

Vers un modèle de collaboration novateur pour l'enseignement interprofessionnel : conception d'un atelier en ligne pour stimuler le travail en milieu rural

Lynn Casimiro, Manon Tremblay, Diane Bouchard-Lamothe and Pippa Hall

Number 23-24, Spring–Fall 2007

L'espace rural francophone : perspectives multi/interdisciplinaires

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1005392ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1005392ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Les Presses de l'Université d'Ottawa
Centre de recherche en civilisation canadienne-française

ISSN

1183-2487 (print)

1710-1158 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Casimiro, L., Tremblay, M., Bouchard-Lamothe, D. & Hall, P. (2007). Vers un modèle de collaboration novateur pour l'enseignement interprofessionnel : conception d'un atelier en ligne pour stimuler le travail en milieu rural. *Francophonies d'Amérique*, (23-24), 45–66. <https://doi.org/10.7202/1005392ar>

VERS UN MODÈLE DE COLLABORATION NOVATEUR POUR L'ENSEIGNEMENT INTERPROFESSIONNEL : CONCEPTION D'UN ATELIER EN LIGNE POUR STIMULER LE TRAVAIL EN MILIEU RURAL

Lynn Casimiro
Consortium national de formation en santé
Volet Université d'Ottawa
Manon Tremblay, Diane Bouchard-Lamothe et Pippa Hall
Université d'Ottawa

L'Institut d'enseignement interprofessionnel en sciences de la santé, en collaboration avec le Consortium national de formation en santé (CNFS) – volet Université d'Ottawa, travaille à la conception, à la production et à l'offre d'un atelier en ligne intitulé *Soins de santé interprofessionnels en milieu rural : le patient et sa communauté*. Cet atelier cible les étudiants francophones inscrits à un programme de formation en santé dans l'un des établissements d'enseignement ontariens partenaires de l'Institut, soit : l'Université Laurentienne, la McMaster University, l'Université d'Ottawa et l'University of Western Ontario. Le lancement se fait à l'automne 2007 et offre l'équivalent de 12 heures de formation. L'étudiant devra compléter l'atelier en moins de six semaines.

Cet atelier en ligne sert à doter les étudiants d'un outil de sensibilisation à la pratique interprofessionnelle en milieu rural avant même le début des stages; plus précisément, l'idée consiste à stimuler, chez les étudiants, le développement de connaissances, d'habiletés et d'attitudes propices à la collaboration. Le choix d'une modalité d'enseignement en ligne permet d'outrepasser les problèmes d'horaire et de distance qui empêchent les étudiants de différentes disciplines et de différentes universités d'étudier ensemble pour développer les compétences nécessaires au travail interprofessionnel centré sur le patient.

Le fondement théorique, le cadre conceptuel, l'approche pédagogique et les étapes de production de cet atelier seront présentés en détail. Le but de cet article est de mettre en lumière le lien avec la communauté et le modèle de collaboration interprofessionnelle utilisé pour la création et la production de cet atelier. La description de notre travail de collaboration pourra servir d'exemple innovateur d'enseignement interprofessionnel

pouvant mieux répondre aux besoins précis des patients en milieux ruraux. Cet atelier fait partie d'un projet de recherche plus vaste sur l'interprofessionnalisme mené par l'Institut d'enseignement interprofessionnel en sciences de la santé.

Fondement théorique

Le mouvement vers les approches de collaboration dans les systèmes de soins de santé mondiaux, en particulier pour la prestation de soins dans les communautés rurales, est catalysé en partie par la redistribution des soins axée sur le milieu communautaire, par la pénurie de main-d'œuvre et par les pressions socioéconomiques en vue d'améliorer l'efficacité des soins ainsi que par l'augmentation de la complexité et de la chronicité des problèmes de santé (Meads et Ashcroft, 2005). En effet, les écrits scientifiques reconnaissent le bien-fondé de la collaboration pour la prestation des soins, que ce soit en milieu rural ou en région urbaine (Charles *et al.*, 2006; Hayward, 2005; Headrick, Wilcock et Batalden, 1998; Minore et Boone, 2002; Nunez *et al.*, 2003). Par exemple, dans les situations où un professionnel de la santé n'est pas en mesure de fournir tous les soins et les services requis, la collaboration entre les professionnels constitue l'approche à privilégier pour soigner les cas complexes de façon holistique (Donaghy et Devlin, 2002; Gilmour, Gibson et Campbell, 2003a et 2003b; Mariano, 1999). La collaboration permet le déploiement ainsi que la maximisation des ressources existantes dans le milieu. Elle peut aussi briser l'isolement des professionnels en milieu rural puisque les partenariats entre intervenants créent un réseau de soutien et de partage de connaissances et d'habiletés, devenant ainsi une source de formation continue (Kurzydlo, Casson et Shumack, 2005; Leeper, Hullett et Wang, 2001). Il est dorénavant essentiel de trouver des façons de soutenir le travail de collaboration entre les professionnels de la santé afin de coordonner les soins de façon efficace (Hall et Weaver, 2001).

Tout d'abord, les chercheurs, les éducateurs et les intervenants de la santé doivent s'entendre sur une définition commune du travail de collaboration. Parmi les divers vocables utilisés, Santé Canada (2004a) a choisi d'adhérer aux principes de la pratique interprofessionnelle (PI) et a opté pour l'expression « pratique en collaboration centrée sur le patient » (PCCP) pour guider la recherche, le développement et la pratique du travail d'équipe dans les milieux de soins de santé. Comme la définition l'indique, la PCCP

[...] est conçue pour promouvoir la participation active de chaque discipline aux soins prodigués aux patients. Elle met en

valeur les objectifs et valeurs centrés sur les patients et la famille, fournit des mécanismes de communication continue entre les fournisseurs de soins, optimise la participation du personnel à la prise de décisions cliniques au sein des disciplines et entre elles, et encourage le respect des contributions spécifiques de chaque professionnel [...] (Santé Canada, 2004b : 2, *Sommaire exécutif*).

La PCCP ou PI nécessite une relation d'interdépendance chez les divers membres de l'équipe afin de soutenir les objectifs personnels et collectifs à atteindre. Elle fait appel à leurs connaissances et à leur expertise en vue d'établir des buts communs en collaboration avec le patient. Chaque membre travaille selon son champ de pratique, en intégrant des stratégies empruntées aux autres membres de l'équipe en vue d'atteindre le but commun. La communication continue et le consensus entre les membres de l'équipe sont les principes directeurs de la pratique interprofessionnelle.

