

médecins, les futurs psychologues, orthophonistes ou kinésithérapeutes, par exemple.

L'apprentissage interprofessionnel

Les dispositifs d'enseignement et d'apprentissage des professionnels sont habituellement organisés dans un cadre uni-professionnel, alors que la pratique s'exerce au contraire dans un cadre interprofessionnel. On peut faire l'hypothèse que l'exercice de la profession pourrait tirer profit d'une exploitation plus précoce des complémentarités de différentes formations, en mettant en interaction des étudiants de plusieurs filières dans un même processus d'apprentissage auto-dirigé. Diverses modalités d'apprentissage interprofessionnel ont été développées et implantées depuis plusieurs années^[1,2] et différents stades de la formation ont été concernés^[3-6]. Les travaux publiés dans le domaine indiquent que l'apprentissage interprofessionnel entraîne des effets favorables sur la collaboration et la communication entre professionnels^[7-9]. Les bénéfices sur la compétence restent discutés, compte tenu notamment des nombreux paramètres qui doivent être évalués et des diverses méthodes d'évaluation qui peuvent être mises en œuvre^[10,11].

La définition de l'apprentissage interprofessionnel proposée par le *Centre for the Advancement of Inter-Professional Education (CAIPE)*^[12] résume la philosophie sous-tendant la démarche entreprise : « *Occasion when two or more professions learn with, from and about each other to improve collaboration and the quality of care* ». C'est le cas du dispositif d'apprentissage interprofessionnel en construction qui fait l'objet de la présente contribution et qui vise à ce que des étudiants de différentes filières de formation apprennent ensemble, mais également qu'ils apprennent respectivement à propos et à partir de chacune d'entre elles.

Sur base des travaux de Kirkpatrick^[13], Freeth *et al.*^[14] ont élaboré une classification des objectifs visés par l'apprentissage interprofessionnel, dans le contexte des sciences de la santé (tableau I). Cette classification est en adéquation avec le cheminement

de notre réflexion sur les objectifs à poursuivre dans le cadre de l'apprentissage interprofessionnel. Dans un premier temps, nous nous préoccupons de ce qu'il peut apporter de positif aux apprenants quant aux représentations qu'ils construisent à l'égard de leur profession et des autres professions. Dans la mesure où ces perceptions conditionnent la qualité des relations interprofessionnelles^[15], il paraît essentiel d'évaluer l'impact de notre dispositif d'apprentissage interprofessionnel au regard d'une amélioration de ces relations. On sait par exemple que les différents professionnels de santé nourrissent à l'égard des uns et des autres de nombreux stéréotypes professionnels. On peut raisonnablement faire l'hypothèse, sur la base de la littérature publiée sur ce sujet^[9,15-19], que ces stéréotypes se construisent tôt chez les étudiants. Mais il est également nécessaire de connaître le point de vue des apprenants sur l'expérience d'apprentissage interprofessionnel elle-même et son impact potentiel sur leur pratique future.

Le développement de compétences adaptées à la collaboration interprofessionnelle

Dans un dispositif complètement abouti, l'apprentissage interprofessionnel vise également le développement par les apprenants de compétences spécifiques adaptées à la collaboration interprofessionnelle. Entre autres, Barr^[20] a décrit huit compétences relatives à l'apprentissage interprofessionnel en sciences de la santé, qui sont reprises dans de nombreux référentiels de compétences, tel que le cadre de compétences développé sous l'égide du projet CanMEDS 2005^[21]. Ce dernier définit les six rôles de l'expert médical, l'inter-professionnalité étant explicitée sous la rubrique « médecin collaborateur ». Toutefois, à ce stade préliminaire de la mise en œuvre d'un séminaire pilote mixte, l'accent n'a pas été explicitement mis sur le développement de telles compétences qui n'ont donc pas été évaluées en tant que telles.

Ainsi les objectifs du présent travail sont de :
1) décrire le séminaire pilote mis en place, qui

Tableau I. Les objectifs de l'apprentissage interprofessionnel dans le contexte des sciences de la santé, selon Freeth et al.^[14].

1. Réaction	Point de vue de l'apprenant sur l'expérience d'apprentissage et sa nature interprofessionnelle
2a. Modification des attitudes et des perceptions	Changements dans les attitudes ou perceptions réciproques entre les groupes de participants. Changements dans la perception ou l'attitude envers la valeur Recours à une approche d'équipe dans le soin au patient
2b. Acquisition de connaissances/savoir-faire	Connaissances et savoir-faire liés à la collaboration interprofessionnelle
3. Changement comportemental	Transfert au terrain et changement dans la pratique professionnelle
4a. Changement organisationnel	Changement important dans l'organisation et la délivrance des soins au patient
4b. Bénéfice pour le patient	Amélioration au niveau de la santé et du bien-être du patient

représente une première étape vers la construction d'un programme intégré d'apprentissage interprofessionnel en sciences de la santé ; 2) évaluer la pertinence du projet au travers des données recueillies sur la réceptivité des participants pour l'initiative proposée et 3) documenter les représentations et perceptions des participants à l'égard de la problématique de l'apprentissage interprofessionnel. À l'issue de la discussion, nous envisageons également les ajustements à apporter pour les futurs séminaires interprofessionnels, sur la base des résultats et observations issus de cette première expérience ayant réuni des étudiants médecins et orthophonistes. Pour terminer, les perspectives pour le développement d'un dispositif d'apprentissage interprofessionnel intégré sont abordées.

Méthodes

Construction du programme

Afin d'optimiser les chances de succès d'un dispositif de formation, le Laboratoire de soutien à l'enseignement télématique de l'Université de Liège^[22] (LabSET) a développé une méthode d'aide à la gestion de projet, de la conception jusqu'à la régulation : BE-COME-RIR. Ce guide précise, pour chaque étape, un certain nombre de préoccupations, d'actions et de matériel didactique. La première étape du processus repose sur l'analyse des besoins et de l'existant (BE), qui précède la conception du dispositif de formation (C). Cette phase de conceptualisation implique une réflexion approfondie sur les objectifs à poursuivre (O), les méthodes pédagogiques à implanter (M) et les outils d'évaluation à développer (E). Ces trois éléments sont à envisager selon un principe de triple concordance entre les objectifs, les méthodes et les évaluations. Vient ensuite la phase de réalisation (R) qui consiste à réunir les conditions, les ressources et les instruments nécessaires pour implanter son intervention (I), auprès d'un nombre limité de participants. Le projet est ensuite sujet à régulation (R). Le modèle BE-COME-RIR est le fil conducteur qui guide la construction du programme d'apprentissage interprofessionnel intégré. Le séminaire pilote mixte, décrit dans le présent travail, constitue le stade d'une première intervention auprès d'un nombre limité de participants.

Comme l'argumentent Barr et al.^[23], l'apprentissage interprofessionnel tire largement profit des pédagogies actives qui engagent les étudiants dans des activités communes leur permettant d'apprendre ensemble, mais aussi les uns des autres et les uns à propos des autres. À cet égard, l'APP réunit des caractéristiques jugées par Barr et al.^[23] comme appropriées pour l'apprentissage interprofessionnel, à savoir : le travail en petits groupes collaboratifs autour d'un problème porteur de sens. En plus de l'acquisition de nouvelles connaissances et de leur intégration en un réseau structuré, l'APP vise à rendre l'étudiant autonome et à l'engager dans un processus dynamique de formation continuée^[24]. Mais il est

aussi attendu que, grâce au travail en petits groupes, l'APP favorise le développement de compétences interpersonnelles de collaboration et de communication.

