qu'une tendance positive soit observée dans les scores obtenus au questionnaire sur la mesure du sentiment d'efficacité personnelle envers le soutien des pratiques collaboratives en santé et services sociaux, il n'est pas possible de conclure en une augmentation significative du niveau de confiance des facilitateurs. Cet outil ne permet pas non plus d'évaluer la compétence réelle des facilitateurs. L'utilisation de tels outils demeure néanmoins intéressante pour considérer les impacts potentiels des changements apportés à un curriculum de cours, particulièrement lorsque plusieurs personnes sont impliquées. Ils ont également le potentiel d'amener les facilitateurs à réfléchir sur leurs propres compétences, ce qui peut favoriser la prise de conscience de ces dernières et, éventuellement, l'amélioration continue (Nancarrow et al., 2015; Ruiz et al., 2013).

Tel que mentionné au chapitre 4, l'identification des habiletés de pensée considérées pertinentes au RCC aurait potentiellement eu une validité supérieure par l'utilisation d'une méthodologie de type Delphi notamment. Par contre, il convient de demeurer prudent quant à l'identification d'une liste exhaustive, voire définitive, d'habiletés de pensée. L'une des forces de l'approche développée consiste en sa flexibilité et sa possibilité d'adaptation en fonction du contexte et des besoins. Ainsi, l'un des buts visés par le projet consistait à explorer l'apport des habiletés de pensée dans une approche réflexive en FIP et non d'en proposer une liste figée.

Les analyses et évaluations effectuées dans le cadre de cette thèse s'appuient sur un nombre limité de participants et d'observations. La taille des échantillons constitue d'abord une limite lorsqu'il est question de validité des données recueillies, puis en ce qui concerne les possibilités de généralisation des observations effectuées. La validité des données recueillies a cependant été corroborée par d'autres sources, dont des analyses précédentes auprès de la même population de facilitateurs (Milot et al., 2017) et les écrits scientifiques relatifs aux différentes thématiques discutées. En ce qui concerne les discussions focalisées, une saturation des données a été atteinte en pré et en post-implantation. De plus, comme le projet visait le développement d'une approche de pratique réflexive dans le contexte spécifique d'un cours de FIP offert à l'Université Laval, il était cohérent de centrer les analyses et évaluations dans ce contexte. Ainsi, l'analyse s'est concentrée sur ce contexte spécifique et ne permet pas de s'avancer sur un transfert possible des apprentissages à d'autres contextes, tels que les stages cliniques. Il est à noter qu'il n'a pas été possible d'effectuer des enregistrements en pré et post-implantation auprès des mêmes étudiants. Ainsi, la possibilité d'une influence inter-cohorte ne peut être écartée. Il n'y a cependant aucune raison spécifique de croire que le profil des étudiants de la session d'hiver 2019 (pré) et de la session d'été 2019 (post) diffère significativement.

Enfin, l'implantation de l'approche développée demande une formation explicite sur le raisonnement et les habiletés de pensée ainsi que leur application en FIP. Or, cette approche constitue actuellement une innovation dans le domaine et il semble que peu de personnes soient actuellement formées à cet effet. Ainsi, cela pourrait représenter une limite à la diffusion de l'approche et à la reproduction des résultats. Cependant, l'importance des retombées observées soutient la pertinence d'entreprendre des démarches en ce sens.

## **9.6 Perspectives de recherche**

L'approche de pratique réflexive développée et implantée a possiblement eu des influences multiples, qui n'ont pas pu être objectivées entièrement à l'aide des méthodes d'évaluation utilisées. Il apparaîtrait ainsi intéressant d'interroger différents facteurs possibles de changement tels que la modification de la perception et de la considération des facilitateurs en regard du RCC, la posture épistémologique des étudiants face à leur propre savoir et à celui des autres en FIP, les dispositions reliées à la pratique réflexive et à la pensée critique

et, éventuellement, la valorisation et l'utilisation du questionnement au sein des équipes (voir section 9.5).

Lors de la discussion focalisée tenue après l'implantation de l'approche de pratique réflexive, les facilitateurs ont mentionné des limites dans l'utilisation des habiletés de pensée chez certains étudiants ou lors du contexte évaluatif de l'ÉCOS final. Il semble donc que certains facteurs influencent la façon dont les étudiants intègrent et utilisent les connaissances transmises par la suite. De même, certains facilitateurs ont mentionné un besoin de « pratique » supplémentaire afin de développer leur aisance à utiliser ces nouveaux outils alors que d'autres semblaient déjà à l'aise à le faire. Il serait en ce sens intéressant d'identifier les modalités favorisant une intégration optimale des acquis, tant chez les étudiants que chez les facilitateurs.

L'analyse des discussions interprofessionnelles entre les étudiants a permis de corroborer les propos des facilitateurs lors des discussions focalisées. Il serait intéressant d'effectuer une analyse similaire cette fois-ci auprès des facilitateurs eux-mêmes, lors de leurs interactions avec les étudiants. Les évaluations menées dans le cadre de ce doctorat ont plus particulièrement ciblé leurs impressions à cet égard, mais cela n'a pas encore été objectivé par l'analyse d'enregistrements par exemple. Il s'agirait d'une perspective intéressante à explorer et qui pourrait potentiellement mener à la construction de matériel de formation ciblé pour les facilitateurs.

L'exploration des habiletés de pensée potentiellement pertinentes en FIP devrait être un objectif à poursuivre de façon progressive, en fonction des contextes visés. Par exemple, il pourrait sembler pertinent, vu sa faible utilisation, de penser à éliminer l'habileté « contre-exemple » de la proposition. Par contre, lorsqu'une équipe se réunit dans un contexte de démarche de diagnostic différentiel par exemple, il est possible de croire que l'identification d'un seul contre-exemple puisse avoir une importance décisive dans la validité de la conclusion finale. De même, certaines habiletés n'ayant pas été identifiées dans le cadre de ce projet doctoral pourraient potentiellement être pertinentes également, dans d'autres contextes. Par exemple, l'habileté permettant de « dégager des présupposés » pourrait être particulièrement importante face à des enjeux socio-culturels dans les soins, ou dans un contexte d'inégalités sociales. Le fait de « dégager des présupposés » permet d'explorer les conceptions, impressions, valeurs sous-jacentes aux jugements et, éventuellement, de les questionner et de les modifier, le cas échéant. Dans une perspective de soins centrés

sur la personne, cette habileté pourrait également favoriser une meilleure recherche de compréhension des besoins, attentes et demandes de la personne. Le projet doctoral a donc permis une exploration de l'utilité des habiletés de pensée dans le contexte spécifique d'une discussion interprofessionnelle en FIP, mais la teneur des retombées observées soutient l'intérêt de poursuivre les recherches quant à l'intérêt d'identifier d'autres habiletés de pensée et, éventuellement, d'autres composantes de la réflexion, de la pensée critique ou de la logique à intégrer à la pratique réflexive en FIP.

Le projet a été orienté vers l'intégration de certains éléments spécifiques de la pensée critique dans la pratique réflexive, soit les habiletés de pensée et la production de jugements basés sur le raisonnement (inductif et déductif). Or, si on ouvre la voie au champ de la réflexion plus largement, d'autres concepts pourraient possiblement être pertinents à explorer plus spécifiquement, dont la métacognition ou encore d'autres « formes » de pensée telles que la pensée vigilante ou la pensée créative. De même, d'autres connaissances issues de la logique formelle pourraient potentiellement être intéressantes à explorer afin d'aider les étudiants à structurer leur pensée et leur raisonnement. L'exploration de ces différents aspects pourrait éventuellement contribuer à l'enrichissement des fondements théoriques de la pratique réflexive, à une meilleure compréhension de ses composantes et facteurs d'influence et, éventuellement, à soutenir l'apprentissage des étudiants.

Le RCC s'appuie en partie sur les habiletés de raisonnement clinique. Il est donc possible de croire en la pertinence d'intégrer des habiletés de pensée à l'enseignement de ce dernier non seulement en FIP, mais plus largement dans le contexte de l'éducation médicale. De même, l'utilité des habiletés de pensée pour les facilitateurs suggère qu'elles pourraient être mises à profit en supervision clinique. La supervision demande notamment d'accompagner les étudiants dans leur réflexion quant à leur pratique et dans l'explicitation du raisonnement sous-jacent à leurs décisions et à leurs actions. Le recours aux habiletés de pensée pourrait donc potentiellement aider les superviseurs à questionner leurs stagiaires afin de les accompagner dans cette démarche. Dans le même sens, le raisonnement et les habiletés de pensée pourraient possiblement être utiles dans l'accompagnement d'étudiants en difficultés. Ces considérations s'insèrent en cohérence avec la littérature portant sur les difficultés de raisonnement clinique chez les étudiants, qui souligne notamment des difficultés à prioriser, à générer des hypothèses, à effectuer des liens entre les informations ainsi qu'une tendance à effectuer des fermetures (ou conclusions) prématurées (Audétat et

al., 2017; Guerrasio, 2018). Ainsi, plusieurs difficultés nommées peuvent être mises en lien avec les capacités à organiser la pensée et à construire un raisonnement rigoureux, des capacités qui pourraient éventuellement être soutenues par de meilleures habiletés en raisonnement et par l'utilisation des habiletés de pensée. Les méthodes actuelles pour accompagner les étudiants en difficulté comprennent notamment la rétroaction, la pratique délibérée et la pratique réflexive (Guerrasio, 2018). L'enseignement explicite du raisonnement et l'utilisation des habiletés de pensée pourraient peut-être jouer un rôle en ce sens. Enfin, l'utilité potentielle des habiletés de pensée dans les questions de soins centrés sur la personne et d'éthique clinique gagnerait à être explorée.



## Conclusion générale

Ce projet doctoral a mené au développement d'une approche de pratique réflexive conjuguant des fondements théoriques et conceptuels solides et un caractère opérationnel lui permettant de s'intégrer de façon flexible en contexte de FIP. Le recours à l'enseignement explicite du raisonnement (déductif et inductif) et des habiletés de pensée en FIP constitue une voie originale et novatrice permettant de mobiliser la rigueur de connaissances issues du domaine de la philosophie aux caractéristiques particulières du contexte de la FIP. Le devis de recherche action collaborative fondé sur une approche de design pédagogique a contribué de façon innovante à assurer des liens étroits et significatifs entre les aspects théoriques et conceptuels de la thèse et les besoins et contraintes du contexte d'implantation de l'approche développée. Ce projet doctoral a donc mené au développement de contenus et d'activités pédagogiques concrets, tout en participant à l'essor des connaissances dans le domaine. L'approche développée a contribué à augmenter l'aisance et la confiance des facilitateurs dans leur rôle et à diversifier leurs façons d'intervenir auprès des étudiants. Ces derniers ont pour leur part développé des habiletés favorisant la remise en question des points de vue, l'exploration de différentes perspectives et la justification explicite des propositions et des décisions en équipe. Les étudiants ont ainsi mis en place un dialogue rigoureux favorisant une réponse concertée et cohérente aux besoins de la personne et de ses proches. Ainsi, l'approche de pratique réflexive implantée semble avoir contribué au développement des compétences collaboratives des étudiants en contexte de FIP. La teneur des retombées observées suite à l'implantation de cette approche suggère la pertinence de poursuivre l'intégration de cette dernière en FIP. De plus, l'approche présente un potentiel intéressant à explorer pour l'éducation médicale plus générale, notamment en enseignement du raisonnement clinique, pour la formation des superviseurs de stage ou pour l'optimisation de stratégies de pratique réflexive déjà implantées. Différentes avenues gagneraient donc éventuellement à être explorées à cet effet, notamment dans une perspective d'intégration des patients comme membres des équipes à part entière.

## Bibliographie

- Abrami, P. C., Bernard, R. M., Borokhovski, E., Wade, A., Surkes, M. A., Tamim, R., & Zhang, D. (2008). Instructional Interventions Affecting Critical Thinking Skills and Dispositions : A Stage 1 Meta-Analysis. *Review of Educational Research*, 78(4), 1102-1134. <https://doi.org/10.3102/0034654308326084>
- AFISS, A. de la formation interprofessionnelle en sciences de la santé. (2011). *Guide sur les normes/standards d'agrément de la formation interprofessionnelle en sciences de la santé de l'AFISS*. [https://peac-aepc.ca/pdfs/FRENCH/Resources/Competency%20Profiles/AIPHE\\_Interprofessional%20Health%20Education%20Accreditation%20Standards%20Guide\\_FR.pdf](https://peac-aepc.ca/pdfs/FRENCH/Resources/Competency%20Profiles/AIPHE_Interprofessional%20Health%20Education%20Accreditation%20Standards%20Guide_FR.pdf)
- Alfaro-LeFevre, R. (2016). *Critical thinking, clinical reasoning and clinical judgment : A practical approach, pageburst E-book on kno*. Elsevier Health Sciences.
- Allport, G. (1954). *The nature of prejudice*. (MA: Addison-Wesley).
- Amundson, M. L., Moulton, P. L., Zimmerman, S. S., & Johnson, B. J. (2008). An innovative approach to Student Internships on American Indian Reservations. *Journal of Interprofessional Care*, 22(1), 93-101. <https://doi.org/10.1080/13561820701715091>
- Aronson, L. (2011). Twelve tips for teaching reflection at all levels of medical education. *Medical Teacher*, 33(3), 200-205. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2010.507714>
- Assarroudi, A., Heshmati Nabavi, F., Armat, M. R., Ebadi, A., & Vaismoradi, M. (2018). Directed qualitative content analysis : The description and elaboration of its underpinning methods and data analysis process. *Journal of Research in Nursing*, 23(1), 42-55. <https://doi.org/10.1177/1744987117741667>
- Bainbridge, L., & Wood, V. I. (2012). The power of prepositions : Learning with, from and about others in the context of interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 26(6), 452-458. <https://doi.org/10.3109/13561820.2012.715605>
- Bainbridge, L., & Wood, V. I. (2013). The power of prepositions : A taxonomy for interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 27(2), 131-136. <https://doi.org/10.3109/13561820.2012.725231>
- Baker, L., Egan-Lee, E., Martimianakis, M. A., & Reeves, S. (2011). Relationships of power : Implications for interprofessional education. *Journal of interprofessional care*, 25(2), 98-104.
- Barab, S., & Squire, K. (2004). Design-based research : Putting a stake in the ground. *The journal of the learning sciences*, 13(1), 1-14.
- Barr, H. (2002). *Interprofessional education : Today, yesterday and tomorrow (Occasional Paper No.5)*. London: Centre for the Advancement of Interprofessional Education.
- Barr, H. (2013). Toward a theoretical framework for interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 27(1), 4-9. <https://doi.org/10.3109/13561820.2012.698328>