Malgré que la PCCP constitue un idéal à atteindre, les études scientifiques soulignent quelques difficultés qui y sont associées, notamment la coordination du travail interprofessionnel, la communication entre les intervenants, la méconnaissance du rôle des autres professionnels, la rencontre de cultures¹ professionnelles différentes (Hall, 2005) et le malaise associé à l'utilisation du jargon propre aux autres professions (Felten *et al.*, 1997; Reeves *et al.*, 2002).

Les rapports et les projets entre autres de l'Organisation mondiale de la Santé (1979, 1988, 2000, 2001a et 2001b), du Royaume-Uni (Department of Health, 1997, 2000a et 2000b), des États-Unis (Finocchio *et al.*, 1995; O'Neil et Pew Health Professions Commission, 1998; Shugars, O'Neil et Bader, 1991) et du Canada (Romanow, 2002; Santé Canada, 2003, 2004a et 2004b) soutiennent qu'il faut éduquer différemment les professionnels de la santé en vue de les aider à mieux collaborer selon les principes de l'interprofessionnalisme. C'est par le biais des programmes de Formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP) qu'il y aura des changements dans les habiletés et les valeurs interprofessionnelles des étudiants et dans la pratique de collaboration des intervenants.

Toutefois, certains chercheurs croient que le changement de paradigme qui conduit à l'adoption des pratiques de collaboration est lent et ardu en raison de l'échec du système d'éducation à évoluer dans ce sens pour répondre aux besoins des milieux (Barr *et al.*, 2005; Ivey *et al.*, 1988; Opie, 1998). Notons que les programmes d'enseignement sont habituellement compartimentés et que chaque discipline dispose de son

propre bagage de connaissances et de cours obligatoires. Certains programmes de formation sont offerts en milieu universitaire, au premier ou au deuxième cycle, alors que d'autres sont offerts au niveau collégial. De plus, à l'intérieur d'un établissement d'enseignement, les cours peuvent se donner sur différents campus. Les horaires de formation sont d'autant plus incompatibles. La préparation en vue de l'approche interprofessionnelle se fait souvent en vase clos, c'est-à-dire à l'intérieur de chaque discipline, sans interactions, pratiquement, entre les apprenants inscrits aux divers programmes de formation en santé (Geller *et al.*, 2002; McNair *et al.*, 2001; Parsell et Bligh, 1999).

L'enseignement en ligne est une modalité efficace qui permet de pallier les barrières à un apprentissage en commun au sujet de la PCCP (Allen *et al.*, 2002; MacDonald, Stodel et Casimiro, 2006) et facilite les échanges entre les divers apprenants. La communication assistée par ordinateur (CAO) est l'un des grands avantages de l'enseignement en ligne (Burge et Roberts, 1998; O'Reilly et Newton, 2002). Elle permet l'interaction en ligne de l'enseignant, des autres apprenants, de l'ordinateur et de la Toile par la manipulation des outils de communication mis à leur disposition (Gunawardena, Lowe et Anderson, 1997). Ainsi, les occasions d'apprentissage se multiplient (Tu et McIsaac, 2002). Les interactions peuvent avoir lieu en temps réel au moyen d'activités synchrones (clavardage) ou en temps différé par des activités asynchrones (forum, courriel). Les CAO offrent alors la possibilité d'exposer les apprenants aux fondements de la PCCP dans un environnement virtuel qui ne dépend pas de l'emplacement géographique des salles de classe ou des horaires d'enseignement.

Cadre conceptuel

Le modèle de la FIPCCP

En 2004, une série de rapports a été déposée dans le cadre de la Stratégie pancanadienne en matière de ressources humaines en santé (RHS) de Santé Canada. Ces derniers ont été produits sous l'égide d'une équipe de recherche dirigée par la D^{re} Ivy Oandasan de l'Université de Toronto. Les buts de ces rapports étaient de faire état de la recherche sur l'approche et l'enseignement interprofessionnels, de proposer une terminologie commune et de créer un modèle unifiant les grands axes de cette approche. Le modèle de la FIPCCP a ainsi vu le jour (D'Amour et Oandasan, 2004). Le modèle de la FIPCCP peut être consulté à l'adresse Internet suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/interprof/index_f.html sous l'en-tête « Réalisations déjà accomplies ». Ce

modèle fournit un cadre de fonctionnement flexible qui met en relation d'interdépendance l'éducation interprofessionnelle pour accroître les résultats de l'apprenant et la pratique de collaboration pour accroître les résultats des soins.

Par rapport à l'éducation interprofessionnelle des intervenants de la santé (cercle vert, à gauche, dans le modèle de FIPCCP), le modèle de la FIPCCP adopté par Santé Canada met l'apprenant au cœur du processus de professionnalisation. Il tient compte de facteurs liés à l'enseignement. Le modèle précise la nécessité d'un processus bidirectionnel de socialisation au rôle professionnel pour les apprenants et les enseignants. Le contexte d'apprentissage doit prévoir un enseignement planifié de manière à stimuler l'interprofessionnalisme, sans oublier que le corps professoral doit être formé pour enseigner d'une façon qui respecte les concepts interprofessionnels. L'intégration de la FIPCCP dans la vision de l'institution (facteurs institutionnels) est également nécessaire, puisqu'il faut mobiliser les acteurs aux fins de changement. Les processus administratifs dans le domaine de la formation doivent fournir un appui efficace aux projets interprofessionnels, notamment les moyens de mettre en œuvre ces projets, les décisions relatives aux échéanciers et l'aide financière offerte aux enseignants pour créer des programmes de formation interprofessionnelle. Les résultats attendus de la formation interprofessionnelle sont l'acquisition des connaissances, des habiletés, des attitudes et des comportements interprofessionnels chez les apprenants, c'est-à-dire les compétences clés de la pratique de collaboration centrée sur le patient.