En pratique, nous avons choisi de nous inspirer des méthodes de l'APP, au sens générique du terme, telles qu'elles sont implantées à la faculté de médecine de l'université de Liège^[25]. Plus particulièrement, les séminaires d'apprentissage au raisonnement clinique (ARC) nous ont servi de modèle pour la structuration de l'activité du séminaire pilote mixte (voir ci-dessous). En ce sens, il s'agit donc d'une transposition et d'une adaptation du format princeps de l'APP, puisque notre séminaire ne reproduit pas la triple séquence classique (analyse en groupe du problème et identification des objectifs d'apprentissage ; travail personnel autonome ; retour au problème en groupe et synthèse des apprentissages applicables à la compréhension/résolution du problème)^[24].

Une étape initiale a consisté à rencontrer les responsables des deux disciplines concernées, médecine et orthophonie, afin de s'accorder sur la mise en place du séminaire, la date projetée, la procédure de contact avec les étudiants stagiaires, ainsi que sur les modalités de rédaction de deux problèmes cliniques à soumettre aux participants.

Les participants

L'ensemble des étudiants du deuxième master en orthophonie (c.-à-d. la cinquième et dernière année du curriculum) et les étudiants du troisième et du quatrième master en médecine (c.-à-d. les deux dernières années du curriculum qui en compte sept), fréquentant les stages d'oto-rhino-laryngologie (ORL) et de pédiatrie ont été contactés. Les étudiants en médecine étant largement plus nombreux que les étudiants en orthophonie (chaque année du master en médecine réunit une centaine d'étudiants contre vingt à trente étudiants par année du master en orthophonie), il n'était pas envisageable de solliciter la participation de l'ensemble des étudiants du troisième et du quatrième master en

médecine. De plus, il nous paraissait davantage opportun d'impliquer des étudiants en médecine fréquentant les stages dans le domaine cible du séminaire.

Le choix de réunir ces deux publics d'étudiants, qui n'ont pas l'occasion d'interagir durant leur formation, est justifié par la pratique clinique quotidienne. Dans le contexte du système des soins de santé en Belgique, les orthophonistes sont amenés à collaborer de manière privilégiée avec des pédiatres et des ORL. Selon la réglementation en vigueur, la prise en charge orthophonique d'un enfant est dépendante de la prescription par un médecin spécialiste, le plus souvent un pédiatre ou un ORL. Au total, dix-sept étudiantes stagiaires orthophonistes et seize étudiants stagiaires médecins ont participé au séminaire qui s'est déroulé l'après-midi du 12 janvier 2007.

Le matériel

Les problèmes cliniques

Des enseignants des deux disciplines concernées ont participé à la création des deux problèmes cliniques à l'intention des participants. Ces enseignants ont été choisis également pour leur expérience clinique dans les domaines cibles. L'objectif était d'élaborer des problèmes cliniques susceptibles d'intéresser tout autant les étudiants stagiaires orthophonistes que médecins. Deux problèmes ont été rédigés sur la base de cas cliniques concrets auxquels de futurs médecins et de futurs orthophonistes seront très probablement confrontés dans leur pratique professionnelle. Le niveau de complexité des cas cliniques proposés a été déterminé par les enseignants rédacteurs, en se basant sur leur expérience d'encadrement d'étudiants stagiaires médecins et/ou orthophonistes.

Le premier problème clinique relate le cas d'un enfant de trois ans et demi présentant un retard du langage oral associé à des problèmes ORL. Le second problème décrit un cas de déficit du langage écrit associé à des troubles attentionnels chez

un jeune garçon de huit ans. Pour chacune des situations cliniques proposées, il est demandé : 1) d'établir des hypothèses diagnostiques, 2) de réfléchir à la nécessité d'examen complémentaires (si oui, lesquels et chez qui ?) et 3) de proposer un suivi adapté.

Le questionnaire d'évaluation

Un outil destiné à l'évaluation du séminaire pilote a été créé spécifiquement. Il s'agit d'un questionnaire écrit, en deux parties, à compléter sur une base individuelle et anonyme. La première partie du questionnaire comporte un ensemble de propositions relatives aux caractéristiques et rôles que les participants, des deux formations concernées (médecine et orthophonie) associent à leur future profession ainsi qu'à l'autre profession visée. La seconde partie du questionnaire contient des propositions destinées à évaluer l'influence du séminaire sur les représentations initiales des participants, mais aussi son impact éventuel sur leurs pratiques professionnelles futures.

La rédaction du questionnaire a été guidée par un travail préliminaire de revue de la littérature scientifique concernant les thématiques suivantes : l'enseignement interprofessionnel^[4,26-29], la collaboration interprofessionnelle^[30], la notion de professionnalisme^[3,31], mais aussi les stéréotypes (inter)professionnels^[9,15-17,19]. Dans la littérature consultée, nous n'avons pas trouvé d'instrument directement utilisable par rapport aux objectifs d'évaluation poursuivis. En conséquence, nous avons décidé de construire un questionnaire *ad hoc* dédié à l'évaluation spécifique du séminaire. Celui-ci est constitué d'items inspirés ou tirés de différents outils présentés dans les articles consultés et « validés » par leurs auteurs (il s'agit cependant d'une simple validité apparente – *face validity* – et non pas d'une validation au sens métrologique).

Dans le but d'obtenir une image raisonnablement fine des représentations des professions de médecin et d'orthophoniste chez les participants, nous abordons dans la première partie du questionnaire différentes dimensions identifiées au cours de notre

revue de la littérature et qui paraissent être les plus pertinentes par rapport au propos de l'étude menée. Les dimensions explorées sont les suivantes : la personnalité, le professionnalisme, et la collaboration.

Chacune des sections de la première partie du questionnaire (voir ci-dessous) est présentée deux fois, ceci afin de permettre aux participants de répondre dans un premier temps en fonction de leur future profession et ensuite en fonction de l'autre profession concernée. Les réponses des participants sont exprimées à l'aide d'une échelle de Likert à six points allant de 0 (= pas du tout d'accord ou faiblement associée, selon la réponse attendue) à 5 (= tout à fait d'accord ou fortement associée, selon la réponse attendue).

Vingt-quatre propositions ont été rédigées autour de la dimension de la personnalité (tableau II, pour la liste des propositions), les participants devant noter leur degré d'accord pour chacune d'entre elles. Ces propositions sont une adaptation d'items extraits de l'échelle construite par Rudland et Mires^[9] pour l'évaluation de la personnalité des médecins et des infirmières, ainsi que de l'échelle d'évaluation des stéréotypes dans les équipes de soins de santé (*The Health Team Stereotyping Scale*) de Osgood et al.^[17,32].

Concernant la dimension du professionnalisme, une liste de huit items est proposée aux participants (tableau III). En regard de la littérature consultée, ces items peuvent être considérés comme centraux dans la définition du professionnalisme. Les propositions retenues sont issues du travail de synthèse d'Arnold^[3,33] sur l'évaluation des comportements professionnels. Les participants doivent indiquer avec quelle force ils associent chacun de ces huit items aux deux professions concernées.

Dans le même esprit, nous avons inclus dans notre questionnaire une série de propositions destinées à déterminer comment chaque groupe de participants se représente la capacité des médecins et des orthophonistes à communiquer et à travailler en collaboration. Pour cette partie du questionnaire, les participants doivent marquer leur degré d'accord avec 12 propositions originales autour de la

Tableau II. Questionnaire d'évaluation du séminaire pilote mixte « médecine/orthophonie », première partie consacrée aux représentations des participants. Liste des propositions relatives à la dimension de la personnalité.

