

Feuille de travail de l’AIIC pour un programme d’apprentissage collectif

L’apprentissage collectif est une activité de perfectionnement professionnel continu (PPC) importante pour les infirmières et infirmiers. Il leur offre la possibilité de confirmer ou d’acquérir des connaissances et d’identifier de nouvelles thérapies ou approches potentielles pour la pratique. Il permet également aux infirmières et infirmiers de partager des problèmes liés à la pratique ou de l’expérience avec des pairs.

**Renseignements importants à connaitre avant d’entamer le processus**

|  |
| --- |
| Les activités d’apprentissage collectif approuvées par l’AIIC doivent être élaborées, individuellement ou conjointement, par un organisme d’infirmières et d’infirmiers.  *Selon la définition de l’AIIC, un « organisme d’infirmières et d’infirmiers » est un groupe de professionnels de la santé sans but lucratif doté d’une structure de gouvernance officielle qui rend compte, entre autres, aux infirmières et infirmiers spécialisés et autres professionnels qui en sont membres, et qui leur offre divers services (perfectionnement professionnel continu, prestation de soins de santé, recherche).*  Veuillez [visiter notre site Web pour une définition complète](https://www.cna-aiic.ca/fr/agrement/admissibilite) ou communiquer avec l’AIIC pour confirmer avant de soumettre une demande. Vous pouvez également [lire nos politiques](https://www.cna-aiic.ca/fr/agrement/admissibilite) pour les organismes autres que ceux liés à la profession infirmière. |

**Autres éléments à prendre en considération**

* Les activités d’apprentissage collectif agréées (dont les conférences, les colloques, les séminaires et les ateliers) sont approuvées pour un maximum d’un an à compter de la date de début de l’activité.
* L’agrément ne peut pas être obtenu de façon rétroactive.
* L’organisme qui a conçu l’activité est tenu de conserver tous les documents (y compris le registre des présences) pendant cinq ans.

# Étapes de la demande d’agrément

* Remplir cette demande et soumettre tous les documents connexes.
* Un sommaire de l’examen sera envoyé par courriel à l’organisme faisant la demande, y compris le résultat de l’évaluation de l’activité de PPC, le nombre d’heures donnant droit à des crédits et l’énoncé d’agrément devant figurer sur l’ensemble du matériel lié à l’activité de PPC agréée et sur les certificats de participation.
* Les frais présentés à la fin de cette demande ne sont pas remboursables et ne garantissent pas l’agrément.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Renseignements sur l’activité** | | | |
| Date de la demande : (jj/mm/aaaa) | Cliquez ou appuyez pour entrer une date. | | |
| Titre de l’activité d’apprentissage collectif : | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | |
| Date de début de l’activité : (jj/mm/aaaa) | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Date de fin de l’activité : (jj/mm/aaaa) | Cliquez ici pour entrer une date. |
| Méthode de prestation de l’activité d’apprentissage collectif : | En ligne  En personne  En ligne et en personne | | |
| Le programme a-t-il déjà été agréé? | Oui  Non | Si c’est le cas, quand a- t-il été examiné? | Click or tap to enter a date. |
| Si c’est le cas, quel système  d’agrément de PPC a été utilisé? | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | |
| Combien d’heures sont nécessaires pour terminer le programme? | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [**PARTIE A : Normes administratives**](http://www.royalcollege.ca/rcsite/cpd/accreditation/cpd-accreditation-group-learning-activities-conferences-workshops-e) | | |
| **Nom de l’organisme d’infirmières et d’infirmiers ayant élaboré l’activité d’apprentissage collectif** | | |
| Catégorie du candidat: | Membre de l’AIIC  A but non lucratif  A but lucratif | |
| 1. Nom et coordonnées de l’organisme d’infirmières et d’infirmiers à l’origine de la demande d’agrément | Nom de l’organisme d’infirmières et d’infirmiers : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| Courriel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | No de téléphone : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Site Web : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| 2. Coordonnées du **point de contact** principal | Prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| Courriel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | No. de téléphone : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| 3. Nom et coordonnées du **président du comité de planification** *(Si ces renseignements diffèrent de ceux fournis ci- dessus)* | Prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Courriel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | No. de téléphone : Click or tap here to enter text. |
| Adresse : Click or tap here to enter text. | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 4. Nom et coordonnées de l’organisme ***ayant participé à l’élaboration* de l’activité** *(si l’activité a été élaborée conjointement*  *seulement)* : | Nom de l’organisme : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | | |
| Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | | |
| Courriel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | No. de téléphone : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | |
| 5. L’organisme partenaire est-il un organisme d’infirmières et d’infirmiers? | | | | | | | Oui  Non |
| **Élaboration du contenu** | | | | | | | | |  |
| 6. Le contenu a-t-il été élaboré par l’organisme d’infirmières et d’infirmiers à l’origine de la demande? | | | | | | Oui  Non | | |  |
| *Si ce n’est pas le cas, qui a élaboré le contenu?* | | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | |  |
| 7. **Membres du comité de planification** | | | | | | | | |  |
| *Veuillez remplir le tableau ci-dessous. Si ces renseignements sont déjà rassemblés dans un document électronique, veuillez joindre le document à la demande.* | | | | | | | | |  |
| **Nom du membre du comité** | | **Comment cette personne représente-t- elle le public cible?** | | | **Cette personne est-elle membre de l’organisme d’infirmières et d’infirmiers responsable de la planification de l’activité de PPC?** | | | |  |
| Exemple : Jane Smythe, inf. aut. | | Gérontologie | | | Oui | | | |  |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | |  |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | |  |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | |  |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | |  |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | |  |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | |  |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | |  |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | |  |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | |  |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | |  |