En ce qui concerne la pratique de collaboration (cercle rouge, à droite, dans le modèle de la FIPCCP), le modèle de la FIPCCP adopté par Santé Canada place le patient au cœur de la collaboration, puisque ce bénéficiaire des soins est reconnu comme un membre actif de l'équipe d'intervention. La complexité de la tâche est le facteur prévalent qui influence la composition de l'équipe de soins et la nature de l'interdépendance des membres de l'équipe modulant l'expérience du patient et des professionnels impliqués. La pratique de collaboration est façonnée par des facteurs interactionnels. Elle nécessite une vision partagée et des objectifs communs de la part des membres de l'équipe de soins. Apprendre à connaître les membres de l'équipe de soins sur les plans personnel et professionnel devient primordial pour la mise en œuvre et le maintien de la pratique de collaboration et cela aide au développement du sentiment d'appartenance. Le fonctionnement en collaboration d'une équipe de soins est également dépendant de facteurs organisationnels. Il exige des règles et une structure. Le développement de protocoles de soins ainsi que les ententes et les discussions au sujet des

procédures à suivre sont des moyens de préciser les attentes des membres de l'équipe et de redéfinir les frontières professionnelles. Les résultats de la pratique de collaboration se répercutent à quatre niveaux :

- chez le patient, par la qualité améliorée des soins qui lui sont prodigués, par un accroissement du degré de satisfaction et par de meilleurs résultats cliniques;
- chez le professionnel, par une augmentation des sentiments de bien-être et de satisfaction au travail;
- sur le plan de l'organisation des soins, par une maximisation de l'efficacité et par une pratique innovatrice; et
- sur le plan du système de santé, par l'amélioration du ratio coût/bénéfice et par une réactivité plus grande du système pour répondre aux besoins des patients et de la collectivité.

Les facteurs systémiques ou macro du modèle de la FIPCCP adopté par Santé Canada (grand cadre bleu du modèle de la FIPCCP) qui influencent l'éducation interprofessionnelle et la pratique de collaboration sont le système d'éducation et le système professionnel. En effet, ce dernier fournit des lignes directrices qui régissent directement la réglementation des professions et la détermination des frontières professionnelles. Étant enseignées comme immuables, les frontières professionnelles constituent des barrières importantes à la collaboration dans le système des soins de santé. Par contre, les politiques gouvernementales et la pression exercée par la société sur les deux systèmes (relatives aux valeurs sociales et culturelles) stimulent l'ouverture des intervenants à de nouvelles manières d'exercer leurs professions et, par conséquent, favorisent une flexibilité des frontières professionnelles. Une description détaillée a été publiée par D'Amour et Oandasan (2005) dans le *Journal of Interprofessional Care*.

Le cadre de référence choisi pour le développement du présent atelier en ligne s'appuie directement sur le modèle de la FIPCCP, puisqu'il est propre au contexte canadien. De plus, il s'agit du seul modèle répertorié qui vise directement l'interprofessionnalisme de façon holistique tout en considérant les aspects macro, méso et micro de la formation et de la pratique dans le domaine de la santé. Toutefois, ce modèle, bien qu'en émergence, comporte quelques lacunes. La notion de cultures professionnelles n'y est pas spécifiquement abordée. Pourtant, il s'agit d'un aspect important à gérer pour implanter les pratiques interprofessionnelles dans un milieu de soins (Hall, 2005). Bien que le volet de la formation continue soit inclus dans ce modèle, les facteurs facilitants, tels que le soutien de l'employeur et l'équilibre travail/apprentissage, pourraient être mieux articulés. Le modèle ne propose

aucun cadre pédagogique pour guider la conception des projets d'enseignement. Il n'en demeure pas moins que le modèle de la FIPCCP est un cadre conceptuel conçu dans l'intention de guider les projets interprofessionnels au Canada. Il s'agit d'un modèle de choix pour guider la conception de notre atelier.

Approche pédagogique

Les activités d'apprentissage des programmes de formation interprofessionnelle doivent offrir des expériences significatives qui favorisent le développement de la communication, des habiletés et des stratégies de résolution de problèmes et de conflits (Kopfstein, 1998; Oandasan et Reeves, 2005). Les activités d'apprentissage doivent aussi aider les apprenants à développer leurs aptitudes pour le travail d'équipe, la créativité et l'auto-apprentissage (Cook, 2004; Curran, 2004; D'Éon, 2005; Parsell et Bligh, 1999).

L'approche pédagogique par problème permet d'atteindre ces objectifs d'apprentissage. L'apprentissage par problème aide les étudiants à bâtir leurs connaissances, façonne le raisonnement clinique, stimule les habiletés de communication et encourage le travail collaboratif (Zanolli, Boshuizen et De Grave, 2002). Selon cette approche, des petits groupes de 8 à 12 apprenants se penchent sur une histoire de cas. Avec l'aide d'un facilitateur, les groupes doivent résoudre le cas à la lumière de tâches prédéterminées : par exemple, poser un diagnostic ou concevoir un plan de traitement. L'accent n'est pas mis sur la solution, mais sur le processus de raisonnement clinique utilisé pour y arriver (West, 1994). Le groupe doit se fixer des objectifs d'apprentissage qui guident la collecte de renseignements. Les apprenants doivent se diviser les tâches, et chacun devient responsable de recueillir les informations nécessaires. Lors de rendez-vous virtuels fixés à intervalles réguliers, l'apprenant partage ses découvertes avec les membres de son groupe. Des hypothèses sont émises pour résoudre le problème présenté, et une solution appropriée au contexte de soins est choisie. Cette collaboration permet de construire une base de connaissances communes. Cette approche répond aux besoins personnels des apprenants et à ceux exprimés par le groupe (Al-Shaibani *et al.*, 2003).

Les objets d'apprentissage créés pour l'atelier en ligne s'appuient sur divers produits médiatiques (capsule vidéo, photo et animation). Ceux-ci favorisent la communication et la réflexion chez les apprenants. La conception de cet atelier s'appuie sur le scénario d'un cas clinique complexe où le client habitant en milieu rural a subi un accident vasculaire cérébral (AVC). Ce client présente des antécédents médicaux

multiples et une situation familiale compliquée. La résolution du cas entraîne l'intervention de plusieurs professionnels de la santé, incluant les bénévoles et les représentants des services communautaires. Plus précisément, le médecin traitant, l'infirmière praticienne, la physiothérapeute, l'ergothérapeute, la travailleuse sociale, l'orthophoniste, la pharmacienne et les membres de l'équipe de soins à domicile doivent coordonner leurs interventions afin de maximiser le rétablissement du patient sans lui faire quitter son milieu de vie. Chaque apprenant doit adopter le rôle d'un des intervenants selon le programme d'enseignement auquel il est inscrit et doit entrevoir le rôle des autres professionnels de l'équipe de soins. Il fait partie d'une équipe de soins virtuelle dont l'objectif premier est la mise sur pied d'un plan d'intervention concret qui respecte les principes du travail interprofessionnel et les lignes directrices pour le traitement des personnes atteintes d'AVC telles que présentées sous le volet de l'éducation professionnelle de la Fondation des maladies du cœur.