Les médecins (les orthophonistes)...			
Sont altruistes	Montrent de la stabilité	Sont méticuleux	Font preuve de dévouement
Sont compétents	Sont sociables	Ont confiance en eux-mêmes	Font preuve d'humilité
Sont intelligents	Ont de l'ambition	Font preuve de conservatisme	Ont de l'érudition
Sont timides	Présentent une grande ouverture d'esprit	Sont individualistes	Sont impliqués
Font preuve d'originalité	Font preuve de flexibilité	Sont réservés	Savent travailler en autonomie
Ont de la rigueur		Ont de l'imagination	
Font preuve de modestie		Ont du tact	

Les réponses sont formulées pour chaque proposition à l'aide d'une échelle de Likert à six points : 0 (= pas du tout d'accord) à 5 (= tout à fait d'accord).

Tableau III. Questionnaire d'évaluation du séminaire pilote mixte « médecine/orthophonie », première partie consacrée aux représentations des participants. Liste des propositions relatives à la dimension du professionnalisme.

Les médecins (les orthophonistes) et ...	
Le sens du devoir	Le respect de l'autre
Le sens de l'équité	La moralité
L'intégrité	Le respect de l'éthique
Le dévouement	Le sens des responsabilités

Les réponses sont formulées pour chaque proposition à l'aide d'une échelle de Likert à six points : 0 (= faiblement associée) à 5 (= fortement associée).

collaboration, inspirées de l'expérience professionnelle des concepteurs du programme (tableau IV).

Comme indiqué précédemment, la première partie du questionnaire doit également permettre d'étudier les perceptions des deux groupes d'étudiants stagiaires quant aux rôles professionnels respectifs des médecins et des orthophonistes. En nous inspirant des travaux de Rudland et Mires^[9], relatifs aux caractéristiques associées aux professions de médecin et d'infirmière, nous avons distingué cinq rôles pouvant être associés aux deux professions concernées dans notre étude (médecine et orthophonie) : les compétences diagnostiques, les compétences thérapeutiques, les capacités techniques, les connaissances « académiques » et les compétences communicationnelles. Le séminaire ayant vocation à sensibiliser des étudiants à la collaboration

Tableau IV. Questionnaire d'évaluation du séminaire pilote mixte « médecine/orthophonie », première partie consacrée aux représentations des participants. Liste des propositions relatives à la dimension de la collaboration.

Le médecin (l'orthophoniste)...	
Est réceptif au contact	A du temps pour communiquer
Prend facilement l'initiative du contact	Prend le temps de communiquer
Communique facilement avec ses collègues	Sait faciliter le travail en collaboration
Communique facilement avec ses patients	Est capable de travailler en collaboration
A une bonne capacité d'écoute	Apprécie le travail en collaboration
Sait adapter son langage vis-à-vis de son interlocuteur	Aime travailler de manière indépendante

Les réponses sont formulées pour chaque proposition à l'aide d'une échelle de Likert à six points : 0 (= pas du tout d'accord) à 5 (= tout à fait d'accord).

interprofessionnelle, nous avons choisi d'interroger les participants sur les rôles respectifs des médecins et des orthophonistes, sous l'angle de la complémentarité professionnelle. Ainsi, nous avons demandé aux participants d'indiquer en quoi l'orthophoniste peut être professionnellement complémentaire du médecin, et *vice versa*. Concrètement, les participants doivent : 1) choisir trois rôles parmi les cinq proposés et 2) classer les propositions retenues par ordre décroissant d'importance.

Tableau V. Questionnaire d'évaluation du séminaire pilote mixte « médecine/orthophonie », seconde partie consacrée à l'impact du séminaire. Liste des propositions visant à mettre en évidence un effet positif du séminaire sur les pratiques professionnelles futures.

L'impact du séminaire
L'apprentissage avec des étudiants d'une autre discipline peut m'aider à devenir un soignant plus efficace dans le cadre du travail en collaboration
Résoudre des problèmes cliniques en collaboration avec des étudiants d'une autre discipline peut représenter un bénéfice pour mes futurs patients
Partager un apprentissage avec des étudiants d'une autre discipline peut améliorer mes compétences diagnostiques
Partager un apprentissage avec des étudiants d'une autre discipline peut améliorer ma capacité à communiquer avec les patients
La résolution de problèmes cliniques avec des étudiants d'une autre discipline peut m'aider à élargir mon répertoire de réponses/solutions
Résoudre un problème clinique avec des étudiants d'une autre discipline m'aide à mieux clarifier la nature des problèmes qu'un patient peut rencontrer
Partager un apprentissage avec des étudiants d'une autre discipline peut améliorer ma capacité à communiquer avec d'autres professionnels

Les réponses sont formulées pour chaque proposition à l'aide d'une échelle de Likert à six points : 0 (= pas du tout d'accord) à 5 (= tout à fait d'accord).

La seconde partie du questionnaire comporte des propositions visant à mettre en évidence un éventuel bénéfice du séminaire sur les pratiques futures des participants à différents niveaux de la prise en charge d'un patient, dans le cadre d'un travail en collaboration (tableau V). Les items de cette partie du questionnaire sont, pour partie, tirés de la « *Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS)* » développée par Parsell *et al.* [34,35]. Le degré d'accord des participants, pour chacune des propositions, est également notifié au moyen d'une échelle de Likert à six points.

Cette seconde partie du questionnaire est également destinée à interroger les participants sur

un éventuel changement ou maintien d'opinion à propos de l'autre profession concernée et qui résulterait de la participation au séminaire interprofessionnel (y a-t-il eu changement ou maintien de l'opinion initiale ? Quelle est la raison du changement ou du maintien d'opinion ? Y a-t-il eu un événement durant le séminaire qui a amené le changement ou le renforcement de l'opinion initiale ?).

Déroulement du premier séminaire

Le séminaire s'est tenu le 12 janvier 2007, de 14 h à 17 h, dans un local aménagé pour la circonstance. En début de séminaire, les étudiants stagiaires, médecins et orthophonistes, ont été répartis en quatre tables uni-professionnelles de huit participants (c.-à-d. deux tables d'étudiants stagiaires médecins et deux tables d'étudiants stagiaires orthophonistes) et chacun a été invité à compléter la première partie du questionnaire portant sur l'évaluation des représentations et des rôles associés aux deux professions concernées. Nous avons demandé aux participants de conserver cette première partie du questionnaire dans la perspective d'y revenir en fin de séminaire.

Ensuite, le premier problème clinique a été proposé à l'ensemble des tables uni-professionnelles afin d'être analysé et traité. Les productions de chaque table ont été récoltées et résumées sur des « *paper-boards* ». Elles ont été discutées et commentées par des enseignants des deux disciplines, avec pour objectif de mettre en valeur les spécificités et complémentarités des différentes approches suivies, respectivement en médecine ou en orthophonie. Après une pause, les participants ont été conviés à se « mélanger » de telle sorte qu'à chaque table une moitié des étudiants provenait de la formation en médecine et l'autre moitié de la formation en orthophonie. Le second problème clinique a été soumis à ces groupes bi-professionnels. De nouveau, les productions des groupes ont été récoltées et discutées collégialement. Après ce travail en groupes bi-professionnels, nous avons demandé aux participants de reprendre la première partie du questionnaire, complétée en début de séminaire, afin de réévaluer leurs réponses initiales à la lumière de

l'expérience interprofessionnelle qu'ils venaient de vivre. Les participants étaient libres de modifier, ou non, les réponses données avant d'avoir pu interagir avec les participants de l'autre discipline concernée. La seconde partie du questionnaire a été distribuée, à ce moment, afin d'être également complétée.