- Barr, H., & Coyle, J. (2013). Introducing interprofessional education. In *Educating Health Professionals Becoming a University Teacher* (p. 185-196).  
<https://doi.org/10.1007/978-94-6209-353-9>
- Barr, H., Freeth, D., Hammick, M., Koppel, I., & Reeves, S. (2000). *Evaluations of interprofessional education : A United Kingdom review for health and social care*.
- Barr, H., Koppel, I., Reeves, S., Hammick, M., & Freeth, D. (2005). *Effective Interprofessional Education : Argument, Assumption & Evidence* (H. Barr, Éd.). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1002/9780470776445>
- Barr, H., Koppel, I., Reeves, S., Hammick, M., & Freeth, D. S. (2008). *Effective interprofessional education : Argument, assumption and evidence (promoting partnership for health)*. John Wiley & Sons.
- Benner, P., Hughes, R. G., & Sutphen, M. (2008). Clinical Reasoning, Decisionmaking, and Action : Thinking Critically and Clinically. In R. G. Hughes (Éd.), *Patient Safety and Quality : An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Agency for Healthcare Research and Quality (US). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2643/>
- Benson, A. (2010). Creating a culture to support patient safety. The contribution of a multidisciplinary team development programme to collaborative working. *Zeitschrift Für Evidenz, Fortbildung Und Qualität Im Gesundheitswesen*, 104(1), 10-17.  
<https://doi.org/10.1016/j.zefq.2009.12.030>
- Best, S., & Williams, S. (2019). Professional identity in interprofessional teams : Findings from a scoping review. *Journal of Interprofessional Care*, 33(2), 170-181.  
<https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1536040>
- Blondon, K. S., Maître, F., Muller-Juge, V., Bochatay, N., Cullati, S., Hudelson, P., Vu, N. V., Savoldelli, G. L., & Nendaz, M. R. (2017). Interprofessional collaborative reasoning by residents and nurses in internal medicine : Evidence from a simulation study. *Medical Teacher*, 39(4), 360-367. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1286309>
- Bobbett, J. J. (2001). *School Culture, Teacher Efficacy, and Decision-Making in Demonstrably Effective and Ineffective Schools*.
- Boud, D. (1999). Avoiding the traps : Seeking good practice in the use of self assessment and reflection in professional courses. *Social Work Education*, 18(2), 121-132.  
<https://doi.org/10.1080/02615479911220131>
- Boud, D., Keogh, R., & Walker, D. (2013). *Reflection : Turning experience into learning*. Routledge.
- Boud, D., & Walker, D. (1998). Promoting reflection in professional courses : The challenge of context. *Studies in Higher Education*, 23(2), 191-206.  
<https://doi.org/10.1080/03075079812331380384>
- Brand, H. S., & Schoonheim-Klein, M. (2009). Is the OSCE more stressful? Examination anxiety and its consequences in different assessment methods in dental education:

- Examination anxiety in dental education. *European Journal of Dental Education*, 13(3), 147-153. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0579.2008.00554.x>
- Brewer, M. L., & Barr, H. (2016). Interprofessional education and practice guide no. 8 : Team-based interprofessional practice placements. *Journal of interprofessional care*, 30(6), 747-753.
- Brewer, M. L., & Jones, S. (2013). An interprofessional practice capability framework focusing on safe, high-quality, client-centred health service. *Journal of Allied Health*, 42(2), 45E-49E.
- Brock, D., Abu-Rish, E., Chiu, C.-R., Hammer, D., Wilson, S., Vorvick, L., Blondon, K., Schaad, D., Liner, D., & Zierler, B. (2013). Republished : Interprofessional education in team communication: working together to improve patient safety. *Postgraduate Medical Journal*, 89(1057), 642-651. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2012-000952rep>
- Burgh, G. (2005). From Socrates to Lipman : Making Philosophy Relevant. *Creative engagements: Thinking with children*, 31, 25-31.
- Buring, S. M., Bhushan, A., Brazeau, G., Conway, S., Hansen, L., & Westberg, S. (2009). Keys to Successful Implementation of Interprofessional Education : Learning Location, Faculty Development, and Curricular Themes. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 73(4), 60. <https://doi.org/10.5688/aj730460>
- Careau, E., Biba, G., Brander, R., Van Dijk, J. P., Verma, S., Paterson, M., & Tassone, M. (2014). Health leadership education programs, best practices, and impact on learners' knowledge, skills, attitudes, and behaviors and system change : A literature review. *Journal of Healthcare Leadership*, 6, 39-50.
- Careau, E., Biba, G., & Richard, A. (2021). *Validation d'un outil de mesure sur le développement des compétences pour superviser la collaboration interprofessionnelle*.
- Careau, E., Vincent, C., & Swaine, B. R. (2014). Observed Interprofessional Collaboration (OIPC) During Interdisciplinary Team Meetings : Development and Validation of a Tool in a Rehabilitation Setting. *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*, 4(1). <https://doi.org/10.22230/jripe.2014v4n1a118>
- Carpenter, J., & Dickinson, H. (2016). *Interprofessional education and training 2e*. Bristol University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctt1t89jn8>
- Case, J., Backes, E., Babu, S., White, A., & Jennings, E. (2012). A Pedagogical Strategy to Facilitate Interdisciplinary Reflective Thinking and Practice in Rehabilitation Counseling Students. *Rehabilitation Research, Policy, and Education*, 26(2), 271-282. <https://doi.org/10.1891/216866612X665005>
- Catroux, M. (2002). Introduction à la recherche-action : Modalités d'une démarche théorique centrée sur la pratique. *Recherche et pratiques pédagogiques en langues de spécialité - Cahiers de l'APLIUT*, Vol. XXI N° 3, 8-20. <https://doi.org/10.4000/apliut.4276>

- Caty, M.-È., Kinsella, E. A., & Doyle, P. C. (2015). Reflective practice in speech-language pathology : A scoping review. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 17(4), 411-420. <https://doi.org/10.3109/17549507.2014.979870>
- Charles, G., Bainbridge, L., & Gilbert, J. (2010). The University of British Columbia model of interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 24(1), 9-18. <https://doi.org/10.3109/13561820903294549>
- Chatalalsingh, C., & Reeves, S. (2014). Leading team learning : What makes interprofessional teams learn to work well? *Journal of Interprofessional Care*, 28(6), 513-518. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.900001>
- Clark, P. G. (2006). What would a theory of interprofessional education look like? Some suggestions for developing a theoretical framework for teamwork training. *Journal of Interprofessional Care*, 20(6), 577-589. <https://doi.org/10.1080/13561820600916717>
- Clark, P. G. (2009). Reflecting on reflection in interprofessional education : Implications for theory and practice. *Journal of Interprofessional Care*, 23(3), 213-223. <https://doi.org/10.1080/13561820902877195>
- Clouder, L. (2000). Reflective Practice in Physiotherapy Education : A critical conversation. *Studies in Higher Education*, 25(2), 211-223. <https://doi.org/10.1080/713696142>
- Daniel, M., & Auriac, E. (2011). Philosophy, Critical Thinking and Philosophy for Children. *Educational Philosophy and Theory*, 43(5), 415-435. <https://doi.org/10.1111/j.1469-5812.2008.00483.x>
- Darlow, B., Donovan, S., Coleman, K., McKinlay, E., Beckingsale, L., Gallagher, P., Gray, B., Naser, H., Perry, M., & Pullon, S. (2016). What makes an interprofessional education programme meaningful to students? Findings from focus group interviews with students based in New Zealand. *Journal of Interprofessional Care*, 30(3), 355-361. <https://doi.org/10.3109/13561820.2016.1141189>
- Davidson, M., Smith, R. A., Dodd, K. J., Smith, J. S., & O'Laughlan, M. J. (2008). Interprofessional pre-qualification clinical education : A systematic review. *Australian Health Review*, 32(1), 111. <https://doi.org/10.1071/AH080111>
- Davies, M. (2015). A Model of Critical Thinking in Higher Education. In M. B. Paulsen (Éd.), *Higher Education : Handbook of Theory and Research* (Vol. 30, p. 41-92). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-12835-1\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-319-12835-1_2)
- Davies, M. (nd). *Facets of critical thinking* [Document non publié].
- Davoli, G. W., & Fine, L.-J. (2004). Stacking the Deck for Success in Interprofessional Collaboration. *Health Promotion Practice*, 5(3), 266-270. <https://doi.org/10.1177/1524839903259304>
- DeKeyser Ganz, F., Engelberg, R., Torres, N., & Curtis, J. R. (2016). Development of a Model of Interprofessional Shared Clinical Decision Making in the ICU : A Mixed-Methods Study. *Critical Care Medicine*, 44(4), 680-689. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001467>

- Dellinger, A. B., Bobbett, J. J., Olivier, D. F., & Ellett, C. D. (2008). Measuring teachers' self-efficacy beliefs : Development and use of the TEBS-Self. *Teaching and teacher education, 24*(3), 751-766.
- D'Eon, M. (2005). A blueprint for interprofessional learning. *Journal of Interprofessional Care, 19*(sup1), 49-59. <https://doi.org/10.1080/13561820512331350227>
- Dewey, J. (2004). *Comment nous pensons*. Les Empêcheurs de penser en rond.
- Dickie, R. (2016). The History of Interprofessional Education. In M. E. Edwards, *Interprofessional Education and Medical Libraries : Partnering for Success* (p. 3-22). Rowman & Littlefield.
- Drynan, D., & Murphy, S. (2016). *Understanding and Facilitating Interprofessional Education : A Guide to Incorporating Interprofessional Experiences into the Practice Education Setting, Vancouver, Canada : University of British Columbia, College of Health Disciplines; 2013*.
- Duffy, A. (2007). A concept analysis of reflective practice : Determining its value to nurses. *British Journal of Nursing, 16*(22), 1400-1407. <https://doi.org/10.12968/bjon.2007.16.22.27771>
- Eby, M. A. (2000). Understanding professional development. In A. Brechin, H. Brown, & M. A. Eby, *Critical practice in health and social care*. Sage.
- Ennis, R. H. (1985). A logical basis for measuring critical thinking skills. *Educational leadership, 43*(2), 44-48.
- Facione, P. (1990). *Critical thinking : A statement of expert consensus for purposes of educational assessment and instruction (The Delphi Report)*.
- Facione, P. A., Facione, N. C., & Giancarlo, C. A. F. (2000). *The California critical thinking disposition inventory : CCTDI test manual*. California Acad. Press.
- Facione, P. A., Sanchez, C. A., Facione, N. C., & Gainen, J. (1995). The disposition toward critical thinking. *The Journal of General Education, 44*(1), 1-25.
- Finlay, L. (2008). Reflecting on 'Reflective practice'. *The Open University, Paper 52*.
- Finlayson, A. (2015). Reflective practice : Has it really changed over time? *Reflective Practice, 16*(6), 717-730. <https://doi.org/10.1080/14623943.2015.1095723>
- Fisher, R. (2007). Dialogic teaching : Developing thinking and metacognition through philosophical discussion. *Early Child Development and Care, 177*(6-7), 615-631. <https://doi.org/10.1080/03004430701378985>
- Flood, B., Hocking, C., Smythe, L., & Jones, M. (2019). Working in a spirit of interprofessional practice : A hermeneutic phenomenological study. *Journal of Interprofessional Care, 33*(6), 744-752. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1577810>

- Fook, J. (2015). Reflective practice and critical reflection. *Handbook for practice learning in social work and social care: Knowledge and theory*, 3.
- Fragkos, K. (2016). Reflective Practice in Healthcare Education : An Umbrella Review. *Education Sciences*, 6(4), 27. <https://doi.org/10.3390/educsci6030027>
- Freeth, D., Hammick, M., Reeves, S., Koppel, I., & Barr, H. (2005). *Effective interprofessional education : Development, delivery and evaluation* (H. Barr, Éd.). Blackwell Pub.
- Freeth, D., & Reeves, S. (2004). Learning to work together : Using the presage, process, product (3P) model to highlight decisions and possibilities. *Journal of Interprofessional Care*, 18(1), 43-56. <https://doi.org/10.1080/13561820310001608221>
- Freire, P. (1974). Pédagogie des opprimés, suivi de. *Conscientisation et révolution*, 44-49.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H., Garcia, P., Ke, Y., Kelley, P., Kistnasamy, B., Meleis, A., Naylor, D., Pablos-Mendez, A., Reddy, S., Scrimshaw, S., Sepulveda, J., Serwadda, D., & Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century : Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376(9756), 1923-1958. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)
- Gagnon, M., & Yergeau, S. (2016). *La pratique du dialogue philosophique au secondaire*. Presses de l'Université Laval.
- Gibson, S., & Dembo, M. H. (1984). Teacher efficacy : A construct validation. *Journal of educational psychology*, 76(4), 569.
- Goldman, J., Zwarenstein, M., Bhattacharyya, O., & Reeves, S. (2009). Improving the clarity of the interprofessional field : Implications for research and continuing interprofessional education: *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 29(3), 151-156. <https://doi.org/10.1002/chp.20028>
- Goulet, M.-H., Larue, C., & Alderson, M. (2016). Reflective Practice : A Comparative Dimensional Analysis of the Concept in Nursing and Education Studies: A Concept Analysis of Reflective Practice. *Nursing Forum*, 51(2), 139-150. <https://doi.org/10.1111/nuf.12129>
- Gray, D., & Black, T. (1994). Prototyping of computer-based training materials. *Computers & Education*, 22(3), 251-256.
- Griggs, V., Holden, R., Lawless, A., & Rae, J. (2018). From reflective learning to reflective practice : Assessing transfer. *Studies in Higher Education*, 43(7), 1172-1183. <https://doi.org/10.1080/03075079.2016.1232382>
- Guerrasio, J. (2018). *Remediation of the struggling medical learner* (2nd edition). Association for Hospital Medical Education.