En ce qui a trait aux principes du travail interprofessionnel, les activités d'apprentissage font appel aux quatre déterminants de la PCCP : désir de collaborer, confiance, communication et respect (San Martin-Rodriguez *et al.*, 2005). Ces déterminants sont essentiels à l'atteinte des compétences clés de la PCCP telles que décrites par Barr en 1998.

1. Expliquer aux autres professionnels les rôles et les responsabilités de chacune des professions engagées dans les soins.
2. Respecter les limites de ses rôles et responsabilités, tout en percevant les besoins des patients dans une perspective élargie.
3. Respecter les rôles, les responsabilités et les compétences partagés entre les divers professionnels.
4. Travailler avec les autres professionnels en vue de modifier les comportements et de résoudre les différends dans la prestation des soins.
5. Travailler avec les autres pour évaluer, planifier, donner et réévaluer les soins pour chacun des patients.
6. Tolérer les différences, les malentendus et les limites des autres professions.
7. Participer activement aux discussions interprofessionnelles de cas et aux rencontres d'équipe.
8. S'engager dans des relations interdépendantes avec les autres professions.

Ces huit compétences clés sont atteintes en ciblant les trois domaines d'apprentissage soulignés par Bloom (1956) : cognitif, psychomoteur et affectif. À ceux-ci s'ajoute un quatrième domaine (D'Éon, 2005), soit le social ou le relationnel, qui inclut « les interactions en groupe » (p. 50). Ces quatre domaines d'apprentissage permettent d'atteindre les résultats attendus de l'apprentissage interprofessionnel exposés dans le modèle de la FIPCCP adopté par Santé Canada (2004a).

Le cours est élaboré suivant le logiciel de gestion de l'enseignement en ligne « ThinkMap® ». Ce logiciel permet de créer un réseau d'information et de ressources virtuelles articulées de telle sorte qu'un apprenant puisse choisir d'explorer les facettes qu'il désire et selon l'ordre de son choix. Par exemple, un apprenant peut choisir d'explorer en premier les médicaments du patient et poursuivre avec une des options qui s'offrent à lui. Un autre étudiant peut explorer la situation sociale du patient et poursuivre avec un des autres choix qui lui sont présentés. Ceux-ci seront différents selon le cheminement dans le logiciel et ils correspondent aux intérêts liés à la formation professionnelle des apprenants. À l'occasion, l'apprenant ne pourra pas revenir en arrière, ce qui l'obligera à poursuivre son raisonnement. De plus, la consultation des données sur le site Web est limitée dans le temps, en vue de restreindre la quantité d'informations accessibles (apprentissage passif) et de favoriser par après des échanges constructifs (apprentissage actif) entre les apprenants. Il est impossible pour un apprenant de consulter toutes les capsules d'information contenues dans le logiciel. Les apprenants doivent donc mettre en commun leurs connaissances et proposer un plan concerté d'intervention. Seuls, ils ne pourront pas y arriver! Les objectifs établis jusqu'à ce jour pour cet atelier figurent à l'annexe A.

Production de l'atelier

Un partenariat de quatre équipes de travail d'expertise différente est essentiel à la production d'un tel atelier : 1) l'équipe de gestion, 2) l'équipe d'experts de contenu en réadaptation d'un AVC, 3) l'équipe de conception pédagogique et de coordination du projet, et 4) l'équipe de médiatisation.

1. L'Institut d'enseignement interprofessionnel en sciences de la santé s'occupe de la gestion administrative du projet. L'Institut apporte au projet son expérience du logiciel « ThinkMap® », administre les ressources financières, évalue le projet et gère l'embauche du personnel. Il a établi le partenariat entre les trois autres équipes de travail.

2. Le groupe d'experts de contenu est composé de sept intervenants de l'Hôpital général de Hawkesbury et représente différentes professions de la santé. Cette équipe travaille en collaboration dans le service de réadaptation des personnes en milieu rural atteintes d'AVC. Elle possède donc une expertise en interprofessionnalisme par l'entremise d'un vécu quotidien. Les experts de contenu se sont réunis pour rédiger l'histoire de cas et partager les renseignements pertinents à l'évaluation et au traitement du patient tout au cours de son cheminement à partir des soins d'urgence, jusqu'à son retour à domicile en passant par les soins aigus et le service de réadaptation.
3. Le Consortium national de formation en santé – volet Université d'Ottawa fournit l'équipe de conception pédagogique et de coordination du projet. Cette équipe est composée de trois professionnels de la santé ayant une expertise en éducation, en enseignement en ligne et dans les concepts théoriques de l'approche interprofessionnelle. Cette équipe a conçu le design de l'atelier, rédigé le script des divers scénarios et répertorié les ressources pédagogiques qui seront mises à la disposition des apprenants. Elle fait le lien entre les experts de contenu et l'équipe de médiatisation en ce qui concerne la production de l'atelier et s'occupe également de faciliter l'atelier, c'est-à-dire de répondre aux questions des apprenants et de guider les discussions.
4. Les membres de l'équipe de médiatisation proviennent de différents services à l'Université d'Ottawa. Le programmeur fait partie du groupe MedTech de la Faculté de médecine. L'équipe du département de communication du Service d'appui à l'enseignement et à l'apprentissage s'occupe de la vidéographie et des narrations. Le photographe est rattaché au Centre du cyber-apprentissage. Deux des acteurs travaillent au Département de théâtre de la Faculté des arts alors que la dernière personne, une actrice amateur, est travailleuse sociale en milieu communautaire.

Un défi important d'un projet d'une telle envergure est la coordination du travail d'équipe et l'élaboration du calendrier d'échéances. Le projet a débuté en mai 2006 et l'atelier était offert pour la première fois à l'automne 2007. Un projet comme celui-ci évolue continuellement, et la vision de l'atelier établie au départ se précise à mesure que la production avance. Tout de même, il fallait d'abord développer les principes

directeurs de la production de l'atelier. Les équipes de gestion et de conception se sont entendues avec l'équipe d'experts de contenu sur le but pédagogique de l'atelier. Il ne s'agissait pas de montrer les meilleures pratiques ou la façon d'intervenir dans chacune des professions, mais bien de faire vivre aux étudiants, par le biais d'une approche narrative, une situation clinique où le patient est atteint d'un AVC en milieu rural. Les étudiants devront donc déterminer les meilleures pratiques liées à leur profession en s'appuyant sur les informations fournies sur le cas (photos, capsules vidéo, dossier du patient, etc.), en puisant dans leur bagage de connaissances antérieures (stages cliniques, cours, lectures préalables, etc.) et en interagissant avec les ressources mises à leur disposition sur le site Web de l'atelier (documentaire télévisé, articles scientifiques, lignes directrices, sites Web, etc.). De plus, les étudiants devront concevoir le plan d'intervention en équipe tout en respectant les principes de l'approche interprofessionnelle. Le partage dans un forum de discussion sera donc essentiel. Nous jugeons que cette approche rendra le cas réel et tangible pour les étudiants et permettra l'acquisition de compétences liées au traitement de l'AVC et à l'interprofessionnalisme.