Analyse des données

Dans le but de valider la construction du séminaire pilote, sur la base d'un effet positif attendu sur les représentations des participants, les distributions de réponses des deux groupes de participants aux propositions sur la personnalité, le professionnalisme et la collaboration sont analysées. Les distributions des réponses des participants concernant l'autre profession, respectivement pré-séminaire *vs.* post-séminaire, sont comparées au moyen du test non paramétrique de Wilcoxon pour échantillons appariés, dans le cas de variables ordinales. Complémentairement, les deux groupes de participants sont comparés sur la base de leurs représentations des professions cibles (comparaison des réponses respectives des étudiants médecins *vs.* orthophonistes vis-à-vis de la profession de médecin, d'une part ; comparaison des réponses respectives des étudiants médecins *vs.* orthophonistes vis-à-vis de la profession d'orthophoniste, d'autre part). Ces comparaisons ont pour objet de détecter d'éventuelles divergences de points de vue entre les deux groupes de participants, qui représenteraient des éléments importants à prendre en considération pour la construction du dispositif d'apprentissage interprofessionnel. Les distributions de réponses sont analysées au moyen du test non paramétrique U de Mann-Whitney, adapté à la comparaison de deux échantillons indépendants dans le cas de variables ordinales.

Le seuil de significativité a été fixé à $p < .05$, pour toutes les analyses. Pour chacune des dimensions explorées (la personnalité, le professionnalisme et la collaboration), un tableau de synthèse présente la valeur de la réponse modale aux différentes propositions, en fonction du groupe de participants et de la profession concernée.

Résultats

Globalement, le séminaire n'a pas entraîné un changement d'opinion marqué chez les participants. Ces derniers ont toutefois manifesté un intérêt certain pour l'initiative proposée. En tant que futurs praticiens, les participants ont estimé que l'apprentissage interprofessionnel représente un bénéfice pour la prise en charge globale d'un patient dans un contexte interprofessionnel.

Conceptions et représentations des participants

L'analyse des distributions de réponses au sein des deux groupes de participants, respectivement pré-séminaire *vs.* post-séminaire, ne révèle aucune différence significative. Même si ce résultat indique que l'ensemble des participants ne change pas d'opinion concernant l'autre profession, les informations récoltées nous apportent des éléments intéressants au sujet des représentations des étudiants stagiaires orthophonistes et médecins vis-à-vis de leur future profession, ainsi que de l'autre profession concernée.

La personnalité

Les comparaisons des distributions de réponses mettent en évidence une divergence statistiquement significative de la représentation de la profession de médecin, du point de vue respectivement des étudiants stagiaires médecins *vs.* orthophonistes, pour les propositions suivantes : la compétence, la rigueur, la stabilité, la méticulosité, l'érudition, et la confiance en soi. En ce qui concerne la représentation de la profession d'orthophoniste, les deux groupes de participants divergent sur les propositions concernant : l'altruisme, l'originalité, la stabilité, la flexibilité, le conservatisme, l'individualisme, l'imagination, le tact, l'implication, et l'autonomie. Les réponses modales des étudiants stagiaires médecins et orthophonistes aux différents items relatifs à la dimension de la personnalité sont présentées au tableau VI.

Tableau VI. Résultat du questionnaire d'évaluation du séminaire pilote mixte « médecine/orthophonie », première partie consacrée aux représentations des participants. Réponses modales des étudiants stagiaires (médecins *versus* orthophonistes) pour les propositions relatives à la dimension de la personnalité.

	Les médecins...		Les orthophonistes...	
	Réponse modale des étudiants (pourcentage associé)		Réponse modale des étudiants (pourcentage associé)	
	Médecins	Orthophonistes	Médecins	Orthophonistes
† sont compétents	+ (56 %)	++ (71 %)	+ (56 %)	+ (41 %)
† ont de la rigueur	+ (63 %)	++ (59 %)	+ (69 %)	+ (53 %)
† sont méticuleux	+ (50 %)	++ (41 %) +++ (41 %)	+ (69 %)	++ (47 %)
† montrent de la stabilité	+ (56 %)	++ (47 %)	+ (81 %)	+ (47 %)
† ont confiance en eux-mêmes	+ (63 %)	++ (47 %)	+ (63 %)	+ (59 %)
† ont de l'érudition	+ (56 %)	++ (76 %)	+ (50 %)	+ (76 %)
‡ sont altruistes	++ (63 %)	++ (47 %)	++ (56 %)	+++ (53 %)
‡ font preuve d'originalité	- (50 %)	-- (41 %) - (41 %)	- (50 %)	++ (53 %)
‡ font preuve de conservatisme	+ (44 %)	+ (41 %)	+ (38 %)	- (59 %)
‡ ont du tact	+ (56 %)	+ (41 %)	+ (69 %)	++ (59 %)
‡ sont impliqués	++ (56 %)	++ (59 %)	++ (50 %)	++ (53 %)
‡ savent travailler en autonomie	++ (44 %)	++ (47 %)	+ (31 %)	++ (53 %)
‡ sont individualistes	+ (38 %)	- (35 %)	- (38 %)	- (53 %)
†‡ font preuve de flexibilité	- (56 %)	++ (53 %)	+ (38 %) ++	++ (59 %)
†‡ ont de l'imagination	+ (56 %)	- (47 %)	+ (38 %)	+++ (47 %)
sont intelligents	++ (69 %)	++ (65 %)	+ (44 %)	+ (53 %)
sont timides	- (44 %)	- (76 %)	+ (31 %)	- (59 %)
font preuve de modestie	-- (31 %)	- (41 %) +	+ (63 %)	+ (59 %)
sont sociables	++ (50 %)	++ (47 %)	++ (44 %)	++ (65 %)
ont de l'ambition	++ (56 %)	++ (59 %)	+ (50 %)	+ (71 %)
présentent une grande ouverture d'esprit	+ (63 %)	+ (65 %)	++ (50 %)	++ (65 %)
sont réservés	- (63 %)	- (71 %)	- (38 %)	- (53 %)
font preuve de dévouement	++ (44 %)	+ (41 %)	+ (44 %)	++ (41 %)
font preuve d'humilité	+ (50 %)	+ (59 %)	+ (81 %)	+ (53 %)

Légende : - - - = pas du tout d'accord ; - - = pas d'accord ; - = plutôt pas d'accord ; + = plutôt d'accord ; ++ = d'accord ; +++ = tout à fait d'accord.

Les différences statistiquement significatives, entre les distributions de réponses des deux groupes de participants, sont signalées par le symbole †, en ce qui concerne la profession de médecin et ‡, en ce qui concerne la profession d'orthophoniste.

Tableau VII. Résultat du questionnaire d'évaluation du séminaire pilote mixte « médecine/orthophonie », première partie consacrée aux représentations des participants. Réponses modales des étudiants stagiaires (médecins *versus* orthophonistes) pour les propositions relatives à la dimension du professionnalisme.