- Hall, J. E. (2006). Professionalizing action research—A meaningful strategy for modernizing services? *Journal of Nursing Management*, 14(3), 195-200. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2934.2006.00584.x>
- Hall, L. W., & Zierler, B. K. (2015). Interprofessional Education and Practice Guide No. 1 : Developing faculty to effectively facilitate interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 29(1), 3-7. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.937483>
- Hall, P., & Weaver, L. (2001). Interdisciplinary education and teamwork : A long and winding road. *Medical Education*, 35(9), 867-875. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2001.00919.x>
- 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. <https://doi.org/10.1080/01421590701682576>
- Hammick, M. (1998). Interprofessional Education : Concept, Theory and Application. *Journal of Interprofessional Care*, 12(3), 323-332. <https://doi.org/10.3109/13561829809014123>
- Hammick, M., Olckers, L., & Champion-Smith, C. (2009). Learning in interprofessional teams : AMEE Guide no 38. *Medical Teacher*, 31(1), 1-12. <https://doi.org/10.1080/01421590802585561>
- Harvey, G., Loftus-Hills, A., Rycroft-Malone, J., Titchen, A., Kitson, A., McCormack, B., & Seers, K. (2002). Getting evidence into practice : The role and function of facilitation. *Journal of Advanced Nursing*, 37(6), 577-588. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02126.x>
- Hean, S., Craddock, D., Hammick, M., & Hammick, M. (2012). Theoretical insights into interprofessional education : AMEE Guide No. 62. *Medical Teacher*, 34(2), e78-e101. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.650740>
- Hood, R. (2012). A critical realist model of complexity for interprofessional working. *Journal of Interprofessional Care*, 26(1), 6-12. <https://doi.org/10.3109/13561820.2011.598640>
- Huang, G. C., Newman, L. R., & Schwartzstein, R. M. (2014). Critical Thinking in Health Professions Education : Summary and Consensus Statements of the Millennium Conference 2011. *Teaching and Learning in Medicine*, 26(1), 95-102. <https://doi.org/10.1080/10401334.2013.857335>
- Iles-Shih, M., Sve, C., Solotaroff, R., Bruno, R., & Gregg, J. (2011). Health and Illness in Context : A Pragmatic, Interdisciplinary Approach to Teaching and Learning Applied Public Health Within an Urban Safety Net System. *Journal of Public Health Management and Practice*, 17(4), 308-312. <https://doi.org/10.1097/PHH.0b013e31820f8e56>
- Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. (2011). *Core competencies for interprofessional collaborative practice : Report of an expert panel*. Interprofessional Education Collaborative.



- Johns, C. (Éd.). (2010). *Guided Reflection : A narrative approach to advancing professional practice*. Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781444324969>
- Johns, C. (2013). *Becoming a reflective practitioner* (4th ed) [Electronic resource]. Wiley-Blackwell.
- Johnson, S., Siegel, H., & Winch, C. (2010). *Teaching thinking skills* (2nd ed). Continuum International Pub. Group.
- Kelley, A., & Aston, L. (2011). An evaluation of using champions to enhance inter-professional learning in the practice setting. *Nurse Education in Practice*, 11(1), 36-40. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2010.06.003>
- Kelsey, C., & Hayes, S. (2015). Frameworks and models – Scaffolding or strait jackets? Problematising reflective practice. *Nurse Education in Practice*, 15(6), 393-396. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.05.006>
- Kent, F., Hayes, J., Glass, S., & Rees, C. E. (2017). Pre-registration interprofessional clinical education in the workplace : A realist review. *Medical Education*, 51(9), 903-917.
- Khalili, H., Hall, J., & DeLuca, S. (2014). Historical analysis of professionalism in western societies : Implications for interprofessional education and collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care*, 28(2), 92-97. <https://doi.org/10.3109/13561820.2013.869197>
- Kiesewetter, J., Fischer, F., & Fischer, M. R. (2017). Collaborative Clinical Reasoning—A Systematic Review of Empirical Studies: *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 37(2), 123-128. <https://doi.org/10.1097/CEH.000000000000158>
- Kim, K.-J. (2016). Factors associated with medical student test anxiety in objective structured clinical examinations : A preliminary study. *International Journal of Medical Education*, 7, 424-427. <https://doi.org/10.5116/ijme.5845.caec>
- Kinsella, E. A. (2007). Technical rationality in Schön's reflective practice : Dichotomous or non-dualistic epistemological position. *Nursing Philosophy*, 8(2), 102-113. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2007.00304.x>
- Kinsella, E. A. (2010a). Professional knowledge and the epistemology of reflective practice : The Epistemology of Reflective Practice. *Nursing Philosophy*, 11(1), 3-14. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2009.00428.x>
- Kinsella, E. A. (2010b). The art of reflective practice in health and social care : Reflections on the legacy of Donald Schön. *Reflective Practice*, 11(4), 565-575. <https://doi.org/10.1080/14623943.2010.506260>
- Kirkpatrick, D. L. (1967). Evaluation of training. In *Training and Development Handbook*. Edited by Robert L. Craig, Lester R. Bittel (p. 87-112). McGraw-Hill.

- Knowles, M. S., Holton, E. F., & Swanson, R. A. (2015). *The adult learner : The definitive classic in adult education and human resource development* (Eighth edition). Routledge.
- Kolb, D. A. (2014). *Experiential learning : Experience as the source of learning and development*. FT press.
- Kuipers, P., Ehrlich, C., & Brownie, S. (2014). Responding to health care complexity : Suggestions for integrated and interprofessional workplace learning. *Journal of Interprofessional Care*, 28(3), 246-248. <https://doi.org/10.3109/13561820.2013.821601>
- Kvan, T. (2013). Evaluating learning environments for interprofessional care. *Journal of Interprofessional Care*, 27(sup2), 31-36. <https://doi.org/10.3109/13561820.2013.791673>
- Lafortune, L. (2012). *Une démarche réflexive pour la formation en santé : Un accompagnement socioconstructiviste*. Presses de l'Université du Québec.
- Lafortune, L. (2015). *L'accompagnement et l'évaluation de la réflexivité en santé : Des applications en éducation et en formation* (1<sup>re</sup> éd.). Presses de l'Université du Québec. <https://doi.org/10.2307/j.ctt1f1167k>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.11.006>
- Lawrence, L. A. (2011). Work Engagement, Moral Distress, Education Level, and Critical Reflective Practice in Intensive Care Nurses : Critical Reflective Practice in Intensive Care Nurses. *Nursing Forum*, 46(4), 256-268. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2011.00237.x>
- Lee, M. L., Hayes, P. A., McConnell, P., & Henry, R. M. (2013). Students Delivering Health Care to a Vulnerable Appalachian Population Through Interprofessional Service-Learning. *Gerontology & Geriatrics Education*, 34(1), 43-59. <https://doi.org/10.1080/02701960.2013.737388>
- Lefrançois, R. (2008). La recherche collaborative : Essai de définition. *Nouvelles pratiques sociales*, 10(1), 81-95. <https://doi.org/10.7202/301388ar>
- Lewitt, M. S., Cross, B., Sheward, L., & Beirne, P. (2019). Multi-sector perspectives on learning for interprofessional practice : Lessons for higher education and organisational culture. *Journal of Interprofessional Care*, 33(5), 587-589. <https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1544548>
- Liang En, W., Koh, G. C.-H., & Lim, V. K. G. (2011). Caring for Underserved Patients Through Neighborhood Health Screening : Outcomes of a Longitudinal, Interprofessional, Student-Run Home Visit Program in Singapore: *Academic Medicine*, 86(7), 829-839. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31821d841d>
- Lipman, M. (2011). *À l'école de la pensée : Enseigner une pensée holistique*. De Boeck.

- Loversidge, J., & Demb, A. (2015). Faculty perceptions of key factors in interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 29(4), 298-304. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.991912>
- Machin, L. L., Bellis, K. M., Dixon, C., Morgan, H., Pye, J., Spencer, P., & Williams, R. A. (2019). Interprofessional education and practice guide : Designing ethics-orientated interprofessional education for health and social care students. *Journal of Interprofessional Care*, 33(6), 608-618. <https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1538113>
- Mamede, S., & Schmidt, H. G. (2004). The structure of reflective practice in medicine. *Medical Education*, 38(12), 1302-1308. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2004.01917.x>
- Mann, K., Gordon, J., & MacLeod, A. (2009). Reflection and reflective practice in health professions education : A systematic review. *Advances in Health Sciences Education*, 14(4), 595-621. <https://doi.org/10.1007/s10459-007-9090-2>
- Marshall, T. (2019). The concept of reflection : A systematic review and thematic synthesis across professional contexts. *Reflective Practice*, 20(3), 396-415. <https://doi.org/10.1080/14623943.2019.1622520>
- Ménard, L., & Ratnapalan, S. (2013). Réflexion en médecine : Modèles et application. *Canadian Family Physician*, 59(1), e57-e59.
- Mezirow, J. (2018). Transformative learning theory. In *Contemporary theories of learning* (p. 114-128). Routledge.
- Michalsen, A., Long, A. C., DeKeyser Ganz, F., White, D. B., Jensen, H. I., Metaxa, V., Hartog, C. S., Latour, J. M., Truog, R. D., Kesecioglu, J., Mahn, A. R., & Curtis, J. R. (2019). Interprofessional Shared Decision-Making in the ICU : A Systematic Review and Recommendations From an Expert Panel\*. *Critical Care Medicine*, 47(9), 1258-1266. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003870>
- Milot, É., Museux, A.-C., & Careau, E. (2017). Facilitator training program : The Université Laval Interprofessional Initiative. *Social Work in Health Care*, 56(3), 202-214. <https://doi.org/10.1080/00981389.2016.1265630>
- Molyneux, J. (2001). Interprofessional teamworking : What makes teams work well? *Journal of Interprofessional Care*, 15(1), 29-35. <https://doi.org/10.1080/13561820020022855>
- Nancarrow, S. A., Smith, T., Ariss, S., & Enderby, P. M. (2015). Qualitative evaluation of the implementation of the Interdisciplinary Management Tool : A reflective tool to enhance interdisciplinary teamwork using Structured, Facilitated Action Research for Implementation. *Health & Social Care in the Community*, 23(4), 437-448. <https://doi.org/10.1111/hsc.12173>
- Ng, S. L., Kinsella, E. A., Friesen, F., & Hodges, B. (2015). Reclaiming a theoretical orientation to reflection in medical education research : A critical narrative review. *Medical Education*, 49(5), 461-475. <https://doi.org/10.1111/medu.12680>

- Nguyen, Q. D., Fernandez, N., Karsenti, T., & Charlin, B. (2014). What is reflection? A conceptual analysis of major definitions and a proposal of a five-component model. *Medical Education*, 48(12), 1176-1189. <https://doi.org/10.1111/medu.12583>
- Norrie, C., Hammond, J., D'Avray, L., Collington, V., & Fook, J. (2012). Doing it differently? A review of literature on teaching reflective practice across health and social care professions. *Reflective Practice*, 13(4), 565-578. <https://doi.org/10.1080/14623943.2012.670628>
- Oandasan, I., & Reeves, S. (2005a). Key elements of interprofessional education. Part 2: Factors, processes and outcomes. *Journal of Interprofessional Care*, 19(sup1), 39-48. <https://doi.org/10.1080/13561820500081703>
- Oandasan, I., & Reeves, Sc. (2005b). Key elements for interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context. *Journal of Interprofessional Care*, 19(sup1), 21-38. <https://doi.org/10.1080/13561820500083550>
- O'Grady, L., & Jadad, A. (2010). Shifting from shared to collaborative decision making: A change in thinking and doing. *Journal of Participatory Medicine*, 2(13), 1-6.
- Olenick, M., Allen, L. R., & Smego Jr, R. A. (2010). Interprofessional education: A concept analysis. *Advances in Medical Education and Practice*, 1, 75.
- Orchard, C., Bainbridge, L., Bassendowski, S., Stevenson, K., Wagner, S. J., Weinberg, L., Curran, V., Di Loreto, L., & Sawatsky-Girling, B. (2010). *A national interprofessional competency framework*.
- Oza, S. K., Wamsley, M., Boscardin, C. K., Batt, J., & Hauer, K. E. (2017). Medical students' engagement in interprofessional collaborative communication during an interprofessional observed structured clinical examination: A qualitative study. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 7, 21-27. <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2017.02.003>
- Papp, K. K., Huang, G. C., Lauzon Clabo, L. M., Delva, D., Fischer, M., Konopasek, L., Schwartzstein, R. M., & Gusic, M. (2014). Milestones of Critical Thinking: A Developmental Model for Medicine and Nursing. *Academic Medicine*, 89(5), 715-720. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000220>
- Paradis, E., & Reeves, S. (2013). Key trends in interprofessional research: A macrosociological analysis from 1970 to 2010. *Journal of Interprofessional Care*, 27(2), 113-122. <https://doi.org/10.3109/13561820.2012.719943>
- Paul, R. W. (2011). *Critical thinking movement: 3 waves*. 1. <http://www.criticalthinking.org/pages/critical-thinking-movement-3-waves/856>
- Pawson, R., Greenhalgh, T., Harvey, G., & Walshe, K. (2005). Realist review—A new method of systematic review designed for complex policy interventions. *Journal of Health Services Research & Policy*, 10(1\_suppl), 21-34. <https://doi.org/10.1258/1355819054308530>

- Perversi, P., Yearwood, J., Bellucci, E., Stranieri, A., Warren, J., Burstein, F., Mays, H., & Wolff, A. (2018). Exploring reasoning mechanisms in ward rounds : A critical realist multiple case study. *BMC Health Services Research*, 18(1), 643. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3446-6>
- Politi, M. C., & Street, R. L. (2011). The importance of communication in collaborative decision making : Facilitating shared mind and the management of uncertainty: Communication and decision making. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(4), 579-584. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01549.x>
- Reeves, S., Boet, S., Zierler, B., & Kitto, S. (2015). Interprofessional Education and Practice Guide No. 3 : Evaluating interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 29(4), 305-312. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.1003637>
- Reeves, S., Fletcher, S., Barr, H., Birch, I., Boet, S., Davies, N., McFadyen, A., Rivera, J., & Kitto, S. (2016). A BEME systematic review of the effects of interprofessional education : BEME Guide No. 39. *Medical Teacher*, 38(7), 656-668. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2016.1173663>
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., & Zwarenstein, M. (2011). *Interprofessional teamwork for health and social care* (Vol. 8). John Wiley & Sons.
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6.
- Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D., & Zwarenstein, M. (2013). Interprofessional education : Effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002213.pub3>
- 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. *Journal of Interprofessional Care*, 24(3), 230-241. <https://doi.org/10.3109/13561820903163405>
- Reitsma, G., Scrooby, B., Rabie, T., Viljoen, M., Smit, K., Du Preez, A., Pretorius, R., Van Oort, A., Swanepoel, M., Naudé, A., & Dolman, R. (2019). Health students' experiences of the process of interprofessional education : A pilot project. *Journal of Interprofessional Care*, 33(3), 298-307. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1572600>
- Richard, A., Gagnon, M., & Careau, E. (2019). Using reflective practice in interprofessional education and practice : A realist review of its characteristics and effectiveness. *Journal of Interprofessional Care*, 33(5), 424-436. <https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1551867>
- Roberts, L. D., Davis, M. C., Radley-Crabb, H. G., & Broughton, M. (2018). Perceived relevance mediates the relationship between professional identity and attitudes