En tenant compte des principes directeurs de l'atelier, l'équipe d'experts de contenu a produit le contenu de base de l'atelier entre mai et septembre 2006. Il comportait des données cliniques liées aux soins d'urgence et aux soins aigus dispensés au patient. Ensuite, les experts ont rédigé des notes cliniques par profession, documentant l'état du patient, les interactions avec la famille et les soins dispensés pour une période de réadaptation de huit semaines. Entre septembre 2006 et février 2007, l'équipe de concepteurs pédagogiques a épluché le contenu fourni par l'équipe d'intervenants pour le réorganiser par « sphères de la personne » plutôt que par profession. L'équipe a choisi 14 sphères de la personne : mobilité, activités quotidiennes, état mental, alimentation, aspect social, douleur, système cardiorespiratoire, communication, milieu de vie, élimination, fonctionnement du membre supérieur et du membre inférieur, posture et équilibre. Les renseignements ont été découpés en six unités, dont chacune représente une semaine de formation. Puisque l'équipe de conception a choisi une approche narrative pour développer le cas, il fallait prendre les données brutes fournies par l'équipe d'experts de contenu et écrire l'histoire du patient selon son point de vue et celui de sa famille. Pendant cette période, il y a eu un échange régulier entre les équipes de conception et de contenu pour obtenir des renseignements complémentaires (p. ex., le protocole de suivi du congé), pour valider l'interprétation du contenu (p. ex., l'expression faciale du patient après quatre semaines de réadaptation) et pour rédiger les scénarios présentés dans les capsules vidéo (p. ex., la famille dirait plutôt « *stroke* » qu'AVC).

Il a été difficile pour les concepteurs de convertir les notions cliniques, avancées par les experts de contenu, en activités d'éducation et d'apprentissage suivant les principes qui correspondent à l'approche narrative. L'histoire du patient a dû être remaniée sous forme de capsules d'information, dont chacune était associée à un ou plusieurs objectifs pédagogiques. Selon l'approche narrative, un texte décrivant l'état du patient était remplacé par une conversation entre les membres de la famille relatant les points importants. Le langage utilisé était celui du milieu rural. Toutefois, il n'était pas possible de transformer toutes les données du cas en capsules vidéo. Pour la réadaptation, l'équipe de conception a choisi de montrer l'évolution de l'état du patient selon chacune des sphères, par une série de photographies accompagnées de narrations. En tout, 119 photos et narrations ainsi que 25 capsules vidéo ont été produites.

La production d'un tel nombre d'éléments visuels a nécessité deux mois de préparation. Toutes les photos ont été prises et les capsules vidéo tournées à l'hôpital de Hawkesbury en avril et mai 2007. Trois acteurs, un photographe, deux techniciens en multimédia et les trois membres de l'équipe de conception se sont rendus à Hawkesbury à deux reprises. L'équipe d'experts de contenu a préparé l'équipement nécessaire au tournage (nourriture en purée, sonde vésicale, fauteuil roulant, etc.) et réservé une chambre de patient. De plus, les experts vérifiaient l'authenticité des scénarios *in situ*. Bien que tous les textes aient été revus à l'avance, il a fallu à quelques reprises modifier les scénarios sur place pour rendre les photos ou les capsules vidéo authentiques. Au cours du mois de juin 2007, les techniciens en multimédia ont préparé le montage des capsules vidéo en vue de leur adaptation à l'environnement virtuel. Aussi, une narration a été enregistrée pour chacun des clichés choisis.

Au moment d'écrire ces lignes, nous étions rendus à l'étape de la programmation. Il s'agissait de structurer l'atelier selon la conception établie en utilisant les photos et capsules vidéo, le dossier du patient et les ressources complémentaires choisies. Une fois la programmation complétée, nous aurons créé au-delà de 150 objets d'apprentissage pour cette formation. Il s'agit donc d'un processus onéreux et gourmand en temps. L'horaire de travail chargé de tous les participants a créé des retards à presque toutes les étapes du projet et entravé le respect du calendrier. De plus, comme dans la livraison des soins en milieu rural, la distance entre les sites engagés dans le projet a compliqué les déplacements et a nécessité plus de temps que prévu. En conséquence, bien que le projet ait débuté en mai 2006, le lancement officiel de l'atelier en ligne en septembre 2007 a dû être reporté d'un mois.

Lien avec la communauté

Une des forces de ce projet a été le lien avec la communauté même, qui est l'objet de la formation. Nous prévoyons que l'évaluation de cet atelier démontrera qu'il s'agit d'une occasion d'apprentissage riche et authentique grâce à l'attention, à l'acharnement et à l'intérêt soutenu des équipes d'experts de contenu et de concepteurs. En effet, il peut être difficile, pour un si grand groupe de professionnels éloignés par la distance, de travailler à une même entreprise. Pourtant, plusieurs facteurs ont facilité la communication et la mise en marche de ce projet. La présence des compétences nécessaires au travail interprofessionnel et l'aisance à travailler en collaboration ont maximisé le rendement dans les tâches individuelles et collectives. Il y a eu une communication régulière entre les équipes, en personne ou par courriel. Il était essentiel que tout malentendu ou difficulté se règle rapidement dans un processus aussi transparent que possible.

Une première rencontre entre les experts de contenu, les gestionnaires et les concepteurs a permis de lier connaissance et d'établir le climat de confiance nécessaire au développement de rapports interactionnels, en vue de créer un sentiment d'appartenance au projet. Elle a également permis de s'entendre sur les règles de fonctionnement à adopter et d'établir ensemble les priorités respectives, ce qui correspond aux facteurs organisationnels de la pratique de collaboration. Sur cette base, les échanges subséquents ont pu se faire aisément de façon virtuelle. Un élément facilitant réside dans la disponibilité d'une subvention pour les membres de l'équipe d'experts de contenu à l'hôpital de Hawkesbury, déjà pleinement occupés à leur charge de travail respective. La possibilité d'autogérer les fonds qui leur ont été destinés a permis à l'équipe de soins de libérer du temps et de dédommager quiconque a eu besoin de consacrer des heures supplémentaires au projet.