	Les médecins... Réponse modale des étudiants (Pourcentage associé)		Les orthophonistes... Réponse modale des étudiants (Pourcentage associé)	
	Médecins	Orthophonistes	Médecins	Orthophonistes
	‡ Dévouement	++ (75 %)	++ (47 %)	++ (56 %)
‡ Respect de l'autre	++ (56 %)	++ (41 %)	++ (63 %)	+++ (71 %)
		+++ (41 %)		
‡ Respect de l'éthique	+++ (44 %)	+++ (71 %)	+	++ (53 %)
			++ (38 %)	
‡ Sens des responsabilités	+++ (63 %)	+++ (53 %)	+	++ (53 %)
Sens du devoir	+++ (56 %)	+++ (53 %)	+	++ (47 %)
Sens de l'équité	+ (44 %)	++ (47 %)	+	+ (35 %)
			++ (44 %)	
‡ Intégrité	++ (44 %)	++ (59 %)	++ (44 %)	++ (53 %)
Moralité	++ (44 %)	++ (35 %)	++ (50 %)	++ (53 %)
		+++ (35 %)		

Légende : de - - - = dimension faiblement associée à + + + = dimension fortement associée.

Les différences statistiquement significatives, entre les distributions de réponses des deux groupes de participants, sont signalées par le symbole †, en ce qui concerne la profession de médecin et ‡, en ce qui concerne la profession d'orthophoniste.

Le professionnalisme

Les comparaisons des distributions de réponses révèlent que les étudiants stagiaires médecins et orthophonistes ont une représentation comparable du professionnalisme chez le médecin (voir tableau VII pour le récapitulatif des réponses modales). Par contre, les deux groupes se différencient quant à leur représentation du professionnalisme chez l'orthophoniste pour les propositions suivantes : l'intégrité, le dévouement, le respect de l'autre, le respect de l'éthique et le sens des responsabilités (tableau VII).

La collaboration

Une divergence d'opinion significative entre les deux groupes de participants est mise en évidence concernant la profession de médecin pour deux items relatifs à la collaboration : « a du temps pour communiquer » et « prend le temps de

communiquer ». Les données montrent que les deux groupes de participants semblent estimer que les médecins n'ont pas et ne prennent pas le temps de communiquer. Concernant la profession d'orthophoniste, les deux groupes se différencient significativement sur les propositions suivantes : « est réceptif au contact », « a une bonne capacité d'écoute » et « sait adapter son langage vis-à-vis de ses interlocuteurs » (voir tableau VIII, pour le récapitulatif des réponses modales des deux groupes de participants, pour l'ensemble des propositions relatives à la dimension de la collaboration).

Les rôles professionnels

L'observation des propositions qui ont été choisies en premier lieu par les participants (c.-à-d., les complémentarités jugées les plus importantes) fait apparaître une divergence d'opinion marquée respectivement de la part des étudiants stagiaires médecins

Tableau VIII. Résultat du questionnaire d'évaluation du séminaire pilote mixte « médecine/orthophonie », première partie consacrée aux représentations des participants. Réponses modales des étudiants stagiaires (médecins *versus* orthophonistes) pour les propositions relatives à la dimension de la collaboration.

	Le médecin. . .		L'orthophoniste. . .	
	Réponse modale des étudiants (pourcentage associé)		Réponse modale des étudiants (pourcentage associé)	
	Médecins	Orthophonistes	Médecins	Orthophonistes
† ... a du temps pour communiquer	- (50 %)	- (76 %)	++ (63 %)	++ (41 %)
† ... prend le temps de communiquer	- (63 %)	- (59 %)	++ (56 %)	++ (53 %)
‡ ... est réceptif au contact	++ (50 %)	++ (65 %)	++ (44 %)	+++ (53 %)
‡ ... a une bonne capacité d'écoute	++ (50 %)	+ (53 %)	++ (69 %)	+++ (59 %)
‡ ... sait adapter son langage vis-à-vis de ses interlocuteurs	+ (31 %) ++ (31 %)	+ (41 %)	++ (63 %)	+++ (76 %)
... prend facilement l'initiative du contact	+ (44 %)	+ (41 %)	++ (50 %)	++ (65 %)
... communique facilement avec ses collègues	++ (44 %)	+ (41 %) ++ (41 %)	++ (56 %)	++ (47 %)
... communique facilement avec ses patients	++ (50 %)	++ (53 %)	+ (38 %) ++ (38 %)	+++ (53 %)
... sait faciliter le travail en collaboration	+ (44 %)	+ (59 %)	+ (56 %)	+ (41 %) ++ (41 %)
... est capable de travailler en collaboration	++ (56 %)	+ (41 %) ++ (41 %)	++ (50 %)	++ (47 %)
... apprécie le travail en collaboration	+ (50 %)	+ (53 %)	+ (44 %) ++ (44 %)	++ (71 %)
... aime travailler de manière indépendante	++ (56 %)	++ (47 %)	- (38 %)	++ (35 %)

Légende : - - - = pas du tout d'accord ; - - = pas d'accord ; - = plutôt pas d'accord ; + = plutôt d'accord ; ++ = d'accord ; +++ = tout à fait d'accord.

Les différences statistiquement significatives, entre les distributions de réponses des deux groupes de participants, sont signalées par le symbole †, en ce qui concerne la profession de médecin et ‡, en ce qui concerne la profession d'orthophoniste.

ou orthophonistes. Pour répondre à la question « En quoi l'orthophoniste peut-il être professionnellement complémentaire du médecin ? », seuls 6 % des étudiants stagiaires médecins retiennent la proposition « les compétences diagnostiques », contre 47 % des étudiants stagiaires orthophonistes (figure 1a). Lorsque la même question s'adresse à la profession de médecin, une telle disparité n'est plus perceptible. Les deux groupes de participants sont davantage convergents, 69 % des étudiants stagiaires médecins et 59 % des étudiants stagiaires orthophonistes choisissant en premier la proposition « les compétences diagnostiques » (figure 1b). Une

seconde observation intéressante concerne la complémentarité que les étudiants orthophonistes attribuent à leur future profession vis-à-vis des médecins en matière de compétence communicationnelle. Cette complémentarité est sélectionnée, en troisième lieu, par 65 % des étudiants orthophonistes.

Évaluation exploratoire de l'impact du séminaire

L'impact du séminaire sur les représentations initiales

À la question : « Travailler à la résolution d'un problème avec des étudiants en médecine (ou en

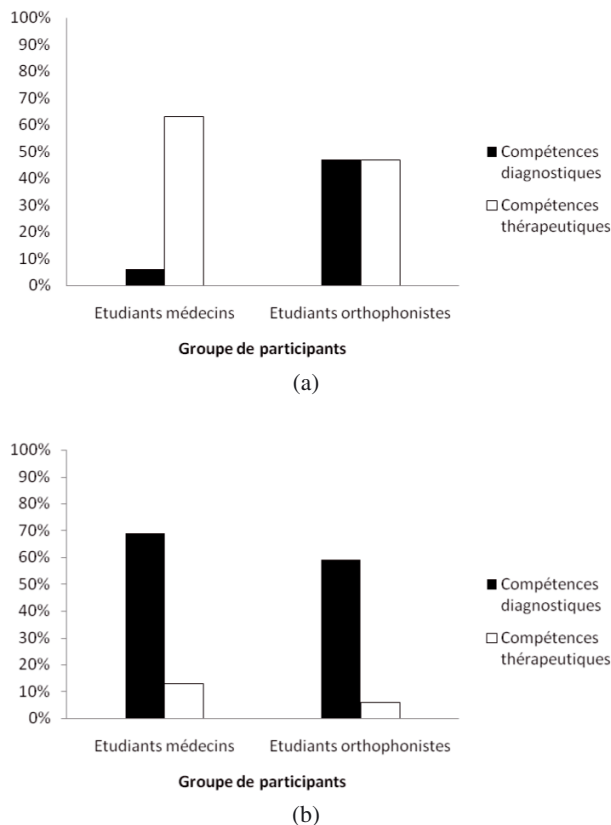


Fig. 1. Perception de la complémentarité professionnelle de l'orthophoniste par rapport au médecin par les étudiants médecins et orthophonistes (a). Perception de la complémentarité professionnelle du médecin par rapport à l'orthophoniste par les étudiants médecins et orthophonistes (b). Les résultats sont exprimés en pourcentages de classement en première position, pour les compétences diagnostiques et thérapeutiques