- towards interprofessional education in first-year university students. *Journal of Interprofessional Care*, 32(1), 33-40. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1366896>
- Romanow, R. J. (2002). *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé*. Saskatoon: Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
- Ruiz, M. G., Ezer, H., & Purden, M. (2013). Exploring the nature of facilitating interprofessional learning : Findings from an exploratory study. *Journal of Interprofessional Care*, 27(6), 489-495. <https://doi.org/10.3109/13561820.2013.811640>
- Sadlon, P. P. (2018). The process of reflection : A principle-based concept analysis. *Nursing Forum*, 53(3), 364-368. <https://doi.org/10.1111/nuf.12251>
- Sandars, J. (2009). The use of reflection in medical education : AMEE Guide No. 44. *Medical Teacher*, 31(8), 685-695. <https://doi.org/10.1080/01421590903050374>
- Sasseville, M., & Gagnon, M. (2012). *Penser ensemble a l'école : Des outils pour l'observation d'une communauté de recherche philosophique en action*. Pr De L'Université Laval.
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner*. Basic Books.
- Schön, D. A. (1987). *Educating the reflective practitioner : Toward a new design for teaching and learning in the professions* (1. ed). Jossey-Bass.
- Schön, D. A. (1992a). The crisis of professional knowledge and the pursuit of an epistemology of practice. *Journal of Interprofessional Care*, 6(1), 49-63.
- Schön, D. A. (1992b). The Theory of Inquiry : Dewey's Legacy to Education. *Curriculum Inquiry*, 22(2), 119-139. <https://doi.org/10.1080/03626784.1992.11076093>
- Sims, S., Hewitt, G., & Harris, R. (2015). Evidence of a shared purpose, critical reflection, innovation and leadership in interprofessional healthcare teams : A realist synthesis. *Journal of Interprofessional Care*, 29(3), 209-215. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.941459>
- Steinert, Y., Naismith, L., & Mann, K. (2012). Faculty development initiatives designed to promote leadership in medical education. A BEME systematic review : BEME Guide No. 19. *Medical teacher*, 34(6), 483-503.
- Tajfel, H., Turner, J. C., Austin, W. G., & Worchel, S. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. *Organizational identity: A reader*, 56, 65.
- Telford, M., & Senior, E. (2017). The experiences of students in interprofessional learning. *British Journal of Nursing*, 26(6), 350-354. <https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.6.350>
- Thistlethwaite, J. (2012). Interprofessional education : A review of context, learning and the research agenda: Interprofessional education: a review. *Medical Education*, 46(1), 58-70. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.04143.x>

- Thistlethwaite, J. (2016). Interprofessional education : 50 years and counting. *Medical Education*, 50(11), 1082-1086. <https://doi.org/10.1111/medu.12959>
- Trede, F., & Higgs, J. (2011). Collaborative decision making. In J. Higgs (Éd.), *Clinical reasoning in the health professions* (3. ed., repr, p. 43-54). Elsevier [u.a.].
- Tschannen-Moran, M., Hoy, A. W., & Hoy, W. K. (1998). Teacher efficacy : Its meaning and measure. *Review of educational research*, 68(2), 202-248.
- Vandergoot, S., Sarris, A., Kirby, N., & Ward, H. (2018). Exploring undergraduate students' attitudes towards interprofessional learning, motivation-to-learn, and perceived impact of learning conflict resolution skills. *Journal of Interprofessional Care*, 32(2), 211-219. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1383975>
- Vatne, S. (2010). Development of Professional Knowledge in Action : Experiences from an Action Science Design Focusing on "Acknowledging Communication" in Mental Health. In M. Tarozzi & L. Mortari, *Phenomenology and Human Science Research Today* (p. 108-134). Zeta Books. [https://doi.org/10.7761/9789731997452\\_4](https://doi.org/10.7761/9789731997452_4)
- Visser, C. L. F., Kusurkar, R. A., Croiset, G., ten Cate, O., & Westerveld, H. E. (2019). Students' motivation for interprofessional collaboration after their experience on an IPE ward : A qualitative analysis framed by self-determination theory. *Medical Teacher*, 41(1), 44-52. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2018.1436759>
- Visser, C. L., Wouters, A., Croiset, G., & Kusurkar, R. A. (2020). Scaffolding Clinical Reasoning of Health Care Students : A Qualitative Exploration of Clinicians' Perceptions on an Interprofessional Obstetric Ward. *Journal of Medical Education and Curricular Development*, 7, 238212052090791. <https://doi.org/10.1177/2382120520907915>
- Wackerhausen, S. (2009). Collaboration, professional identity and reflection across boundaries. *Journal of Interprofessional Care*, 23(5), 455-473. <https://doi.org/10.1080/13561820902921720>
- Walker, P., & Lovat, T. (2016). Dialogic Consensus In Clinical Decision-Making. *Journal of Bioethical Inquiry*, 13(4), 571-580. <https://doi.org/10.1007/s11673-016-9743-z>
- Walsh, C. L., Gordon, M. F., Marshall, M., Wilson, F., & Hunt, T. (2005). Interprofessional capability : A developing framework for interprofessional education. *Nurse Education in Practice*, 5(4), 230-237. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2004.12.004>
- White, S., Fook, J., & Gardner, F. (2006). *Critical reflection in health and social care*. McGraw-Hill Education (UK).
- Wong, P. S., Chen, Y. S., & Saw, P. S. (2019). Influencing factors and processes of interprofessional professional education (IPE) implementation. *Medical Teacher*, 1-7. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2019.1672864>
- World Health Organization. O, S. G. on M. E. of H. P. (Éd.). (1988). *Learning together to work together for health : Report of a WHO Study Group on Multiprofessional Education of Health Personnel: the team approach*. World Health Organization.

World Health Organization. (2010a). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. World Health Organization.

World Health Organization. (2010b). Study Group on Interprofessional Education and Collaborative Practice. *Framework for action on interprofessional education and collaboration practice*.

Yergeau, S. (2018). *Bien penser grâce à la communauté de recherche philosophique* [Master, Université Laval]. Corpus UL. <http://hdl.handle.net/20.500.11794/31453>

Zarezadeh, Y., Pearson, P., & Dickinson, C. (2009). A model for using reflection to enhance interprofessional education. *International Journal of Education*, 1(1).



## **Annexe A. Schéma conceptuel de la pensée critique (Davies, 2015)**

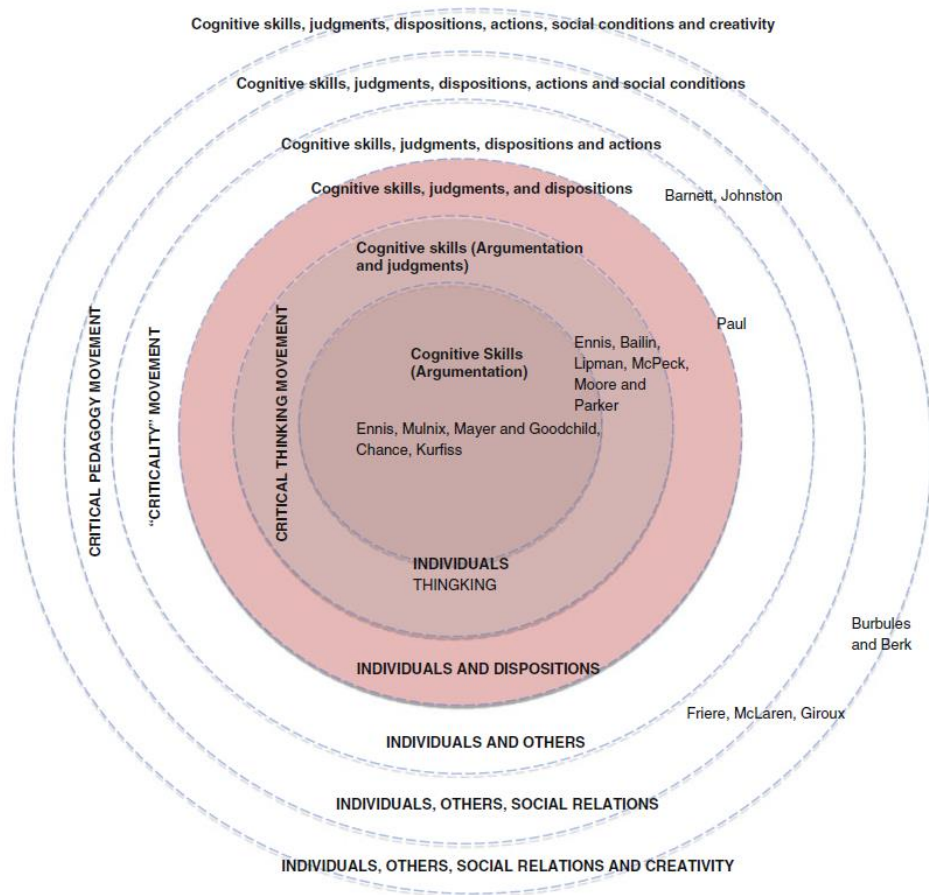


Fig. 2.9 A model of critical thinking in higher education

Davies, 2015 (Reproduit avec autorisation de l'auteur)

## **Annexe B. Formulaires**

- Formulaires de consentement
- Formulaire d'engagement à la confidentialité (équipe de recherche)

**Titre du projet : Utilisation des habiletés de pensée dans la résolution de cas cliniques en collaboration interprofessionnelle**

**Formulaire de consentement**

**Présentation**

Ce projet est réalisé dans le cadre d'une étude en pédagogie médicale réalisée par une chercheuse de la Faculté de médecine de l'Université Laval, Mme Emmanuelle Careau PhD, un professeur de la Faculté de l'éducation de l'Université de Sherbrooke, Mr Mathieu Gagnon PhD et une doctorante en sciences cliniques et biomédicales, Mme Amélie Richard. Cette étude a été financée par le Fonds Gilles Cormier de la Faculté de médecine de l'Université Laval.

Avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

**Nature du projet**

La recherche a pour but de déterminer les impacts de l'utilisation des habiletés de pensée dans l'enseignement du cours FIS-4102.

*Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval : 2018-263*

**Déroulement de la participation**

Votre participation consiste à accepter d'être filmé lors de vos échanges cliniques avec vos collègues du cours FIS-4102. Lors des enregistrements, vous serez identifié par un numéro, qui servira par la suite à assurer la confidentialité des analyses. Les vidéos seront analysées par des membres de l'équipe de recherche afin d'identifier les habiletés de pensée utilisées ou absentes lors de votre discussion ainsi que leurs impacts sur la démarche collaborative. Les enregistrements ne seront jamais diffusés et seuls les chercheurs y auront accès.

On vous demandera également de remplir un court questionnaire démographique permettant notamment de situer votre cheminement académique (programme d'étude, avancement,...) ainsi que votre expérience antérieure de collaboration interprofessionnelle. Ce questionnaire sera accessible uniquement par les chercheurs et toute information transmise demeurera confidentielle.

**Avantages, risques ou inconvénients possibles liés à votre participation**

*Avantages projetés :*

Opérationnaliser les mécanismes intellectuels impliqués lors des discussions cliniques en collaboration interprofessionnelle et les habiletés reliées à la pratique réflexive.

Participer à l'amélioration continue des cours du continuum FIS, notamment en ce qui concerne les discussions cliniques.

*Aucun risque connu lié à la participation à l'étude:*

Cette étude ne fait pas partie du programme d'étude obligatoire et n'interfère pas avec l'horaire de cours. Cette étude ne comprend pas de modification du type d'évaluation auquel vous serez soumis. Vos professeurs et évaluateurs ne sont pas présents lors de l'étude, n'ont pas accès aux enregistrements, ni aux grilles d'analyse. Votre participation n'exerce aucune influence sur vos résultats d'examens ou d'évaluations.

## **Titre du projet : Utilisation des habiletés de pensée dans la résolution de cas cliniques en collaboration interprofessionnelle**

### **Participation volontaire et droit de retrait**

Vous êtes libre de participer à ce projet. Vous pouvez aussi mettre fin à votre participation sans conséquence négative ou préjudice et sans avoir à justifier votre décision. Si vous décidez de mettre fin à votre participation, il est important d'en prévenir les chercheurs dont les coordonnées sont incluses dans ce document. Tous les renseignements personnels vous concernant seront alors détruits.

### **Confidentialité et gestion des données**

Les mesures suivantes seront appliquées pour assurer la confidentialité des renseignements fournis par les participants:

- les noms des participants ne paraîtront dans aucun rapport;
- les divers documents de la recherche seront codifiés et seul le chercheur aura accès à la liste des noms et des codes;
- Les chercheurs ayant accès aux documents vidéos ou aux questionnaires papiers auront signé un formulaire les engageant à respecter la confidentialité des informations.
- les matériaux de la recherche, incluant les données et les enregistrements, seront conservés dans un serveur protégé par un mot de passe et accessibles seulement des chercheurs. Ils ne serviront qu'à des fins de recherche. Ils seront détruits cinq ans après la fin de la recherche, soit en février 2024 ;
- la recherche fera l'objet de publications dans des revues scientifiques, de formations ou de communications scientifiques, et aucun participant ne pourra y être identifié;
- un court résumé des résultats de la recherche sera expédié aux participants qui en feront la demande en indiquant l'adresse où ils aimeraient recevoir le document, juste après l'espace prévu pour leur signature.

Dans un souci de protection, le ministère de la Santé et des Services sociaux demande à tous les comités d'éthique désignés d'exiger que le chercheur conserve, pendant au moins un an après la fin du projet, la liste des participants de la recherche ainsi que leurs coordonnées, de manière à ce que, en cas de nécessité, ceux-ci puissent être rejoints rapidement.

### **Renseignements supplémentaires**

Si vous avez des questions sur la recherche ou sur les implications de votre participation, veuillez communiquer avec Amélie Richard, MSc, à l'adresse courriel suivante : [amelie.richard.1@ulaval.ca](mailto:amelie.richard.1@ulaval.ca) ou avec Emmanuelle Careau, PhD, au numéro de téléphone suivant : 418 656-2131, poste 6703, ou à l'adresse suivante : [Vice-doyenneVDRS@fmed.ulaval.ca](mailto:Vice-doyenneVDRS@fmed.ulaval.ca).