Conclusion

Il s'agit d'un moment propice pour concevoir un atelier en ligne au sujet de la pratique interprofessionnelle en milieu rural. L'interprofessionnalisme est un sujet de l'heure, compte tenu de la prise de position de Santé Canada en 2004, de la disponibilité de ressources financières et de la réceptivité des milieux de soins à cette approche. Par contre, le projet présenté dans ces pages nécessite un grand nombre de ressources humaines et financières. Il faut réunir des équipes de gestion, de contenu, de conception pédagogique et de coordination, ainsi que de médiatisation. De plus, il est capital d'établir des liens forts avec une

équipe d'intervenants dans un milieu de soins pour réunir une équipe d'experts de contenu capable de contribuer significativement à la production de l'atelier. Il faut donc tenir compte des facteurs organisationnels et interactionnels de la pratique de collaboration tels que présentés dans le modèle de la FIPCCP, prévoir des moyens de communication efficaces et établir clairement les étapes de production à suivre. Le processus de production n'est pas linéaire, demande de l'imagination et entraîne un va-et-vient continu entre les contenus, les objectifs et les activités. Par conséquent, cette expérience permet d'affirmer que les échéanciers doivent être plus grands que ceux initialement estimés et prévus. Le nombre d'intervenants, les horaires chargés et les déplacements sont tous des facteurs qui augmentent le temps de production. Finalement, il est nécessaire de prévoir un moyen d'évaluer l'efficacité d'une telle méthode d'enseignement de l'interprofessionnalisme afin de contribuer à l'avancement des connaissances à ce sujet.

NOTE

1. Chaque profession de la santé a une culture spécifique qui inclut un système de valeurs, de croyances, de coutumes, d'attitudes et de comportements qui lui est propre (Hall, 2005).

BIBLIOGRAPHIE

- ALLEN, Mike *et al.* (2002), « Comparing Student Satisfaction with Distance Education to Traditional Classrooms in Higher Education: a Meta-Analysis », *The American Journal of Distance Education*, vol. 16, n° 2, p. 83-97.
- AL-SHAIBANI, Tarik A. Abdul Ghaffar *et al.* (2003), « Student Generated Learning Objectives: Extent of Congruence with Faculty Set Objectives and Factors Influencing their Generation », *Education for Health*, vol. 16, n° 2, p. 189-197.

- BARR, Hugh (1998), « Competent to Collaborate: Towards a Competency-Based Model for Interprofessional Education », *Journal of Interprofessional Care*, vol. 12, n° 2, p. 181-187.
- BARR, Hugh *et al.* (2005), *Effective Interprofessional Education: Argument, Assumption and Evidence*, Malden (MA), Blackwell Publishing.
- BLOOM, Benjamin, et David R. KRATHWOHL (1956), *Taxonomy of Educational Objectives: The Classification of Educational Goals, by a Committee of College and University Examiners. Handbook I: Cognitive Domain*, New York, Longmans, Green and Co.
- BURGE, Elizabeth J., et Judith M. ROBERTS (1998), *Classrooms with a Difference: Facilitating Learning on the Information Highway*, Toronto, Chenelière/McGraw-Hill.
- CHARLES, Grant *et al.* (2006), « The Interprofessional Rural Program of British Columbia (IRPBC) », *Journal of Interprofessional Care*, vol. 20, n° 1, p. 40-50.
- COOK, David (2004), « Models of Interdisciplinary Learning », dans Danielle D'Amour et Ivy Oandasan (dir.), *Interdisciplinary Education for Collaborative, Patient-Centred Practice*, Ottawa, Santé Canada.
- CURRAN, Vernon R. (2004), « Interdisciplinary Learning and Academia: Attitudes Towards Interdisciplinary Learning Among Canadian Schools of Health Professional Education », dans Danielle D'Amour et Ivy Oandasan (dir.), *Interdisciplinary Education for Collaborative, Patient-Centred Practice*, Ottawa, Santé Canada.
- D'AMOUR, Danielle, et Ivy OANDASAN (dir.) (2004), *Interdisciplinary Education for Collaborative, Patient-Centred Practice*, Ottawa, Santé Canada.
- D'AMOUR, Danielle, et Yvy OANDASAN (2005), « Interprofessionality as the Field of Interprofessional Practice and Interprofessional Education: An Emerging Concept », *Journal of Interprofessional Care*, vol. 19, Supplément 1, p. 8-20.
- D'ÉON, Marcel F. (2005), « A Blueprint for Interprofessional Learning », *Journal of Interprofessional Care*, vol. 19, Supplément 1, p. 49-59.
- DONAGHY, Kevin, et Breige DEVLIN (2002), « An Evaluation of Teamwork Within a Specialist Palliative Care Unit », *International Journal of Palliative Nursing*, vol. 8, n° 11, p. 518-525.
- FARMER, Jane, Paul STIMPSON et Janet TUCKER (2003), « Relative Professional Roles in Antenatal Care: Results of a Survey in Scottish Rural General Practice », *Journal of Interprofessional Care*, vol. 17, n° 4, p. 351-362.
- FELTEN, Susan *et al.* (1997), « Implementation of Collaborative Practice Through Interdisciplinary Rounds on a General Surgery Service », *Nursing Case Management*, vol. 2, n° 3, p. 722-726.
- FINOCCHIO, Leonard J. *et al.* (1995), *Reforming Health Care Workforce Regulation: Policy Considerations for the 21st Century*, San Francisco, Pew Health Professions Commission.
- GELLER, Zina D. *et al.* (2002), « Interdisciplinary Health Education in Rural New Mexico: A 10 Year Experience », *Learning in Health & Social Care*, vol. 1, n° 1, p. 33-46.