orthophonie, selon le cas) a-t-il eu un impact sur l'opinion que vous aviez de cette profession ? », un grand nombre de participants s'exprime par la négative. Parmi les étudiants stagiaires médecins, neuf participants répondent « non » et six répondent « oui ». Quatorze étudiants stagiaires orthophonistes répondent « non » à cette même question et seuls deux étudiants stagiaires orthophonistes répondent « oui ». Complétement, les participants des deux groupes modifient très marginalement leurs réponses à la première partie du questionnaire portant sur les représentations des professions de médecin et d'orthophoniste.

L'impact du séminaire sur les pratiques professionnelles futures

La majorité des étudiants stagiaires orthophonistes et médecins confirment le potentiel de ce type de séminaire interprofessionnel pour l'amélioration de leur formation en déclarant que celui-ci peut les aider à devenir des soignants plus efficaces en améliorant leur compétence diagnostique, leur compréhension des problématiques des patients, en ouvrant leur répertoire de réponses/solutions à d'autres points de vue (tableau IX). Les deux groupes de participants s'accordent sur l'apport bénéfique de ce type de séminaire au niveau de la communication entre professionnels. Toutefois, les deux groupes manifestent des opinions différentes en ce qui concerne un impact positif du séminaire sur la communication avec le patient (tableau IX). Les étudiants stagiaires médecins répondent positivement à cette proposition, tandis que les étudiants stagiaires orthophonistes s'expriment par la négative.

Discussion

Signification des résultats

La stabilité des opinions constatée à l'issue du séminaire peut s'expliquer par l'absence préalable, exprimée par les participants, de préjugés négatifs vis-à-vis de l'autre profession, voire par une méconnaissance de l'autre profession concernée dans le cas des étudiants stagiaires médecins. On peut aussi admettre, comme les participants le signalent à juste titre, « qu'une rencontre de trois heures ne paraît pas être suffisante pour induire des changements d'opinion ». La procédure suivie (c.-à-d. reprendre le questionnaire complété en début de séminaire afin de réévaluer les réponses initiales à la lumière de l'expérience interprofessionnelle vécue) pourrait également favoriser le *statu quo* d'opinions. En effet, les participants pourraient être influencés par leurs propres réponses. Ils pourraient également se contenter de conserver leurs réponses initiales, sans prendre la peine de réfléchir de nouveau à leurs

Tableau IX. Résultat de la seconde partie du questionnaire d'évaluation du séminaire pilote mixte « médecine/orthophonie ». Réponses modales des étudiants stagiaires médecins et orthophonistes aux propositions relatives à l'impact du séminaire.

	Réponse modale des étudiants médecins (pourcentage associé)	Réponse modale des étudiants orthophonistes (pourcentage associé)
L'apprentissage avec des étudiants d'une autre discipline peut m'aider à devenir un soignant plus efficace dans le cadre du travail en collaboration	+ + (44 %)	+ + (53 %)
Résoudre des problèmes cliniques en collaboration avec des étudiants d'une autre discipline peut représenter un bénéfice pour mes futurs patients	+ + (44 %)	+ + + (53 %)
Partager un apprentissage avec des étudiants d'une autre discipline peut améliorer mes compétences diagnostiques	+ + (50 %)	+ + (47 %)
Partager un apprentissage avec des étudiants d'une autre discipline peut améliorer ma capacité à communiquer avec les patients	+ (38 %)	- (47 %)
La résolution de problèmes cliniques avec des étudiants d'une autre discipline peut m'aider à élargir mon répertoire de réponses/solutions	+ + (56 %)	+ + (65 %)
Résoudre un problème clinique avec des étudiants d'une autre discipline m'aide à mieux clarifier la nature des problèmes qu'un patient peut rencontrer	+ + (38 %)	+ + (65 %)
Partager un apprentissage avec des étudiants d'une autre discipline peut améliorer ma capacité à communiquer avec d'autres professionnels	+ (44 %)	+ + (35 %) + + + (35 %)

Légende : - - - = pas du tout d'accord ; - - = pas d'accord ; - = plutôt pas d'accord ; + = plutôt d'accord ; + + = d'accord ; + + + = tout à fait d'accord.

représentations. Demander aux participants de répondre aux mêmes questions mais à des moments distincts et sans disposer de leurs réponses initiales pourrait conduire à des résultats différents.

Nous n'avons pas trouvé chez nos participants de stéréotypes ou de préjugés négatifs importants des uns à l'égard des autres, contrairement aux résultats d'études antérieures^[9,16,17,19]. Toutefois, les informations récoltées nous invitent à penser que les deux groupes d'étudiants stagiaires diffèrent quant à la représentation qu'ils ont de leur future profession. Il ressort des données que les étudiants stagiaires orthophonistes ont une image plus positive

de leur future profession en comparaison avec les étudiants stagiaires médecins qui semblent avoir une vision moins positive de leur future profession. Cette disparité pourrait s'expliquer par le fait qu'au moment du séminaire les étudiants médecins sont, depuis plus longtemps et de manière plus intensive, immergés dans des stages cliniques en comparaison des étudiants orthophonistes. Ainsi, mais cela mériterait d'être vérifié par une étude prospective, les étudiants médecins qui ont davantage été confrontés aux réalités de terrain ainsi qu'à leurs propres limites, pourraient avoir une vision plus « dure » ou plus réaliste de leur future profession ; tandis que les

étudiants orthophonistes, avec une expérience plus limitée de la réalité des stages, auraient conservé une vision encore idéalisée de leur future profession.

Une divergence d'opinion entre les deux groupes de participants, quant aux rôles respectifs des médecins et des orthophonistes, s'est manifestée. Les étudiants stagiaires médecins paraissent vouloir réserver à leur profession la primauté du diagnostic, tout en déléguant le suivi thérapeutique à l'orthophoniste. Les étudiants stagiaires orthophonistes ne semblent pas partager cette vision de la prise en charge du patient, puisqu'ils jugent l'orthophoniste complémentaire du médecin lorsqu'il s'agit de poser un diagnostic. Toutefois, les étudiants stagiaires médecins ont reconnu que travailler à la résolution de problèmes cliniques avec des étudiants stagiaires orthophonistes pouvait avoir un impact positif sur leur compréhension du patient, ainsi que sur leurs propres compétences diagnostiques.

Si le séminaire n'a pas eu d'effet marqué sur les représentations des participants, la majorité d'entre eux a attesté que partager un apprentissage autour de la discussion d'un problème clinique aura des répercussions positives sur leur pratique professionnelle future dans la prise en charge d'un patient en contexte interprofessionnel.

Perspectives pour la construction des prochains séminaires

La collaboration initiée entre la faculté de médecine et le département d'orthophonie va se poursuivre et de nouvelles synergies sont envisagées, notamment des séminaires interprofessionnels qui réuniraient de futurs médecins généralistes et de futurs kinésithérapeutes, voire de futurs psychologues cliniciens.