### **Remerciements**

Votre collaboration est précieuse pour nous permettre de réaliser cette étude et nous vous remercions d'y participer.

**Titre du projet : Utilisation des habiletés de pensée dans la résolution de cas cliniques en collaboration interprofessionnelle**

**Signatures**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ consens librement à participer à l'étude intitulée : « Utilisation des habiletés de pensée dans la résolution de cas cliniques en collaboration interprofessionnelle ». J'ai pris connaissance du formulaire et j'ai compris le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche. Je suis satisfait(e) des explications, précisions et réponses que le chercheur m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet.

Je comprends également que j'accepte d'être filmé(e) et de remplir un questionnaire démographique.

\_\_\_\_\_  
Signature du participant, de la participante

\_\_\_\_\_  
Date

**\*\* Ne pas oublier vos initiales au bas de chaque page**

Un court résumé des résultats de la recherche sera expédié aux participants qui en feront la demande en indiquant l'adresse où ils aimeraient recevoir le document. Les résultats ne seront pas disponibles avant le 30 août 2019. Si cette adresse changeait d'ici cette date, vous êtes invité(e) à nous informer à l'adresse [amelie.richard.1@ulaval.ca](mailto:amelie.richard.1@ulaval.ca).

L'adresse (électronique ou postale) à laquelle je souhaite recevoir un court résumé des résultats de la recherche est la suivante :

\_\_\_\_\_

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension du participant.

\_\_\_\_\_  
Signature du chercheur

\_\_\_\_\_  
Date

Amélie Richard  
Doctorante en sciences cliniques et biomédicales  
Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRS)  
2975, Chemin Saint-Louis  
Québec (Québec) G1W 1P9  
Courriel: [amelie.richard.1@ulaval.ca](mailto:amelie.richard.1@ulaval.ca)

**Plaintes ou critiques**

Toute plainte ou critique sur ce projet peut être adressée au Bureau de l'Ombudsman de l'Université Laval :  
Pavillon Alphonse-Desjardins, bureau 3320  
2325, rue de l'Université  
Université Laval, Québec (Québec) G1V 0A6  
Renseignements - Secrétariat : (418) 656-3081  
Ligne sans frais : 1-866-323-2271  
Courriel : [info@ombudsman.ulaval.ca](mailto:info@ombudsman.ulaval.ca)

## **Titre du projet : Utilisation des habiletés de pensée dans la résolution de cas cliniques en collaboration interprofessionnelle**

### **Formulaire de consentement**

#### **Présentation**

Ce projet est réalisé dans le cadre d'une étude en pédagogie médicale réalisée par une professeure-chercheuse de la Faculté de médecine de l'Université Laval, Mme Emmanuelle Careau PhD, un professeur de la Faculté de l'éducation de l'Université de Sherbrooke, Mr Mathieu Gagnon PhD et une doctorante en sciences cliniques et biomédicales, Mme Amélie Richard. Cette étude a été financée par le Fonds Gilles Cormier de la Faculté de médecine de l'Université Laval.

Avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

#### **Nature du projet**

La recherche a pour but de déterminer les retombées de l'utilisation des habiletés de pensée dans l'enseignement du cours FIS-4102.

*Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval : 2018-263*

#### **Déroulement de la participation**

Votre participation consiste à accepter de participer à un Focus group de discussion entre personnes ressources pour le du cours FIS-4102. Elle consiste également à accepter d'être enregistré lors du focus group. Les enregistrements seront analysés par des membres de l'équipe de recherche afin d'identifier les difficultés et enjeux rencontrés par les personnes ressources lors du cours FIS 4102. Les enregistrements ne seront jamais diffusés et seuls les chercheurs y auront accès.

Votre participation consistera également à remplir un questionnaire d'évaluation du sentiment d'efficacité personnelle relié à votre rôle de personne ressource. Il est à noter que les questionnaires seront dénominalisés lors de l'analyse et que tout résultat sera confidentiel. Votre identité ne pourra être identifiée.

On vous demandera également de remplir un court questionnaire démographique. Ce questionnaire sera accessible uniquement par les chercheurs et toute information transmise demeurera confidentielle.

#### **Avantages, risques ou inconvénients possibles liés à votre participation**

*Avantages projetés :*

Participer à l'amélioration continue des cours du continuum FIS, notamment en ce qui concerne les discussions cliniques.

*Aucun risque connu lié à la participation à l'étude:*

Cette étude n'interfère pas avec votre engagement dans le cours FIS 4102. La responsable du cours n'aura pas accès aux enregistrements ou aux questionnaires. Seules les données analysées et dénominalisées seront diffusées.

## **Titre du projet : Utilisation des habiletés de pensée dans la résolution de cas cliniques en collaboration interprofessionnelle**

### **Participation volontaire et droit de retrait**

Vous êtes libre de participer à ce projet. Vous pouvez aussi mettre fin à votre participation sans conséquence négative ou préjudice et sans avoir à justifier votre décision. Si vous décidez de mettre fin à votre participation, il est important d'en prévenir les chercheurs dont les coordonnées sont incluses dans ce document. Tous les renseignements personnels vous concernant seront alors détruits.

### **Confidentialité et gestion des données**

Les mesures suivantes seront appliquées pour assurer la confidentialité des renseignements fournis par les participants:

- les noms des participants ne paraîtront dans aucun rapport;
- les divers documents de la recherche seront codifiés et seul le chercheur aura accès à la liste des noms et des codes;
- Les chercheurs ayant accès aux enregistrements ou aux questionnaires papiers auront signé un formulaire les engageant à respecter la confidentialité des informations.
- les matériaux de la recherche, incluant les données et les enregistrements, seront conservés dans un serveur protégé par un mot de passe et accessibles seulement des chercheurs. Ils ne serviront qu'à des fins de recherche. Ils seront détruits cinq ans après la fin de la recherche, soit en février 2024 ;
- la recherche fera l'objet de publications dans des revues scientifiques, de formations ou de communications scientifiques, et aucun participant ne pourra y être identifié;
- un court résumé des résultats de la recherche sera expédié aux participants qui en feront la demande en indiquant l'adresse où ils aimeraient recevoir le document, juste après l'espace prévu pour leur signature.

Dans un souci de protection, le ministère de la Santé et des Services sociaux demande à tous les comités d'éthique désignés d'exiger que le chercheur conserve, pendant au moins un an après la fin du projet, la liste des participants de la recherche ainsi que leurs coordonnées, de manière à ce que, en cas de nécessité, ceux-ci puissent être rejoints rapidement.

### **Renseignements supplémentaires**

Si vous avez des questions sur la recherche ou sur les implications de votre participation, veuillez communiquer avec Amélie Richard, MSc, à l'adresse courriel suivante : [amelie.richard.1@ulaval.ca](mailto:amelie.richard.1@ulaval.ca) ou avec Emmanuelle Careau, PhD, au numéro de téléphone suivant : 418 656-2131, poste 6703, ou à l'adresse suivante : [Emmanuelle.Careau@fmed.ulaval.ca](mailto:Emmanuelle.Careau@fmed.ulaval.ca).

### **Remerciements**

Votre collaboration est précieuse pour nous permettre de réaliser cette étude et nous vous remercions d'y participer.

### **Signatures**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ consens librement à participer à l'étude intitulée : « Utilisation des habiletés de pensée dans la résolution de cas cliniques en collaboration



**Titre du projet : Utilisation des habiletés de pensée dans la résolution de cas cliniques en collaboration interprofessionnelle**

interprofessionnelle ». J'ai pris connaissance du formulaire et j'ai compris le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche. Je suis satisfait(e) des explications, précisions et réponses que le chercheur m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet.

Je comprends également que j'accepte d'être enregistré(e), de remplir un questionnaire sur le sentiment d'efficacité personnelle et un questionnaire démographique.

---

Signature du participant, de la participante

---

Date

**\*\* Ne pas oublier vos initiales au bas de chaque page**

Un court résumé des résultats de la recherche sera expédié aux participants qui en feront la demande en indiquant l'adresse où ils aimeraient recevoir le document. Les résultats ne seront pas disponibles avant le 30 août 2019. Si cette adresse changeait d'ici cette date, vous êtes invité(e) à nous informer à l'adresse [amelie.richard.1@ulaval.ca](mailto:amelie.richard.1@ulaval.ca).

L'adresse (électronique ou postale) à laquelle je souhaite recevoir un court résumé des résultats de la recherche est la suivante :

---

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension du participant.

---

Signature du chercheur

---

Date

Amélie Richard  
Doctorante en sciences cliniques et biomédicales  
Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRIIS)  
2975, Chemin Saint-Louis  
Québec (Québec) G1W 1P9  
Courriel: [amelie.richard.1@ulaval.ca](mailto:amelie.richard.1@ulaval.ca)

**Plaintes ou critiques**

Toute plainte ou critique sur ce projet peut être adressée au Bureau de l'Ombudsman de l'Université Laval :

Pavillon Alphonse-Desjardins, bureau 3320  
2325, rue de l'Université  
Université Laval, Québec (Québec) G1V 0A6  
Renseignements - Secrétariat : (418) 656-3081  
Ligne sans frais : 1-866-323-2271  
Courriel : [info@ombudsman.ulaval.ca](mailto:info@ombudsman.ulaval.ca)

## FORMULAIRE D'ENGAGEMENT À LA CONFIDENTIALITÉ

### **Titre de l'étude : Utilisation des habiletés de pensée dans la résolution de cas cliniques en collaboration interprofessionnelle..**

Cette recherche est sous la direction de Emmanuelle Careau professeure à (Faculté de médecine, département de réadaptation) de l'Université Laval.

Il m'a été expliqué que :

1. Le but de la recherche est d'identifier les habiletés de pensée qui sont utilisées par les étudiants lors d'échanges cliniques interprofessionnels dans le but de bonifier éventuellement la formation interprofessionnelle qui leur est offerte..
2. Pour réaliser cette recherche, l'équipe de recherche mène une analyse thématique d'enregistrements vidéos de discussions cliniques menées entre les étudiants dans le cadre du cours FIS-4102 (Collaboration interprofessionnelle centrée sur la personne) offert à l'Université Laval. Par la signature d'un formulaire de consentement écrit, un représentant de l'équipe de recherche ou un collaborateur s'engage auprès des participants à assurer la confidentialité des données recueillies.
3. Dans l'exercice de mes fonctions, j'aurai accès à des données qui sont confidentielles. En signant ce formulaire, je reconnais avoir pris connaissance du formulaire de consentement écrit signé avec les participants et je m'engage à :
  - assurer la confidentialité des données recueillies, soit à ne pas divulguer l'identité des participants ou toute autre donnée permettant d'identifier un participant, un organisme ou des intervenants des organismes collaborateurs;
  - assurer la sécurité physique et informatique des données recueillies;
  - ne pas conserver de copie des documents contenant des données confidentielles après la fin du projet.

Je, soussigné, \_\_\_\_\_, m'engage à assurer la confidentialité des données auxquelles j'aurai accès.

\_\_\_\_\_ Date :

Assistant de recherche/ Collaborateur

\_\_\_\_\_ Date :

Chercheur

Numéro d'approbation du Comité d'éthique à la recherche de l'Université Laval : 2018-263 (no CÉRUL du projet), le 9<sup>e</sup> mois de l'année.

Si j'ai des questions à propos de la recherche, je peux contacter le chercheur principal, (Emmanuelle Careau) au 656-2131.

## **Annexe C. Documents pédagogiques (FIS-4102, Été 2019)**

- Extrait des notes de cours
- Exercice portant sur les habiletés de pensée et le leadership collaboratif
- Grille d'observation des habiletés de pensée
- Grille d'évaluation de l'ÉCOS
- Tableau résumé des habiletés de pensée
- Tableau des définitions des habiletés de pensée et exemples
- Tableau des étapes de la rencontre avec suggestions de questions



## Module 5 – Raisonnement clinique et travail interdisciplinaire en équipe

Les sections 5.1 à 5.3 de ce module ont été développées dans le cadre d'un doctorat en sciences cliniques et biomédicales. Toute modification ou reproduction en totalité ou en partie ne peut se faire que sous autorisation de l'auteure principale.

Auteurs : Amélie Richard, Emmanuelle Careau, Mathieu Gagnon & Sébastien Yergeau, 2019

### 5.1 Processus de démarche clinique en équipe

Le but ultime de la collaboration interprofessionnelle (CIP) est d'offrir des soins et services efficaces, efficaces et de qualité à la personne, aux proches et aux communautés (Frenk & al., 2010; WHO, 2010). La dispensation des soins et services est bien entendu orientée et soutenue par un processus de démarche clinique. La démarche clinique est représentée comme une séquence en plusieurs étapes itératives, ayant pour but la réponse aux besoins de la personne (Charlin & al., 2012). Cette séquence s'apparente aux étapes de la rencontre de Plan d'intervention interdisciplinaire (PII) qui vous sera présentée plus loin (réf : section 5.6). En contexte de CIP, la démarche clinique est partagée entre les différents professionnels impliqués. Elle s'appuie sur le partage et la co-construction du raisonnement clinique entre les membres de l'équipe. Le raisonnement est donc central à la démarche clinique.

#### 5.1.1 Raisonnement clinique en équipe

La qualité du raisonnement des différents membres de l'équipe a un impact sur la qualité de l'analyse et des décisions qui sont prises. En contrepartie, une grande proportion des difficultés en raisonnement clinique et, éventuellement, des erreurs professionnelles, sont reliées à des faiblesses reliées à la pensée et au raisonnement (Audétat, Laurin & Sanche, 2011; Scott, 2009). Il convient donc d'accorder de l'importance au développement du raisonnement, puisqu'il sous-tend la qualité des décisions prises et des soins offerts.

Les prochaines sections viseront donc à expliciter ce qu'est le raisonnement et de quelle façon il s'applique en contexte de collaboration interprofessionnelle. Ensuite, des outils servant à assurer la rigueur et la validité du raisonnement (appelés « habiletés de pensée ») seront présentés.