|  |
| --- |
| [**PARTIE B : Normes éducatives**](http://www.royalcollege.ca/rcsite/cpd/accreditation/cpd-accreditation-group-learning-activities-conferences-workshops-e) |
| 1. Quel est le public ciblé de l’activité? |
| Click or tap here to enter text. |
| 2. Comment ont été défini les besoins en matière d’apprentissage du public cible?  *Exemples : sondages auprès de participants potentiels, examen de la documentation, consultation de données sur les soins de santé, évaluation des connaissances, des compétences ou du rendement de participants potentiels* |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| 3. Quels besoins en matière d’apprentissage ou quelles lacunes sur le plan des connaissances, du comportement, des compétences ou du rendement du public cible le comité de planification a-t-il relevés pour cette activité? |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| 1. Comment les besoins connus du public cible ont-ils été utilisés dans le cadre de l’élaboration des objectifs d’apprentissage de l’ensemble de l’activité et de chaque séance?   *Par exemple :*   * + *Le comité de planification a-t-il transmis les résultats de l’évaluation des besoins aux conférenciers responsables de l’élaboration des objectifs d’apprentissage?*   + *Le comité de planification a-t-il utilisé les résultats de l’évaluation des besoins pour définir les objectifs d’apprentissage pour les conférenciers?* |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| 5. Veuillez énumérer les sources d’information retenues par le comité de planification pour l’élaboration du contenu de l’activité (p. ex. ouvrages scientifiques, directives cliniques, etc.) |
| Click or tap here to enter text. |
| 6. Quelles méthodes pédagogiques ont été sélectionnées pour favoriser l’atteinte des objectifs d’apprentissage établis pour l’activité de PPC? |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| 7. Quelles méthodes pédagogiques ont été sélectionnées pour faire en sorte qu’au moins 25 % du temps total de l’activité soit consacré à l’apprentissage interactif? |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| 8. Décrivez le processus qui permet aux participants de démontrer l’application des connaissances, habiletés et jugement clinique tout en démontrant comment la rétroaction sera offerte aux participants. À la fin de la demande, vous aurez l’option de télécharger une copie des réponses de l’outil d’évaluation. Comment les participants évalueront-ils l’ensemble de l’activité d’apprentissage collectif ainsi que les séances distinctes? |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |  |
| --- | --- |
| 9. L’activité de PPC a-t-elle été commanditée par un ou plusieurs commanditaires? | Oui  Non |
| 10. Si c’est le cas, les conditions et les fins associées aux commandites ont-elles été documentées par écrit au moyen d’une entente signée par l’organisation prestataire de PPC et le commanditaire? | |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| 11. Décrivez comment les références sont fournies aux participants. | |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| 12. Comment l'activité d'apprentissage globale et chaque module individuel (le cas échéant) seront-ils évalués par les participants? | |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| [**PARTIE C : Normes éthiques**](http://www.royalcollege.ca/rcsite/cpd/accreditation/cpd-accreditation-group-learning-activities-conferences-workshops-e) | | | | |
| 1. L’activité de PPC a-t-elle été commanditée par un ou plusieurs commanditaires? | | | Oui  Non | |
| 2. Si c’est le cas, les conditions et les fins associées aux commandites ont-elles été documentées par écrit au moyen d’une entente signée par l’organisation prestataire de PPC et le commanditaire? *(Joindre un échantillon)* | | | | |
| 3. Si des fonds ont été reçus, veuillez cocher toutes les sources de financement qui s’appliquent. | | | | |
| Organisme gouvernemental | | | | |
| Établissement de santé | | | | |
| Organisation sans but lucratif | | | | |
| Entreprise d’équipement médicaux | | | | |
| Société pharmaceutique | | | | |
| Entreprise de formation ou de communication | | | | |
| Autre  *Veuillez préciser :* Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | |
| 4. Si c’est le cas, veuillez inscrire ci-dessous le nom de tous les commanditaires et indiquer si chacun d’eux a offert un soutien financier ou en nature *(si l’espace est insuffisant, ajoutez une page supplémentaire).* | | | | |
| **Nom du commanditaire** | **Type de soutien** | | | |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Soutien financier Montant reçu ou prévu :  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Soutien en nature Montant reçu ou prévu :  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | *Organisation à but lucratif*  *Organisation sans but lucratif* |
| Click or tap here to enter text. | Soutien financier Montant reçu ou prévu :  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Soutien en nature Montant reçu ou prévu :  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | * *Organisation à but lucratif* * *Organisation sans but lucratif* |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Soutien financier Montant reçu ou prévu :  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Soutien en nature Montant reçu ou prévu :  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | *Organisation à but lucratif*  *Organisation sans but lucratif* |