À la suite de remarques émises par les participants, la formule employée lors du premier séminaire devra subir quelques aménagements afin de rencontrer au mieux les intérêts de chacun. Nous rejoignons le point de vue des participants suggérant l'emploi d'un seul cas clinique plus complexe qui stimulerait une réflexion plus approfondie et plus riche. De même, nous pensons que proposer

aux participants de travailler directement en groupes bi-professionnels pourrait favoriser la collaboration interprofessionnelle. Concrètement, durant une première phase du séminaire, des groupes de participants mèneraient une analyse d'un dossier clinique commun avec pour objectif de mettre l'accent sur la double démarche, médicale et orthophonique, ainsi que sur l'intégration des deux approches (interdisciplinarité). La seconde partie du séminaire serait consacrée à l'élaboration d'un plan concerté de prise en charge du patient. Ces dispositions devraient permettre aux participants d'aller plus loin dans leurs réflexions et discussions communes. Mais elles devraient aussi favoriser un rapprochement des opinions divergentes identifiées.

Une attention accrue devra également être consacrée à la qualité de rédaction du cas clinique, en veillant davantage au caractère pluridisciplinaire du scénario proposé, certains étudiants médecins ayant regretté le caractère « trop orthophoniste et pas assez médical » du second cas clinique que nous leur avons soumis.

Des modifications concernant les modalités d'évaluation seront également à envisager. Dans de futures évaluations, les participants pourraient être interrogés sur l'évolution de leurs représentations à la fin d'une ou plusieurs séances de travail à l'occasion de groupes de discussion focalisée (*focus groups*), procédure plus propice à révéler des changements d'opinions, dans l'hypothèse de l'existence de préjugés ou d'*a priori* chez les participants. Conjointement, dans la perspective d'une utilisation systématique à plus large échelle, il conviendra de vérifier les qualités psychométriques du questionnaire d'évaluation ; nous devons planifier une phase de validation de celui-ci.

Complémentairement, nous souhaitons mieux évaluer la question de la collaboration et de la plus-value de l'apprentissage interprofessionnel, en utilisant notamment un outil *ad hoc* d'auto-évaluation et la conduite de groupes de discussion focalisée (*focus groups*). À cet égard, les interactions entre les participants représentent une piste intéressante à exploiter. Cette dernière nécessitera la construction

et la validation d'une grille d'entretien. Sur le long terme, notre perspective sera de mener une évaluation des compétences spécifiques développées dans le cadre de l'apprentissage interprofessionnel.

Perspectives pour le développement d'un programme global d'apprentissage interprofessionnel

La question du moment le plus opportun du cursus pour implanter l'apprentissage interprofessionnel mérite d'être posée. Certains auteurs considèrent que les séminaires interprofessionnels devraient être organisés en début de formation, afin de préparer les étudiants aux stages de la discipline et avant l'émergence de préjugés négatifs (voire de stéréotypes) durant la socialisation professionnelle^[15,36-38]. D'autres estiment au contraire que les séminaires interprofessionnels devraient apparaître plus tard dans la formation, lorsque les étudiants ont déjà commencé à construire leur identité professionnelle^[39-41].

Selon Barr^[42], l'apprentissage interprofessionnel peut revêtir différentes formes, qu'il s'agisse d'un séminaire d'apprentissage tel que nous l'avons structuré ou d'une expérience partagée de stages cliniques (voir pour un exemple les travaux de Morrison *et al.*^[43]). Dès lors, l'apprentissage interprofessionnel peut être pensé en termes d'une expérience évolutive. En pratique, des activités d'apprentissage interprofessionnel, adaptées au niveau de l'étudiant, pourraient être implantées tout au long d'un cursus. Comme Barr *et al.*^[23] l'ont souligné, le potentiel de l'apprentissage interprofessionnel ne réside pas dans l'application d'une seule méthode, mais dans la combinaison de plusieurs méthodes.

Nous souhaitons initier une réflexion sur les stages afin d'y intégrer une dimension d'apprentissage interprofessionnel. Les stages permettent d'exposer les étudiants à des situations intégratives complexes et privilégiées pour le développement de compétences mais on peut penser qu'ils sont globalement sous-exploités comme opportunités de promouvoir l'apprentissage interprofessionnel.

Dans le cadre de notre projet, une première tâche sera à cet égard de dresser un état des lieux de la place accordée à la collaboration interprofessionnelle dans les activités des stages.

L'évaluation des apprentissages réalisés au cours et à l'issue des activités d'enseignement et d'apprentissage interprofessionnelles fait également partie de notre réflexion. Qu'elle soit sanctionnante ou formative, l'évaluation doit pouvoir rendre compte des progrès des apprenants. Cullen *et al.*^[44] ont démontré l'intérêt d'examen cliniques objectifs structurés (ECOS) en groupes interprofessionnels pour documenter l'apprentissage du travail en équipe et la compréhension des rôles de chacun. Par ailleurs, nous développons un outil d'autoévaluation formative de compétences spécifiques à la collaboration interprofessionnelle. Enfin, l'impact global du séminaire interprofessionnel sur le développement de compétences liées à la collaboration interprofessionnelle devrait idéalement être attesté en vérifiant le transfert des acquis en contexte professionnel authentique. Cette évaluation *in situ* demeure l'objectif final vers lequel nous tendons à nous rapprocher, à mesure du développement du projet d'apprentissage interprofessionnel.

Conclusion

La méconnaissance déclarée des étudiants stagiaires médecins vis-à-vis de la profession d'orthophoniste souligne toute l'importance de mettre en œuvre des séminaires interprofessionnels permettant à des étudiants de filières de formation différentes, mais susceptibles de partager leur avenir professionnel, de se rencontrer et d'apprendre à se connaître. Les éléments récoltés au cours de cette expérience préliminaire plaident également en faveur du développement d'un programme intégré d'apprentissage interprofessionnel visant au développement de compétences de collaborateur par les étudiants, afin de les préparer au mieux aux réalités de leur pratique (inter)-professionnelle future.

Contributions

Sabine Gelaes et Jean-Pierre Bourguignon ont conçu le protocole de recherche, organisé et animé le séminaire, recueilli, analysé et interprété les données et écrit le manuscrit. Philippe Lefebvre, Christelle Maillart, Agnès Sadzot et Jean-Paul Misson ont rédigé le matériel à destination des étudiants, participé à l'organisation et à l'animation du séminaire.

Remerciements

Nous souhaitons remercier les Professeurs Guy Bricteux et Jacques Lombet pour leur aide à la rédaction du matériel et à l'organisation du séminaire, ainsi que Mademoiselle Anne Collard pour sa contribution au bon déroulement du séminaire.

Informations supplémentaires sur la recherche

Le travail présenté dans cet article a été élaboré dans le cadre d'un Master complémentaire en pédagogie de l'enseignement supérieur poursuivi par Madame Sabine Gelaes. Il a fait l'objet d'une communication orale au 24^e Congrès de l'Association internationale de pédagogie universitaire (AIPU) (Montréal, mai 2007).