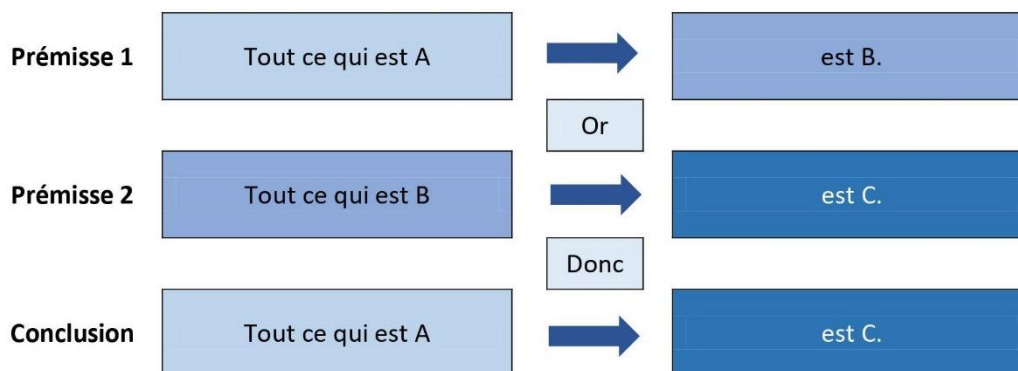


### 5.2 Le raisonnement\*

\*Il est à noter qu'une capsule narrée portant sur le raisonnement et sur les habiletés de pensée est disponible sur le portail de cours. Nous vous recommandons de l'écouter afin de mieux comprendre cette portion de la matière.

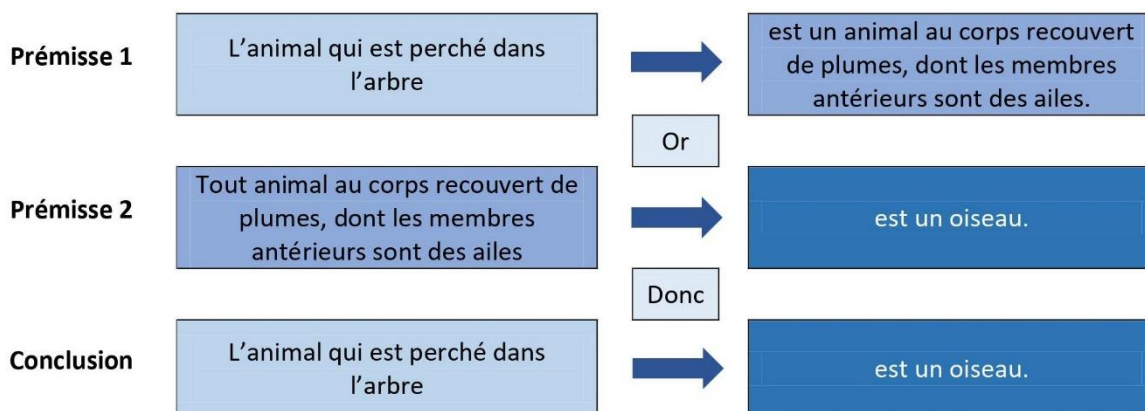
Le raisonnement déductif est une structure argumentaire qui relie trois énoncés nommés prémisses (majeure et mineure) et conclusion (Thibaudeau, 2006). Ces énoncés sont eux-mêmes composés de deux parties, qu'on peut appeler des « termes », représentées par les encadrés dans la figure suivante :

Figure 1 : Forme générale du raisonnement en logique :



Ainsi, dans la mesure où on accepte que les prémisses 1 et 2 soient vraies, on accepte également la véracité de la conclusion. Voici un exemple de raisonnement déductif :

Figure 2 : Exemple de raisonnement déductif





On retrouve cependant rarement des déductions simples qui correspondent à la forme de raisonnement présentée ci-haut en santé et services sociaux. Il arrive plus souvent qu'une conclusion repose sur plusieurs prémisses (par exemple, plusieurs symptômes reliés à un diagnostic) ou bien que la conclusion ou les prémisses doivent être nuancées (Ex : dans la plupart des cas, semble, il est probable, etc).

Les prémisses sur lesquelles repose une conclusion clinique ne sont toutefois pas toujours explicitées lors d'une discussion en contexte de collaboration interprofessionnelle, ce qui peut mener à des incompréhensions. Dans certains cas, notamment lorsqu'il y a divergence d'opinion, il devient donc important de spécifier sur quelles prémisses notre jugement professionnel est fondé. De même, en tant que collaborateur, il convient de chercher à comprendre ce sur quoi repose le jugement de nos collègues. Une meilleure compréhension mutuelle permet de favoriser une démarche clinique partagée, cohérente et rigoureuse.

Voici un exemple permettant d'illustrer ces propos.

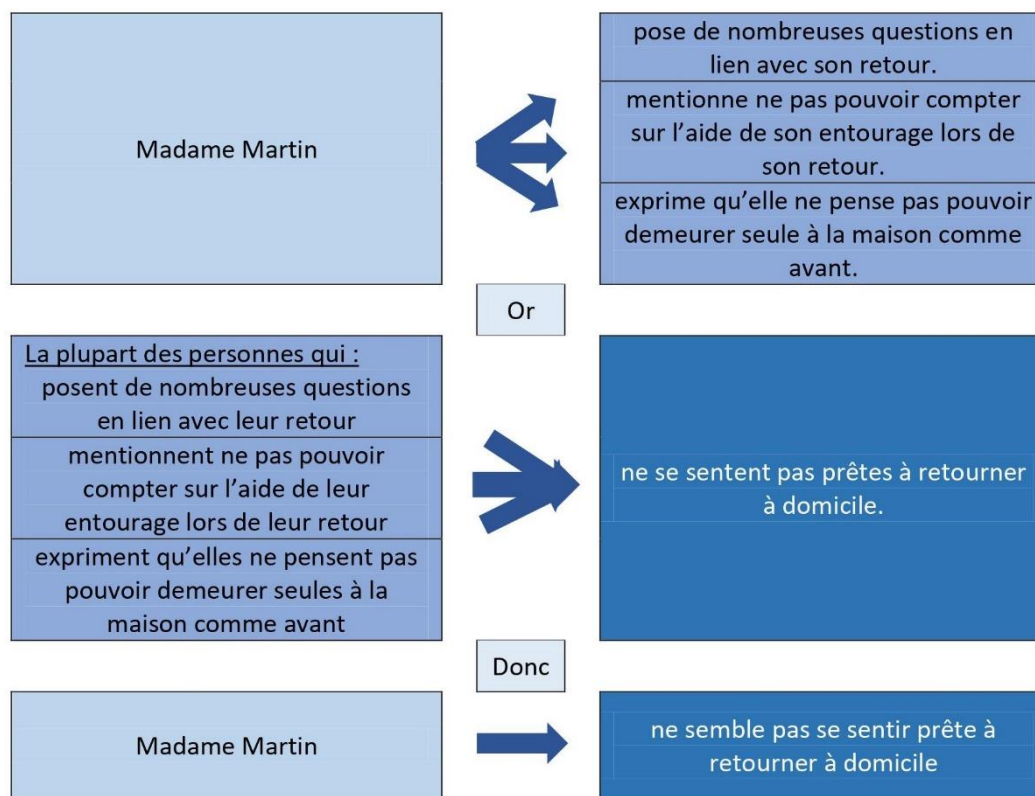
Lors d'une rencontre concernant le retour à domicile de Madame Martin après une hospitalisation de longue durée, l'infirmière affirme que cette dernière ne semble pas se sentir prête à retourner à domicile. Les autres membres de l'équipe n'ont pas remarqué cela et ne sont pas d'accord avec ce jugement. Ils ont mis en place des moyens pour soutenir le retour à domicile et se sont assurés de l'autonomie et de la sécurité de Madame Martin. Sans créer de réel conflit, cette déclaration amène de l'inconfort puisque le retour à la maison est prévu prochainement. Dans cette situation, l'équipe n'a accès qu'à la conclusion de l'infirmière :



Or, comme cette affirmation n'est pas partagée par l'ensemble de l'équipe, il convient d'explorer un peu plus sur quoi elle repose afin de faire avancer la discussion et de favoriser une vision commune de la situation. L'infirmière prend donc le temps de préciser les éléments sur lesquels elle s'appuie pour affirmer cela. La figure suivante illustre son raisonnement :



**Figure 3 :** Illustration du raisonnement de l’infirmière dans le cas de Madame Martin



Le fait d’expliciter les prémisses sur lesquelles elle s’appuie permet à l’infirmière de partager l’information qu’elle a obtenue lors de ses contacts « unidisciplinaires » avec Madame Martin. Ce partage d’information permet ensuite à l’équipe de considérer la suite des démarches en prenant en compte les inquiétudes exprimées par Madame Martin et de s’adapter à ses besoins.

Il est important d’observer ici que **les prémisses et la conclusion sont nuancées** dans cet exemple, plutôt que d’être affirmées catégoriquement, ce qui correspond à une majorité de raisonnements cliniques en santé et services sociaux. La force du raisonnement s’appuiera sur la force de ses prémisses et sur les liens qu’elles entretiennent avec la conclusion. C’est ce qu’on appellera la « validité » du raisonnement. Le fait d’expliciter l’ensemble du raisonnement est ce qui permet ensuite d’en **vérifier la validité**. Cette vérification s’effectue grâce à l’utilisation des habiletés de pensée.



### 5.3 Les habiletés de pensée

Certains raisonnements tout à fait bien construits ne sont parfois pas valides. La validité d'un raisonnement dépend de plusieurs facteurs, dont la validité de ses prémisses. Les habiletés de pensée sont des outils qui permettent d'évaluer la validité d'un raisonnement. Elles facilitent également l'organisation de la pensée de façon générale, ainsi que la co-construction des idées en contexte de collaboration.

Les habiletés de pensée sont au raisonnement ce que les habiletés techniques (gestion de la rondelle, pivot, lancer-franc...) sont au hockey : des parties d'un tout plus complexe, qu'elles modifient selon leur agencement et leur orchestration. Les habiletés de pensée sont issues d'une conception cognitive de la pensée : il s'agit d'actes cognitifs plus ou moins complexes qui permettent d'identifier, d'analyser et d'évaluer des arguments et des propositions (Davies, 2015). Certaines habiletés sont relativement répandues et utilisées dans différents contextes (ex : *donner des exemples, faire des hypothèses,...*), alors que d'autres le sont moins (ex : *identifier des relations de moyens-fin, dégager des critères,...*). C'est la créativité et la rigueur avec laquelle ces habiletés sont mobilisées et agencées selon le contexte qui assurera la validité d'un jugement (Yergeau, 2018).

En contexte de collaboration interprofessionnelle, les habiletés de pensée peuvent être utilisées pour soutenir son propre raisonnement clinique et l'exposer à ses collaborateurs. Elles peuvent également être sollicitées chez les autres par le biais de questions ciblées (ex : *Sur quoi devrait-on se baser pour choisir dans cette situation? Quels sont les indices qui t'amènent à penser à cette hypothèse?*). Dans ce cas, on parlera de « co-construction » de la pensée ou du raisonnement : chaque intervention est effectuée dans le but de mieux comprendre l'autre et de construire la réflexion à partir de ce qu'il apporte. Cela n'implique pas que tous doivent être d'accord avec les idées apportées par les autres, au contraire. Il peut être tout-à-fait justifié d'apporter un *contre-exemple, d'examiner l'envers d'une position, d'envisager une alternative,...* Par contre, on ne se placera pas dans une dynamique d'opposition, de débat ou de conflit (ex. *Je ne comprends pas pourquoi tu dis ça! Je ne suis vraiment pas d'accord...*), mais bien dans une dynamique de compréhension et de co-construction. Cette façon de réfléchir en équipe permet de considérer l'apport de chacun, mais surtout, de réellement baser la discussion sur un objectif commun, soit d'offrir des soins et services centrés sur les besoins et attentes de la personne et ses proches.





Dans le cadre de ce cours, les habiletés jugées les plus pertinentes au contexte de collaboration interprofessionnelle ont été ciblées (Gagnon & Yergeau, 2016). Vous trouverez dans le tableau suivant une définition de chacune de ces habiletés de pensée ainsi qu'un exemple d'utilisation en contexte clinique. La quatrième colonne (Question permettant de solliciter l'habileté), sera abordée un peu plus loin dans cette section, en lien avec les rôles de l'animateur (Réf : Section 5.5).

De nouveau, on vous rappelle qu'une capsule narrée est disponible sur le site de cours afin de vous aider à bien comprendre cette portion de la théorie et d'être en mesure, éventuellement, de la transposer dans votre pratique.

## ACTIVITÉ 1B : Se familiariser avec les habiletés de pensée\* et le leadership collaboratif



9h10 à 9h45  
(durée : 35 minutes)

### Objectifs:

- Expérimenter l'utilisation des habiletés de pensée lors d'une discussion clinique en équipe interdisciplinaire.
- Identifier les difficultés liées à l'utilisation des habiletés de pensée et les impacts positifs sur le déroulement du travail de collaboration.
- Observer les manifestations du leadership collaboratif lors de la discussion et identifier des stratégies favorables à son exercice.

\*On cible ici l'utilisation des habiletés de pensée (et non le raisonnement tel que présenté dans les notes de cours) puisque ces dernières sont à la base du raisonnement et/ou le constituant : les habiletés vous permettent de formuler des raisonnements, de les vérifier, etc.

### 1. Prendre connaissance de la courte mise en situation suivante (5 minutes)

Monsieur Cormier, 52 ans, est atteint d'arthrite rhumatoïde et d'une colite ulcéreuse. Il a de plus été admis à l'hôpital il y a quelques jours en raison de pertes de mémoire, d'une confusion et d'une difficulté à accomplir les tâches reliées à l'entretien de la maison. Monsieur Cormier cherchait ses mots et présentait une lenteur pour comprendre les propos de son épouse. L'IRM a objectivé le développement d'une sclérose en plaques. Les symptômes ont légèrement diminué depuis son admission à l'hôpital. Les douleurs reliées à l'arthrite nuisent au bon fonctionnement de Monsieur, qui précise être plutôt sédentaire maintenant alors qu'il était très actif avant le développement des symptômes. De plus, Monsieur Cormier a de la difficulté à manger suffisamment pour combler ses besoins en raison de la colite et a perdu une trentaine de livres au cours des six derniers mois. Il dit ne pas avoir l'énergie nécessaire pour sortir et voir des amis. Ses enfants, adultes, habitent à l'extérieur. Monsieur Cormier semble plutôt sous le choc du nouveau diagnostic de SP. Il arrive à mentionner son inquiétude face à l'accumulation des diagnostics de maladies auto-immunes. Il souhaite néanmoins reprendre son emploi de programmeur analyste le plus rapidement possible, pour retrouver une vie « normale ». Son épouse est souvent en pleurs et mentionne « qu'elle ne sait pas ce qu'elle fera ». Elle mentionne aussi ne pas se sentir en mesure de d'aider son conjoint et d'assumer toutes les tâches reliées à la maison seule.