|  |
| --- |
| 1. Décrivez le processus ayant permis au comité de planification de conserver un droit de regard sur les éléments du programme de PPC, notamment :    * la définition des besoins éducatifs du public cible;    * l’établissement des objectifs d’apprentissage;    * la sélection des méthodes d’enseignement;    * la sélection des conférenciers, des modérateurs, des animateurs et des auteurs;    * l’élaboration et la présentation du contenu;    * l’évaluation des résultats. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| 1. Décrivez le processus qui a été utilisé pour élaborer du contenu valide sur le plan scientifique, objectif et équilibré par rapport aux options thérapeutiques pertinentes. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| 7. Comment les personnes responsables de l’élaboration ou de la présentation du contenu ont-elles été informées du fait que la description des options thérapeutiques doit utiliser les noms génériques (ou le nom commercial et le nom générique) et ne doit pas refléter l’exclusivité et le nom d’une marque? |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| 8. Si le comité de planification détermine que le contenu de l’activité de PPC ne respecte pas les normes éthiques, quel processus sera suivi? Comment la situation sera-t-elle gérée? |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| 1. Comment les déclarations de conflits d’intérêts des membres du comité de planification sont-elles recueillies et divulguées :    * à l’organisme d’infirmières et d’infirmiers?    * aux participants à l’activité de PPC? |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| |  | | --- | | 1. Comment les renseignements concernant les conflits d’intérêts des conférenciers, des modérateurs, des animateurs et des auteurs sont-ils recueillis et divulgués :    * au comité de planification?    * aux participants à l’activité de PPC? |   Click or tap here to enter text. |
| |  | | --- | | 11. Quelles méthodes le comité de planification utilisera-t-il pour gérer les conflits d’intérêts potentiels ou réels dont il a connaissance? |   Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | 12. Comment les dépenses liées aux déplacements, à l’hébergement et aux autres frais déboursés et les honoraires versés aux membres du comité de planification, aux conférenciers, aux modérateurs, aux animateurs et aux auteurs sont-ils couverts?  Si ces paiements sont délégués à un tiers, veuillez décrire comment l’organisation prestataire de PPC ou le comité de planification en demeure ultimement responsable. |   Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| |  | | --- | | 14. Comment l’organisme d’infirmières et d’infirmiers s’est-il assuré que les annonces, les documents promotionnels ou les stratégies de marque propres à un produit ne se retrouvent pas dans les ressources éducatives, les ordres du jour de l’activité, les programmes, les calendriers d’événements, les pages Web ou les médias électroniques contenant des ressources éducatives, ni à proximité de ces éléments? | |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| |  | | --- | | 15. Quels moyens ont été utilisés pour faire en sorte que les expositions ou annonces commerciales soient présentées dans un endroit clairement et complètement différent de celui prévu pour l’activité de PPC agréée? | |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| |  | | --- | | 16. Si des incitatifs associés à une activité de PPC agréée ont été fournis à des participants, comment ont-ils été examinés et approuvés par l’organisme d’infirmières et d’infirmiers? |   Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| |  | | --- | | 1. Quelles stratégies ont été utilisées par le comité de planification ou l’organisme d’infirmières et d’infirmiers pour éviter que des activités de PPC non agréées aient lieu en même temps ou au même endroit que des activités agréées? |   Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PARTIE D: Déclaration** | | |
| À titre de président(e) du comité de planification (ou l’équivalent), j’accepte la responsabilité à l’égard de l’exactitude des renseignements fournis en réponse aux questions comprises dans la présente demande. | | |
|  | **Je suis** **d’accord.** En cliquant sur « Je suis d’accord », vous acceptez la déclaration ci-dessus. | |
| **Nom:** | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Date:** (jj/mm/aaaa) | | Cliquez ou appuyez sur pour entrer une date. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Documentation devant être jointe au formulaire de demande :** | |
| Pièce-jointe 1 | Le programme ou la brochure provisoire |
| Pièce-jointe 2 | Le programme final |
| Pièce-jointe 3 | Tout autre matériel utilisé pour promouvoir l’activité, par exemple, les invitations et les avis envoyés par courriel (s’il y a lieu) |
| Pièce-jointe 4 | Un échantillon du formulaire et du processus liés au repérage, à la gestion et à la divulgation des conflits d’intérêts |
| Pièce-jointe 5 | Les résultats (sommaires) de l’évaluation des besoins |
| Pièce-jointe 6 | Tout modèle de formulaire d’évaluation créé pour l’activité |
| Pièce-jointe 7 | Le budget prévu pour l’activité, incluant une description détaillée de la réception et de l’utilisation de toutes les sommes destinées à l’activité |
| Pièce-jointe 8 | Le modèle du certificat de présence qui sera remis aux participants |
| Pièce-jointe 9 | Les prospectus visant à convaincre des commanditaires ou des exposants potentiels de s’associer à l’activité (s’il y a lieu) |
| Pièce-jointe 10 | Si l’activité est commanditée, l’entente écrite signée par l’organisation prestataire de PPC et le commanditaire |