Références

1. Finch J. Interprofessional education and learning: a view from the education providers. *BMJ* 2000;321:1138-40.
2. Lavin M, Rvebling Z, Banks R, Block I, Counte M, Furman L, Miller P, Reese C, Viehmann V, Holt J. Interdisciplinary health professional education: a historical review. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2001;6:25-47.
3. McNair R. The case for educating health care students in professionalism as the core content of interprofessional education. *Med Educ* 2005;39:456-64.
4. Mitchell B, McCrorie P, Sedgwick P. Student attitudes towards anatomy teaching and learning in a multiprofessional context. *Med Educ* 2004;38:737-48.
5. Nestel D, Taylor S, Spender Q. Evaluation of an inter-professional workshop to develop a psychosocial assessment and child-centred communication training programme for paediatricians in training. *BMC Med Educ* 2004;4:25.
6. Ponzer S, Hylin U, Kusoffsky A, Lauffs M, Lonka K, Mattiasson A, Nordström G. Interprofessional training in the context of clinical practice: goals and students' perceptions on clinical education wards. *Med Educ* 2004;38:727-36.
7. Horsburgh M, Lamdin R, Williamson E. Multiprofessional learning: the attitudes of medical, nursing and pharmacy students to shared learning. *Med Educ* 2001;35:876-83.
8. Kilminster S, Hale C, Lascelles M, Morris P, Roberts T, Stark P, Sowter J, Thistlethwaite J. Learning for real life: patient-focused interprofessional workshops offer added value. *Med Educ* 2004;38:717-26.
9. Rudland J, Mires G. Characteristics of doctors and nurses as perceived by students entering medical school: implications for shared teaching. *Med Educ* 2005;39:448-55.
10. Van der Vleuten C, Schuwirth L. Assessing professional competence: from methods to programmes. *Med Educ* 2005;39:309-17.
11. Zwarenstein M, Reeves S, Barr H, Hammick M, Koppel I, Atkins J. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;3:abstract 2213.
12. CAIPE. Interprofessional Education. The definition. 2002. [On-line] Disponible sur : <http://www.caipe.org.uk/about-us/defining-ipe/?keywords=definition>.
13. Kirkpatrick D. Evaluation of training. In: R Craig & I Bittel (Eds.). *Training and Development Handbook*. New York: McGraw-Hill, 1967.
14. Freeth D, Hammick M, Koppel I, Reeves S, Barr H. A critical review of evaluations of interprofessional education. London: Higher Education Academy Health Sciences and Practice Network, 2002.
15. Hind M, Norman I, Cooper S, Gill E, Hilton R, Judd P, Jones S. Interprofessional perceptions of health care students. *J Interprof Care* 2003;17:19-32.
16. Hean S, Macleod Clark J, Adams K, Humphris D, Lathlean J. Beeing seen by others as we see ourselves: the congruence between the intergroup and outergroup perceptions of health and social care students. *Learning in Health and Social Care* 2006;5:10-22.
17. Katz J, Moji Titiloye V, Balogun J. Physical and occupational therapy undergraduates stereotypes of one another. *Percept Mot Skills* 2001;92:843-51.
18. Maudsley G, Williams E, Taylor D. Junior medical students' notions of a good doctor and related expectations: A mixed methods study. *Med Educ* 200;41:476-86.

19. Streed C, Stoecker J. Stereotyping between physical therapy students and occupational therapy students. *Phys Ther* 1991;71:16-27.
20. Barr H. Competent to collaborate: Towards a competency-based model for interprofessional education. *J Interprof Care* 1998;12:181-8.
21. Frank JR. (réd.). *Le Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins. L'excellence des normes, des médecins et des soins*. Ottawa : Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2005. [On-line]. Disponible sur: http://crmcc.medical.org/canmeds/CanMEDS2005/CanMEDS2005_f.pdf
22. Leclercq D. *Les méthodes d'action pédagogique et d'évaluation en grands groupes. Partie 1 : Méthodes d'action pédagogique en grands groupes*. Liège : Les Éditions de l'Université de Liège, 2006.
23. Barr H, Freeth D, Hammick M, Koppel I, Reeves S. Evaluation of inter-professional education: A United Kingdom review for health and social care. London: Centre for the Advancement of Interprofessional Care Education (CAIPE) & British Educational Research Association (BERA). [On-line] Disponible sur : <http://caipe.org.uk/documents.bera.pdf>.
24. Barrows H, Tamblyn, R. Problem-based learning: A review of literature on its outcomes and implementation issues. *Acad Med* 1980;68:52-81.
25. Boniver J. Les études de médecine à l'Université de Liège: le renouveau pédagogique de la Faculté de Médecine. *Revue de Médecine de Liège* 2004;59:717-30.
26. Leaviss J. Exploring the perceived effect of an undergraduate multiprofessional educational intervention. *Med Educ* 2000;34:482-6.
27. Pollard K, Miers M, Gilchrist M. Collaborative learning for collaborative working? Initial findings from a longitudinal study of health and social care students. *Health Soc Care Community* 2004;12:346-58.
28. Pollard K, Miers M, Gilchrist M, Sayers A. A comparison of interprofessional perceptions and working relationships among health and social care students: the results of a 3-years intervention. *Health Soc Care Community* 2006;14:541-52.
29. Reeves S, Freeth D. Re-examining the evaluation of interprofessional education for community mental health teams with a different lens: understanding presage, process and product factors. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2006;13:765-70.
30. Goelen G, De Clercq G, Huyghens L, Kerckhofs E. Measuring the effect of interprofessional problem-based learning on the attitudes of undergraduate health care students. *Med Educ* 2006;40: 555-61.
31. Mann V, Ruedy J, Millar N, Andreou P. Achievement of non-cognitive goals of undergraduate medical education : perceptions of medical students, residents, faculty and other health professionals. *Med Educ* 2005;39:40-8.
32. Osgood C, Suci G, Tannenbaum P. *The measure of meaning*. Urbana (IL): University of Illinois Press, 1957.
33. Arnold L. Assessing professional behaviour: yesterday, today and tomorrow. *Acad Med* 2002;77:502-15.
34. Parsell G, Blight J. The development of a questionnaire to assess the readiness of health care students for interprofessional learning (RIPLS). *Med Educ* 1999;33:95-100
35. Parsell G, Stewart A, Blight J. Testing the validity of the "Readiness for Interprofessional Learning Scale" (RIPLS). Paper presented at the 8th Ottawa International Conference, 12-15 July 1998, Philadelphia, PA, USA.
36. Carpenter J. Doctors and nurses: Stereotypes and stereotype change in interprofessional education. *J Interprof Care* 1995;9:151-61.
37. Herzberg J. Tribes of teams? The challenge of multiprofessional education. *Hosp Med* 1999;60:516-8.
38. Tope R. Integrated interdisciplinary learning between health and social care professions: A feasibility study. Aldershot: Avebury, 1996.
39. Freeth D, Hammick M, Reeves S, Koppel I, Barr H. Effective interprofessional education. Development, delivery and evaluation. Oxford: Blackwell Publishing Ltd, 2005.
40. Dombeck M. Professional personhood: Training, territoriality and tolerance. *J Interprof Care* 1997;11:9-21.
41. Pirrie A, Wilson V, Harden R, Elsegood J. AMEE Guide no. 12. Multiprofessional education: Part 3, promoting cohesive practice in healthcare. Dundee: AMEE, 1999.
42. Barr H. Ends and means of interprofessional education: Towards a typology. *Educ Health* 1996;9:341-52.
43. Morrison S, Bohan M, Jenkins J, Moutray M. Facilitating undergraduate interprofessional learning in healthcare: Comparing classroom and clinical learning for nursing and medical students. *Learning in Health and Social Care* 2003;2:92-104.
44. Cullen L, Fraser D, Symons I. Strategies for interprofessional education: The Interprofessional Team Objective Structured Clinical Examination for midwifery and medical students. *Nurse Educ Today* 2003;23:427-433.