### 2. Discussion (15 minutes)\* :

Chaque équipe est amenée à discuter de la situation de Monsieur Cormier en utilisant les habiletés ciblées pour leur pertinence particulière en contexte de collaboration interprofessionnelle (voir tableau page suivante). Vous êtes invités à expérimenter le

leadership collaboratif lors de la discussion. La discussion porte sur le cas de Monsieur Cormier et vise à **identifier le problème principal dans la situation**.

\*Veuillez noter qu'il n'y a pas de réponse précise à cet exercice et vous n'aurez probablement pas le temps de « régler la situation ». Le but ici est de vous engager dans une première discussion clinique ensemble, puis d'expérimenter et de vous familiariser avec l'utilisation de quelques habiletés de pensée.

<b>Habiletés de pensée favorisant la co-construction de la démarche en CIP</b>
Synthétiser*
Envisager des alternatives*
Examiner l'envers d'une position*
Questionner*
Construire son idée à partir de celles des autres*
Reformuler*

#### **1. Retour réflexif (15 minutes) :**

1. Partagez vos réactions quant à l'utilisation des habiletés de pensée : difficultés rencontrées, impacts positifs observés. Pour vous aider, identifiez des exemples précis d'utilisation et leurs impacts. (Ex : Lorsque Guillaume a questionné Cassandra sur les raisons qui l'amenaient à prioriser ce problème, cela a soutenu la compréhension de tous.)
2. Identifiez des exemples précis témoignant de l'exercice du leadership collaboratif lors de la discussion. (Ex : Lorsque nous parlions de tel sujet, c'est plutôt X qui guidait, alors que quand nous sommes passés à ce sujet, Y a apporté des informations complémentaires propres à sa discipline.)
3. Déterminez si l'utilisation des habiletés a pu ou non soutenir le leadership collaboratif. Expliquez votre réponse. (Ex : Nommez une habileté utilisée et son impact sur le leadership collaboratif.)
4. Identifiez une stratégie favorable au leadership collaboratif à mettre en place lors de vos échanges pendant la fin de semaine de cours. (La stratégie peut se référer ou non à une habileté de pensée.)
5. Vous pouvez prendre en note les éléments principaux de votre retour réflexif : ils pourront vous être utiles pour compléter le **Journal de bord d'équipe 3. Notez la stratégie ciblée pour soutenir le leadership collaboratif dans votre Journal de bord d'équipe 1.**
6. Finalement, lors d'une plénière animée par votre personne ressource, vous êtes invités à partager la stratégie choisie en grand groupe, en justifiant sa pertinence.

Grille d'observation sur l'utilisation des habiletés pour l'activité d'élaboration d'une compréhension commune de la situation de la personne

Habiletés	Utilisation			Exemples d'interventions mobilisant des habiletés de pensée	Contribution de ces interventions pour le raisonnement clinique et la collaboration interprofessionnelle
	Adéquate	Inadéquate	Absente		
Exemples et contre exemples					
Définitions					
Raisons et causes					
Raisonnements causaux					
Hypothèses					
Relations moyen-fin					
Critères					
Évaluations					
Priorisations					
Synthèses					
Alternatives					
Envers d'une position					
Questions					
Idées des autres					
Reformulations					

Est-ce que certaines habiletés auraient pu soutenir davantage la compréhension commune de la situation?  
Si oui, lesquelles et pourquoi? Si non, pourquoi?

Tableau résumé des habiletés de pensée principales en  
contexte de démarche clinique en collaboration interprofessionnelle

<b>Habiletés de pensée</b>
Donner des exemples
Donner des contre-exemples
Définir
Identifier des raisons ou des causes
Exposer un raisonnement causal
Formuler des hypothèses (hypothèse causale ou raisonnement hypothétique)
Identifier des relations de moyen-fin
Déterminer des critères
Évaluer
Prioriser
Synthétiser
Envisager des alternatives
Examiner l'envers d'une position
Questionner
Construire son idée à partir de celles des autres
Reformuler



**Tableau 1a** – Les habiletés de pensée principales en contexte démarche clinique en collaboration interprofessionnelle

Habilité de pensée	Définition (Adapté de Gagnon & Yergeau, 2016)	Exemple d'utilisation	Question permettant de solliciter l'habileté
<p><b>Donner des exemples</b></p> <p><b>Donner des contre-exemples</b></p>	<p>Illustrer une idée, une pensée ou une opinion à partir de situations concrètes.</p> <p>Nuancer pour contredire une idée, une pensée ou une opinion à partir d'illustrations concrètes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Madame Perron a de multiples problématiques de santé, dont du diabète et de l'hypertension.</li> <li>• Monsieur Tremblay est plutôt sédentaire, mais il lui arrive de prendre des marches avec son chien.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quels sont les symptômes de Madame Perron?</li> <li>• Qu'est-ce que Judith fait dans ce genre de situation?</li> <li>• Y a-t-il des moments où elle n'a pas ces symptômes?</li> </ul>
<b>Définir</b>	Déterminer les caractéristiques propres et distinctives d'un concept complexe ou pouvant avoir différentes définitions selon les disciplines (ex : autonomie, sécurité,...)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une hémiparésie est une paralysie incomplète affectant un seul côté du corps, qui se traduit par une baisse de la force musculaire et des capacités de mouvement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quand tu parles d'autonomie, qu'est-ce que ça regroupe pour toi?</li> <li>• Qu'est-ce que tu veux dire quand tu dis « ... »?</li> <li>• Pour toi, qu'est-ce qui constituerait un contexte sécuritaire pour Madame Roy?</li> </ul>
<b>Identifier des raisons ou des causes</b>	Identifier ce qui justifie ou explique un état, une situation, une proposition,...	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nous nous rencontrons aujourd'hui pour discuter de la situation de Jérémy et de sa famille.</li> <li>• Je pense à prioriser un suivi psychosocial puisqu'il y a des risques de compromission.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pourquoi penses-tu qu'il faudrait intervenir auprès des parents?</li> <li>• Qu'est-ce qui a provoqué l'apparition des symptômes?</li> </ul>
<b>Exposer un raisonnement causal</b>	Déterminer les origines d'une situation ou d'un phénomène et en identifier les conséquences et les retombées. Cela permet d'explorer la cause d'un problème et ses impacts.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les difficultés de langage de Madame Martel (<i>cause</i>) l'amènent à s'isoler (<i>conséquence</i>).</li> <li>• Monsieur Gendron présente une hémiparésie du côté gauche suite à son AVC.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voir section précédente (<i>identifier des raisons ou des causes</i>)</li> <li>• Quelles pourraient être les répercussions de la mauvaise prise de médication actuelle?</li> </ul>



<p><b>Formuler des hypothèses (hypothèse causale ou raisonnement hypothétique)</b></p>	<p>Proposer une explication à vérifier au sujet d'une question, d'un problème ou d'une situation.</p> <p>Proposer une idée hypothétique pour en vérifier les conséquences Ce type de raisonnement peut être traduit sous la forme « Si... alors... »</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les sinusites à répétition pourraient peut-être être dues à des allergies.</li> <li>• Si on priorise d'abord la diminution de la douleur, on aura peut-être aussi un impact sur les symptômes dépressifs de Monsieur.</li> </ul>	<p>L'hypothèse causale peut-être sollicitée avec des questions similaires à celles présentées ci-haut (<i>identifier des raisons ou des causes</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Est-ce que quelqu'un aurait une idée de ce qui pourrait favoriser le retour à domicile/le bien-être/la reprise des activités?</li> </ul>
<p><b>Identifier des relations de moyen-fin</b></p>	<p>Déterminer les buts, les objectifs, les attentes... et identifier les façons, les méthodes ou les outils pour y parvenir afin de voir la validité de ce raisonnement.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De l'enseignement concernant la prévention des chutes aidera Madame à être en sécurité seule chez elle.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quel objectif nous permettrait le mieux de répondre au besoin prioritaire ciblé?</li> </ul>
<p><b>Déterminer des critères</b></p>	<p>Déterminer des éléments à partir desquels il est possible d'évaluer des possibilités, d'orienter des décisions, de faire des choix...</p> <p>Un critère est donc une raison ou un principe particulièrement valable sur lequel on peut s'appuyer pour guider ou justifier une décision, un choix, une orientation...</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Je pense qu'il sera important de considérer les attentes de Monsieur dans l'établissement des prochains objectifs.</li> <li>• Je pense que ce qui nuit le plus à l'autonomie/ au bien-être/ à la sécurité... est...</li> </ul> <p>Ici, les attentes de la personne, l'autonomie, le bien-être, la sécurité,... sont des critères pour prioriser des objectifs.</p>	<p>Ici, il est possible de poser une question se basant déjà sur un critère déterminé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quel objectif répondrait le mieux aux attentes de la personne? Qu'est-ce qui nuit le plus à la sécurité?</li> </ul> <p>Il est également possible de poser la question plus largement pour rechercher ces critères :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelle sphère semble être prioritaire présentement?</li> </ul>
<p><b>Évaluer</b></p>	<p>Examiner si les raisons, les hypothèses, les solutions, les objectifs, les moyens... avancés sont valables et acceptables au regard d'une situation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Je ne suis pas certaine que ce problème ait tant d'impacts compte tenu qu'elle poursuit tout de même ses activités.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Croyez-vous que cet aspect ait beaucoup d'importance pour elle?</li> <li>• Est-ce que cet objectif est pertinent pour le problème?</li> <li>• Pourquoi devrait-on envisager cette option?</li> <li>• Comment pourrait-on y arriver?</li> </ul>



<b>Prioriser</b>	Examiner quelles raisons/ hypothèses/ solutions/ objectifs/ moyens... sont les plus valables et devraient être priorisés.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Je pense que ce serait important de commencer par sécuriser l'environnement de Gabriel parce que...</li> <li>• Il faudrait d'abord réussir à faire diminuer la douleur pour...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qu'est-ce qui semble le plus important pour Gabriel?</li> <li>• Par quel objectif devrait-on débiter?</li> <li>• Qu'est-ce qui permettrait le mieux d'atteindre...?</li> </ul>
<b>Synthétiser</b>	Rassembler les éléments les plus importants afin de donner une vue d'ensemble cohérente d'une situation, d'une discussion... La synthèse dépasse la simple reformulation : elle reprend un ensemble de propos et en propose une "nouvelle" lecture en organisant l'information et en la résumant.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si je résume, Clément a commencé à chercher ses mots il y a un peu plus d'un an, puis il a commencé à oublier certaines informations du quotidien, comme des rendez-vous. Les difficultés sont plus importantes depuis quelques semaines alors qu'il n'arrive plus à effectuer certaines tâches, ce qui met en péril son emploi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Est-ce que quelqu'un pourrait résumer ce qui a été dit?</li> <li>• Est-ce que quelqu'un pourrait nous dresser un portrait de la situation actuelle de Madame?</li> </ul>
<b>Envisager des alternatives</b>	Proposer une idée différente de ce qui a déjà été dit. Envisager un problème ou un objectif différent par exemple.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il pourrait peut-être être intéressant de plutôt commencer par un objectif plus psycho-social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Est-ce qu'il y a d'autres propositions?</li> <li>• Est-ce que quelqu'un pense à un autre problème/objectif?</li> </ul>
<b>Examiner l'envers d'une position</b>	Considérer l'inverse d'une pensée, d'un argumentation ou d'une position pour en voir la validité ou pour trouver d'autres solutions. Considérer une analyse différente, une autre explication.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Je pense que ce n'est peut-être pas une question de volonté, mais peut-être plutôt une réaction face à l'ampleur des difficultés vécues...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Est-ce que tout le monde perçoit la situation de cette façon?</li> <li>• Est-ce qu'il y aurait une autre façon d'expliquer cela?</li> </ul>
<b>Questionner</b>	Formuler des interrogations sur ce qui est flou, confus, incompris, problématique, etc. dans le but d'avoir davantage d'explications.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans quelles sphères spécifiques souhaiterais-tu augmenter l'autonomie?</li> <li>• Pourquoi crois-tu qu'il s'agisse d'un problème prioritaire?</li> </ul>	<i>Tous les exemples présentés sont des questionnements.</i>





<p><b>Construire son idée à partir de celles des autres</b></p>	<p>Partir de l'intervention de quelqu'un pour élaborer et enrichir son propre point de vue, que ce soit en accord ou en désaccord avec ce qui a été dit.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• C'est vrai qu'il semble avoir de la difficulté à gérer les changements. J'ai aussi observé qu'il avait tendance à nier certains impacts au quotidien.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Est-ce que quelqu'un aurait un exemple?</li> <li>• Est-ce que quelqu'un aurait quelque chose à ajouter?</li> <li>• Est-ce que tout le monde est d'accord?</li> <li>• Est-ce que quelqu'un aurait une autre vision?</li> </ul>
<p><b>Reformuler</b></p>	<p>Formuler une idée ou une pensée (la sienne ou celle d'un autre) de plusieurs façons.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Je crois que, dans cette situation, il sera essentiel de considérer les préoccupations des parents » « Oui, je pense aussi que la meilleure façon d'intervenir serait vraiment d'aller dans le même sens qu'eux. »</li> </ul>	<p><i>On posera une question spécifique à la reformulation plutôt lorsque quelqu'un manifestera sa difficulté à exprimer une idée.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Est-ce que quelqu'un voudrait tenter de le redire autrement?</li> <li>• Est-ce que quelqu'un comprend ce que Julie veut dire et voudrait le reformuler?</li> </ul>



\* Cette sous-section s'inspire des travaux de Careau, Brière, & Houle (2008) et Careau, Brière, Houle, Dumont, Vincent, & Swaine (2014)

Tableau 5 – Étapes de la rencontre interdisciplinaire

Étapes générales	Étapes spécifiques d'un PII	Exemples de questions d'animation et habiletés de pensée
A. Élaboration d'une vision commune de la situation	<b>A.1 Clarifier le but commun</b> : Pourquoi nous rencontrons-nous aujourd'hui ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quelles sont vos attentes/besoins/priorités concernant la rencontre d'aujourd'hui?</li> </ul>
	<b>A.2 Clarifier les rôles professionnels de chacun</b> : Quel est le rôle de chacun des intervenants ? *	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les participants vont nommer ou décrire leur rôle. Au besoin, on peut <i>questionner, reformuler, donner des exemples...</i></li> </ul>
	<b>A.3 Partage des données cliniques</b> : Quelles sont les données importantes à partager ? Tour de table où chaque intervenant, en fonction de sa discipline, présente : <ul style="list-style-type: none"> <li>L'état de la situation, ses causes et ses conséquences pour la personne et ses proches;</li> <li>Les besoins, les attentes, les priorités, les forces et les ressources de la personne et de ses proches.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Est-ce que quelqu'un a quelque chose à ajouter sur ce point? (<i>Construire son idée à partir de celle des autres</i>)</li> <li>Est-ce que quelqu'un a observé quelque chose de différent? (<i>contre-exemple, envers d'une position</i>)</li> <li>Qu'est-ce qui explique cette situation selon vous? (<i>Raisons, causes</i>)</li> <li>Est-ce que quelqu'un pourrait proposer une <i>synthèse</i> de la situation de Madame?</li> </ul>
B. Identification des objectifs communs et des interventions interdisciplinaires	<b>B.1</b> À partir de la synthèse de la situation, <b>déterminer le ou les problème(s) prioritaire(s)</b> .	D'abord, on va identifier des <i>critères</i> sur lesquels s'appuyer pour déterminer le problème prioritaire : <ul style="list-style-type: none"> <li>Qu'est-ce qui est le plus important pour la personne? Qu'est-ce qui nuit le plus à sa santé? À sa sécurité? Pourquoi?</li> <li>Parmi les problèmes nommés, lequel pourrait englober les autres? Lequel semble être la cause? Lequel pourrait avoir le plus d'impact? Pourquoi?</li> </ul>
	<b>B.2</b> Formuler le ou les objectifs communs, en lien avec le ou les problèmes prioritaires identifiés.	De la même façon que pour le problème prioritaire, on cherchera à identifier des <i>critères</i> permettant de formuler des objectifs communs. <ul style="list-style-type: none"> <li>Voir section précédente.</li> <li>Qu'est-ce qui nous permettrait le mieux de répondre à ce problème? (<i>moyens-fins</i>)</li> <li>Y aurait-il d'autres possibilités à envisager? (<i>envisager des alternatives</i>)</li> </ul> Les habiletés de <i>raisonnement hypothétique, de raisonnement causal, le dégagement des conséquences</i> peuvent aider à orienter cette étape.