- GILMOUR, Helen, Faith GIBSON et Jim CAMPBELL (2003a), « Living Alone with Dementia: a Case Study to Understanding Risk », *Dementia*, vol. 2, n° 3, p. 403-420.
- GILMOUR, Helen, Faith GIBSON et Jim CAMPBELL (2003b), « People with Dementia in a Rural Community », *Dementia*, vol. 2, n° 3, p. 245-263.
- GUNAWARDENA, Charlotte N., Constance A. LOWE et Terry ANDERSON (1997), « Analysis of a Global Online Debate and Development of an Interaction Analysis Model for Examining Social Construction of Knowledge in Computer Conferencing », *Journal of Educational Computing Research*, vol. 17, n° 4, p. 397-431.
- HALL, Pippa (2005), « Interdisciplinary Teamwork: Professional Cultures as Barriers », *Journal of Interprofessional Care*, vol. 19, n° 1, p. 188-196.
- HALL, Pippa, et Lynda WEAVER (2001), « Interdisciplinary Education and Teamwork: a Long and Winding Road », *Medical Education*, vol. 35, n° 9, p. 867-875.
- HAYWARD, Karen S. (2005), « Facilitating Interdisciplinary Practice Through Mobile Service Provision to the Rural Older Adult », *Geriatric Nursing*, vol. 26, n° 1 (janvier), p. 29-33.
- HEADRICK, Linda A., Peter M. WILCOCK et Paul B. BATALDEN (1998), « Interprofessional Working and Continuing Medical Education », *British Medical Journal (BMJ)*, vol. 316, 7 mars, p. 771-774.
- IVEY, Suzanne L. *et al.* (1988), « A Model for Teaching about Interdisciplinary Practice in Health Care Settings », *Journal of Allied Health*, vol. 17, n° 3, p. 189-195.
- KOPFSTEIN, Roselind (1998), « Training about Interdisciplinary Teamwork: A Neglected Aspect of Education and Practice », *SCI Psychosocial Process*, vol. 10, n° 4, p. 120-126.
- KURZYDLO, Ann-Maree, Claudia CASSON et Stephen SHUMACK (2005), « Reducing Professional Isolation: Support Scheme for Rural Specialists », *Australasian Journal of Dermatology*, vol. 46, n° 4 (novembre), p. 242-245.
- LEEPER, James, Sandral HULLETT et Lei WANG (2001), « Rural Alabama Health Professional Training Consortium: Six-Year Evaluation Results », *Family and Community Health*, vol. 24, n° 2 (juillet), p. 18-26.
- MACDONALD, Colla J., Emma J. STODEL et Lynn CASIMIRO (2006), « Online Dementia Care Training for Healthcare Teams in Continuing and Long-Term Care Facilities: a Viable Solution for Improving Quality of Care and Quality of Life for Residents », *International Journal on E-Learning*, vol. 5, n° 3, p. 373-399.
- MARIANO, Carla (1989), « The Case for Interdisciplinary Collaboration », *Nursing Outlook*, vol. 37, n° 6 (novembre), p. 285-288.
- McNAIR, Ronald E. *et al.* (2001), « Rural Interprofessional Education: Promoting Teamwork in Primary Care Education and Practice », *Australian Journal of Rural Health*, vol. 9, Supplément 1 (décembre), p. 19-26.
- MEADS, Geoff, et John ASHCROFT (2005), *The Case for Interprofessional Collaboration: in Health and Social Care*, Malden (MA), Blackwell Publishing.
- MINORE, J. Bruce, et Margaret BOONE (2002), « Realizing Potential: Improving Interdisciplinary Professional/Paraprofessional Health Care Teams in Canada's Northern Aboriginal Communities Through Education », *Journal of Interprofessional Care*, vol. 16, n° 2, p. 139-145.

- NUNEZ, Diane E. *et al.* (2003), « Community-Based Senior Health Promotion Program Using a Collaborative Practice Model: the Escalante Health Partnerships », *Public Health Nursing*, vol. 20, n° 1, p. 25-32.
- OANDASAN, Ivy, et Scott REEVES (2005), « Key Elements for Interprofessional Education. Part 1: The Learner, the Educator and the Learning Context », *Journal of Interprofessional Care*, vol. 19, Supplément 1, p. 21-38.
- O'NEIL, Edward H., et PEW HEALTH PROFESSIONS COMMISSION (1998), *Recreating Health Professional Practice for a New Century*, San Francisco, Pew Health Professions Commission.
- OPIE, Anne (1998), « Nobody Asked Me for My View: Users' Empowerment by Multidisciplinary Health », *Qualitative Health Research*, vol. 8, n° 2, p. 188-206.
- O'REILLY, Meg, et Diane NEWTON (2002), « Interaction Online: Above and Beyond Requirements of Assessment », *Australasian Journal of Educational Technology*, vol. 18, n° 1 (automne), p. 57-70.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1979), *Formulation de stratégies en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Rapport*, n° 2, Genève, OMS.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1988), *Learning Together to Work Together for Health. Report From a World Health Organisation Study Group on Multiprofessional Education of Health Personnel: The Team Approach*, Technical Report Series n° 769, Genève, OMS.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2000), « Towards Unity for Health: Coordinating Changes in Health Services and Health Professions Practice and Education », *Newsletter*, n° 2, Genève, OMS.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2001a), *Developing Human Resources for Health. Report on a Meeting with WHO Collaborating Centres and Selected International Organizations*, European Health 21, Target 18, Copenhague, OMS.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2001b), *An Integrated Health Sector. Fourth Meeting of the St Petersburg Initiative for Education and Training in General Practice and Family Medicine*, European Health 21, Target 15, Copenhague, OMS.
- PARSELL, Glennys, et John BLIGH (1999), « The Development of a Questionnaire to Assess the Readiness of Health Care Students for Interprofessional Learning (RIPLS) », *Medical Education*, vol. 33, n° 2 (février), p. 95-100.
- REEVES, Scott *et al.* (2002), « "It Teaches you What to Expect in Future": Interprofessional Learning on a Training Ward for Medical, Nursing, Occupational Therapy and Physiotherapy Students », *Medical Education*, vol. 36, n° 4 (avril), p. 337-344.
- ROMANOW, Roy J. (2002), *Guidé par nos valeurs: l'avenir des soins de santé au Canada*, Ottawa, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
- ROYAUME-UNI, DEPARTMENT OF HEALTH (1997), *Working Together-Securing a Quality Workforce for the NHS*, Londres, Department of Health.
- ROYAUME-UNI, DEPARTMENT OF HEALTH (2000a), *The NHS Plan: A Plan for Investment, a Plan for Reform*, Londres, Department of Health.