	<b>B.3 Identifier les interventions :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Établir des critères précis</b> pour le choix des interventions prioritaires;</li> <li>• Questionner et <b>évaluer les conséquences des interventions</b> en fonction des critères préétablis;</li> <li>• <b>Choisir</b> les interventions à prioriser (responsabilités de chacun et date de suivi).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non traité dans ce cours.</li> </ul>
<b>C. Mise en application du PII</b>	<b>C.1 Mettre en application le PII.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non traité dans ce cours.</li> </ul>
<b>D. Évaluation du PII</b>	<b>D.1 Évaluer l'atteinte des objectifs</b> dans une rencontre subséquente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non traité dans ce cours.</li> </ul>

\* **N.B.** Il ne sera pas nécessaire d'effectuer l'étape A.2 lors de l'ÉCOS-É puisque vous vous serez présentés avant de débiter l'examen.

## **Annexe D. Questionnaires**

- Questionnaires sur le « sentiment d'efficacité personnelle envers le soutien des pratiques collaboratives en santé et services sociaux »
- Questionnaire démographique à l'intention des facilitateurs (SEP-CIP)
- Questionnaire démographique à l'intention des facilitateurs (discussion focalisée)
- Questionnaire démographique à l'intention des étudiants

Numéro du participant : \_\_\_\_\_ Date de la formation : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Gestionnaire : oui \_\_\_ non \_\_\_ Sexe : H \_\_\_ F \_\_\_

**Mesure du sentiment d'efficacité personnelle envers le soutien des pratiques collaboratives en  
santé et services sociaux  
(Version pour superviseur de stage)**

Actuellement, quel est votre niveau de confiance en vos capacités de superviseur pour...		Mon niveau de confiance en mes capacités est...			
		Faible	Modéré	Élevé	Très élevé
1.	Planifier des activités pédagogiques en lien avec la collaboration interprofessionnelle pour les étudiants.	1	2	3	4
2.	Évaluer le développement des compétences liées à la collaboration interprofessionnelle chez les étudiants que je supervise.	1	2	3	4
3.	Utiliser de façon optimale le temps alloué aux activités pédagogiques en lien avec la collaboration interprofessionnelle.	1	2	3	4
4.	Maintenir l'engagement des étudiants dans le processus d'apprentissage lié à la collaboration interprofessionnelle.	1	2	3	4
5.	Intervenir adéquatement auprès des étudiants qui éprouvent davantage de difficultés en matière de collaboration interprofessionnelle.	1	2	3	4
6.	Maintenir un climat d'ouverture et de respect avec les étudiants que je supervise.	1	2	3	4
7.	Maintenir un climat positif d'apprentissage empreint d'objectivité et d'impartialité avec les étudiants que je supervise.	1	2	3	4
8.	Communiquer aux étudiants le but et les objectifs des activités pédagogiques concernant la collaboration interprofessionnelle.	1	2	3	4
9.	Communiquer aux étudiants, dès le début, les résultats attendus suite aux activités pédagogiques concernant la collaboration interprofessionnelle.	1	2	3	4
10.	Adapter les stratégies pédagogiques aux besoins des différents étudiants selon leur contexte de stage.	1	2	3	4
11.	Offrir aux étudiants des occasions d'apprentissage pertinentes au développement des compétences liées à la collaboration interprofessionnelle.	1	2	3	4
12.	Communiquer aux étudiants de façon claire les connaissances liées à la collaboration interprofessionnelle.	1	2	3	4
13.	Clarifier les incompréhensions ou les difficultés des étudiants concernant leurs pratiques de collaboration interprofessionnelle.	1	2	3	4
14.	Offrir aux étudiants de la rétroaction constructive concernant leurs pratiques de collaboration interprofessionnelle.	1	2	3	4
15.	Offrir aux étudiants des conseils pour améliorer leurs pratiques de collaboration interprofessionnelle.	1	2	3	4
16.	Utiliser diverses stratégies pour amener les étudiants à réfléchir sur leurs pratiques de collaboration interprofessionnelle.	1	2	3	4
17.	Impliquer activement les étudiants dans l'analyse et la résolution des problèmes concernant leurs pratiques de collaboration interprofessionnelle.	1	2	3	4
18.	Maintenir l'implication des étudiants lors des activités pédagogiques et professionnelles liées à la collaboration interprofessionnelle.	1	2	3	4
19.	Ajuster l'intensité des activités pédagogiques offertes selon les besoins en lien avec la collaboration interprofessionnelle.	1	2	3	4
20.	Gérer efficacement les résistances des stagiaires à s'engager dans le processus d'apprentissage lié à la collaboration interprofessionnelle.	1	2	3	4
21.	Motiver les étudiants à améliorer leur pratique de collaboration interprofessionnelle.	1	2	3	4
22.	Fournir un accompagnement adapté aux situations plus complexes en termes de collaboration interprofessionnelle.	1	2	3	4
23.	Planifier avec d'autres superviseurs des activités pédagogiques en lien avec la collaboration interprofessionnelle.	1	2	3	4
24.	Avoir une influence positive sur le développement des compétences à la collaboration interprofessionnelle des étudiants que je supervise.	1	2	3	4
25.	Être un modèle de rôle au regard de la collaboration interprofessionnelle pour les autres superviseurs et professionnels	1	2	3	4
26.	Être un modèle de rôle au regard de la collaboration interprofessionnelle pour les étudiants.	1	2	3	4

**Titre du projet : Utilisation des habiletés de pensée dans la résolution de cas cliniques en collaboration interprofessionnelle**

**Questionnaire démographique**

Vous avez accepté de remplir un questionnaire sur le sentiment d'efficacité personnelle relié à la recherche « *Utilisation des habiletés de pensée dans la résolution de cas cliniques en collaboration interprofessionnelle* ». Merci de bien vouloir remplir ce questionnaire. Les données recueillies seront conservées par les chercheurs et demeureront confidentielles.

**Données démographiques**

Genre :

Masculin    Féminin    Autre réponse    Je préfère ne pas répondre

Groupe d'âge :

21-25    26-30    31-35    36-40    41-45    46-50    50+

**Domaine d'étude antérieur (ou en cours le cas échéant)**

Dernier diplôme obtenu : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_

Autre formation pertinente : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_

**Expérience professionnelle**

Dans quel domaine travaillez-vous ?

Profession : \_\_\_\_\_

Milieu/contexte de pratique : \_\_\_\_\_

**Expérience antérieure en formation interprofessionnelle**

À combien de cours FIS avez-vous déjà participé en tant que personne ressource ?

Premier    2    3    4    5 et plus\*

\*Si vous avez répondu 5 et plus, veuillez svp répondre à la question suivante :

En moyenne, je participe à \_\_\_\_\_ cours par année depuis \_\_\_\_\_ ans.

**Signature**

Veillez prendre note que votre nom est nécessaire sur ce questionnaire afin de le relier avec votre formulaire de consentement. Les données seront cependant complètement dénominalisées et vos réponses demeureront confidentielles.

\_\_\_\_\_  
Signature du participant, de la participante

\_\_\_\_\_  
Date

**Titre du projet : Utilisation des habiletés de pensée dans la résolution de cas cliniques en collaboration interprofessionnelle**

**Questionnaire démographique**

Vous avez accepté de participer à un focus group ce 21 février 2019, relié à la recherche « *Utilisation des habiletés de pensée dans la résolution de cas cliniques en collaboration interprofessionnelle* ». Merci de bien vouloir remplir ce questionnaire. Les données recueillies seront conservées par les chercheurs et demeureront confidentielles.

**Données démographiques**

Genre :

Masculin    Féminin    Autre réponse    Je préfère ne pas répondre

Groupe d'âge :

21-25    26-30    31-35    36-40    41-45    46-50    50+

**Domaine d'étude antérieur (ou en cours le cas échéant)**

Dernier diplôme obtenu : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_

Autre formation pertinente : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_

**Expérience professionnelle**

Dans quel domaine travaillez-vous ?

Profession : \_\_\_\_\_

Milieu/contexte de pratique : \_\_\_\_\_

**Expérience antérieure en formation interprofessionnelle**

À combien de cours FIS avez-vous déjà participé en tant que personne ressource ?

Premier    2    3    4    5 et plus\*

\*Si vous avez répondu 5 et plus, veuillez svp répondre à la question suivante :

En moyenne, je participe à \_\_\_\_\_ cours par année depuis \_\_\_\_\_ ans.

**Signature**

Veuillez prendre note que votre nom est nécessaire sur ce questionnaire afin de le relier avec votre formulaire de consentement. Les données seront cependant complètement dénominalisées et vos réponses demeureront confidentielles.

\_\_\_\_\_  
Signature du participant, de la participante

\_\_\_\_\_  
Date

### Questionnaire démographique (étudiants)

Vous avez accepté de participer au projet « Utilisation des habiletés de pensée dans la résolution de cas cliniques en collaboration interprofessionnelle ». Merci de remplir ce court questionnaire.

#### Données démographiques

Genre :

Masculin     Féminin     Je ne m'identifie à aucun genre     Je préfère ne pas répondre

Groupe d'âge :

17-20     21-25     26-30     31-35     36-40     41-50     51+

Nombre d'années de scolarité :

\_\_\_\_\_ (Primaire : 7, Secondaire : 5, Cégep : 2-3)

Niveau d'aisance en français oral :

Excellent     Bon     Moyen     Pauvre

#### Programme d'études

Programme d'études et avancement dans ce programme :

Programme : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_

#### Expérience antérieure

Avez-vous déjà suivi un cours de logique (philosophie) ?

Oui     Non

Avez-vous déjà suivi un cours de « Philosophie pour les enfants » (communauté de recherche) ?

Oui     Non

Avez-vous complété les activités suivantes portant sur les habiletés de pensée dans le cadre de ce cours ? (cochez si vous les avez complétées)

Lecture module 5     Capsule narrée     Quiz habiletés de pensée     Activité 2 (autoréflexion)

Avez-vous déjà travaillé en collaboration interprofessionnelle dans le cadre d'un emploi?

Souvent     Quelquefois     Rarement     Jamais

Avez-vous déjà travaillé en équipe interprofessionnelle dans le cadre académique ?

Oui, dans le cours préalable à celui-ci

Oui, dans un/d' autre/s cours, Précisez : \_\_\_\_\_

Non

#### Signature

Veuillez prendre note que votre nom est nécessaire sur ce questionnaire afin de le relier avec votre formulaire de consentement. Les données seront cependant complètement dénominalisées et vos réponses demeureront confidentielles. Aucune donnée ne sera transmise aux responsables de cours.

\_\_\_\_\_  
Signature du participant, de la participante

\_\_\_\_\_  
Date



**Annexe E. Preuves de soumission des articles au  
*Teaching and Learning in Medicine.***

 Teaching and Learning in Medicine

 Home

 Author

 Review

# Submission Confirmation

 Print

Thank you for your submission



**Submitted to**

Teaching and Learning in Medicine

**Manuscript ID**

HTLM-2021-0467

**Title**

A theoretical inquiry of collaborative clinical reasoning: Thinking skills to help navigate through the complexity of collaborative clinical reasoning

**Authors**

Richard, Amélie  
Yergeau, Sébastien  
Gagnon, Mathieu  
Careau, Emmanuelle

**Date Submitted**

10-Jun-2021

Author Dashboard

 Teaching and Learning in Medicine

 Home

 Author

 Review

# Submission Confirmation

 Print

Thank you for your submission



**Submitted to**

Teaching and Learning in Medicine

**Manuscript ID**

HTLM-2021-0468

**Title**

Using thinking skills to support the work of interprofessional education facilitators: A theoretical proposal based on the analysis of facilitators' experience

**Authors**

Richard, Amélie  
Gagnon, Mathieu  
Yergeau, Sébastien  
Careau, Emmanuelle

**Date Submitted**

10-Jun-2021

Author Dashboard

☰ Teaching and Learning in Medicine

🏠 Home

✍ Author

🗨 Review

# Submission Confirmation

🖨 Print

Thank you for your submission



**Submitted to**

Teaching and Learning in Medicine

**Manuscript ID**

HTLM-2021-0469

**Title**

Analysis of Thinking Skills Mobilized by Health Sciences Students: A Window on the Challenges of Clinical Reasoning in an Interprofessional Context

**Authors**

Richard, Amélie  
Careau, Emmanuelle  
Gagnon, Mathieu  
Yergeau, Sébastien

**Date Submitted**

10-Jun-2021

Author Dashboard