- ROYAUME-UNI, DEPARTMENT OF HEALTH (2000b), *Meeting the Challenge: a Strategy for the Allied Health Professions*, Londres, Department of Health.
- SAN MARTIN-RODRIGUEZ, Leticia *et al.* (2005), « The Determinants of Successful Collaboration: a Review of Theoretical and Empirical Studies », *Journal of Interprofessional Care*, vol. 19, Supplément 1, p. 132-147.
- SANTÉ CANADA (2003), « Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé », communiqué, [En ligne], [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2003accord/index_f.html] (21 juin 2007).
- SANTÉ CANADA (2004a), « La formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient », communiqué, [En ligne], [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/interprof/index_f.html] (21 février 2006).
- SANTÉ CANADA (2004b), *Formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centre sur le patient, Sommaire exécutif*, [En ligne], http://www.hc-sc.gc.ca/francais/hhr/sommairel_executif.html] (11 mars 2006).
- SHUGARS, Daniel A., Edward H. O'NEIL et James D. BADER (1991), *Healthy America: Practitioners for 2005: an Agenda for Action for US Health Professional Schools*, Durham (NC), Pew Health Professions Commission.
- TU, Chih-Hsiung, et Marina MCISAAC (2002), « The Relationship of Social Presence and Interaction in Online Classes », *The American Journal of Distance Education*, vol. 16, n° 3, p. 131-150.
- WEST, Stuart A. (1994), « Objectives Generated Separately by Staff and Students in Problem-Based Learning », *Annals of Community-Oriented Education*, vol. 7, p. 267-286.
- ZANOLLI, Mauricio B., Henny P. A. BOSHUIZEN et Willem S. DE GRAVE (2002), « Students' and Tutors' Perceptions of Problems in PBL Tutorial Group at a Brazilian Medical School », *Education for Health*, vol. 15, n° 2, p. 189-201.

Annexe A

Objectifs et activités

Soins de santé interprofessionnels en milieu rural : le patient et sa communauté

Objectifs généraux de l'atelier :

- Utiliser un modèle de fonctionnement interprofessionnel pour maintenir un patient francophone présentant des problèmes de santé multiples liés à un AVC dans son milieu de vie qui se situe en milieu rural ou en région éloignée
- Reconnaître la valeur du travail interprofessionnel dans un contexte où les soins sont dispensés à un patient francophone atteint d'un AVC en milieu rural

Objectifs spécifiques de l'atelier :

Par rapport au préambule à l'interprofessionnalisme :

- Prendre conscience du mouvement vers l'interprofessionnalisme
- Situer l'interprofessionnalisme dans le contexte national et international

Par rapport à la résolution du cas :

- Valoriser les rôles et responsabilités de chacun dans un contexte où les soins sont dispensés à un patient francophone atteint d'un AVC en milieu rural
- Choisir une attitude de collaboration plutôt qu'une attitude de coopération
- Découvrir les principes de l'approche interprofessionnelle dans un contexte où les soins sont dispensés à un patient francophone atteint d'un AVC en milieu rural
- Favoriser un raisonnement clinique qui intègre l'interprofessionnalisme et les particularités de la communauté rurale dans un contexte où les soins sont dispensés à un patient francophone atteint d'un AVC

- Connaître les ressources offertes en milieu rural pour maintenir un patient francophone présentant des problèmes de santé multiples liés à un AVC dans son milieu de vie
- Déterminer les liens à créer en milieu rural pour maintenir un patient francophone présentant des problèmes de santé multiples liés à un AVC dans son milieu de vie
- Explorer les liens à créer en milieu rural pour développer un programme de promotion de la santé lié à la prévention et au traitement d'un AVC pour la population francophone
- Explorer son identité professionnelle en vue de former une identité collective avec son équipe de soins
- Tirer avantage des facteurs facilitants de l'interprofessionnalisme dans un contexte où les soins sont dispensés à un patient francophone atteint d'un AVC en milieu rural
- Considérer les obstacles à l'interprofessionnalisme dans un contexte où les soins sont dispensés à un patient francophone atteint d'un AVC en milieu rural
- Planifier un plan d'intervention interprofessionnel applicable dans un contexte où les soins sont dispensés à un patient francophone atteint d'un AVC en milieu rural
- Ressortir une liste de compétences clés nécessaires pour adhérer au travail interprofessionnel dans un contexte où les soins sont dispensés à un patient francophone atteint d'un AVC en milieu rural
- Valoriser le fonctionnement de l'équipe interprofessionnelle dans un contexte où les soins sont dispensés à un patient francophone atteint d'un AVC en milieu rural

Activités :

Semaine 1

1-a. À la fin de la section des soins aigus et de l'évaluation en réadaptation (en groupe) :

- Déterminer le potentiel de réadaptation
- Écrire les objectifs
- Écrire un plan d'intervention

Semaine 2

1-b. Temps d'arrêt pour suivre une formation continue au sujet de l'interprofessionnalisme

1-c. Après le Bloc sur l'interprofessionnalisme et les lignes directrices pour les AVC (en groupe) :

- Revoir l'exercice 1-a. et adapter en conséquence

Semaine 3

2. Après deux semaines de traitement en réadaptation (doit d'abord faire une réflexion individuelle et ensuite comparer avec le groupe) :

- Trouver des tâches communes
- Négocier des tâches qui peuvent être partagées
- Écrire des buts communs

(Question sur la pratique en milieu rural, accès aux services spécialisés – avantages, désavantages et ressources)

Semaine 4

3. Après cinq semaines de traitement en réadaptation (doit d'abord faire une réflexion individuelle et ensuite comparer avec le groupe) :

- Trouver des tâches communes
- Négocier des tâches qui peuvent être partagées
- Écrire des buts communs

Semaine 5

4. Après huit semaines de traitement en réadaptation (en groupe) :

- Planifier le retour à domicile
 - Liens à créer
 - Ressources nécessaires et accessibles
- Comparer le retour à domicile selon les lignes directrices pour le traitement des AVC et la réalité d'un patient francophone en milieu rural

Semaine 6

5. Individuellement et en groupe, proposer une action concrète pour promouvoir la santé cardio-vasculaire spécifique à la population francophone en milieu rural

6. À la fin de l'atelier (réflexion individuelle à partager; discuter ensuite de cette réflexion avec le groupe)

- Qu'est-ce que je retiens de cet atelier?
- Comment je me sens par rapport au partage de tâches? (Cette réponse peut être confidentielle ou affichée de façon anonyme)
- Quels sont les éléments facilitants et les défis associés au traitement d'une personne francophone atteinte d'un AVC en milieu rural?
- D'après cette expérience, quelles sont les compétences clés dont vous avez besoin pour travailler dans une équipe interprofessionnelle en milieu rural? (Fournir un fichier réponse)