

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Guide de soutien pour la mise en place de communautés de pratique psychosociale en cancérologie

Comité national de l'évolution des pratiques psychosociales en cancérologie

Programme québécois de cancérologie

Juillet 2024

ÉDITION :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca, section **Publications**

Le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte

Dépôt légal – 2024

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-98263-0 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2024

AUTEURS

Rédaction :

M^{me} Marie-Josée Courval, travailleuse sociale régionale, CISSS de la Montérégie-Centre

M^{me} Mélissa Dubé-Quenum, conseillère, Programme québécois de cancérologie (PQC), ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

Révision et approbation :

Dr Jean Latreille, directeur national, PQC, MSSS

M^{me} Mélanie Morneau, directrice générale adjointe, PQC, MSSS

Ce document a été rédigé avec la collaboration des **membres du Comité national de l'évolution des pratiques psychosociales en cancérologie (CNEPP) 2023-2024 (membres en mars 2024)** :

M^{me} Esther A. Forest, travailleuse sociale, CISSS des Îles

M^{me} Christine Arsenault, cogestionnaire clinico-administrative, CISSS de la Gaspésie

M^{me} Anne-Geneviève Auger, psychologue, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

M^{me} Elisabeth Beaulieu, travailleuse sociale, CISSS de Laval

M^{me} Marie-Josée Bouchard, CISSS de l'Outaouais

M^{me} Nadine Bouchard, travailleuse sociale, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

M^{me} Sarah de Carufel, cheffe de service aux services sociaux généraux et soins spirituels, CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

M^{me} Catherine Chouinard-Dufour, cheffe des services hospitaliers, services psychosociaux généraux, réadaptation et IPS, CISSS de la Côte-Nord

M^{me} Lynda Cloutier, psychologue et agente de programmation, de planification et de recherche, CISSS des Laurentides

M^{me} Sylvie Côté, travailleuse sociale, CIUSSS du Saguenay – Lac-Saint-Jean

M^{me} Sarah-Maude Cotton-Samuel, travailleuse sociale, CISSS de la Gaspésie

M^{me} Clarisse Defer, psychologue, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

M^{me} Marie-Claire Dias, travailleuse sociale, CISSS des Laurentides

M^{me} Ana Gabriela Guédez, psychologue, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

M^{me} Melissa Henry, psychologue, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

M^{me} Lynn Lachance, travailleuse sociale, CISSS de Chaudière-Appalaches

M^{me} Hélène Larouche, psychologue, CIUSSS du Saguenay – Lac-Saint-Jean

M^{me} Claire Longpré, psychologue, CHU Sainte-Justine

M^{me} Valérie Perron, assistante-infirmière, cheffe des équipes interdisciplinaires en oncologie, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

M^{me} Joannie Pouliot, psychologue, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

D^{re} Jacynthe Rivest, psychiatre, CHUM

M^{me} Emmanuelle Robert, psychologue, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

M^{me} Cristina Scholand, psychologue, CISSS du Bas-Saint-Laurent

M^{me} Virginie Simard, psychologue, CISSS de la Montérégie-Est

D^{re} Annie Tremblay, psychiatre, CHU de Québec – Université Laval

M^{me} Anne-Marie-Vachon, travailleuse sociale et coordonnatrice clinique, CISSS de Laval

M^{me} Julie Vadeboncoeur, psychologue, CISSS de la Montérégie-Centre

M^{me} Martine Vignola, travailleuse sociale, CISSS du Bas-Saint-Laurent

Collaboration spéciale :

Linda Roy, travailleuse sociale retraitée, ancienne présidente du CNEPP, CISSS de la Montérégie-Centre

AVANT-PROPOS

Agir sur les résultats néfastes rapportés par les patients tout au long de la trajectoire de diagnostic et de traitements en cancérologie est souvent lié à une résolution partielle ou complète des difficultés identifiées, à une meilleure qualité de vie et parfois même à une prolongation de la survie de la personne. Ce constat a été fait à répétition et rapporté dans la littérature scientifique. Cela représente toute la raison d'être des efforts mis pour documenter les résultats et les expériences vécues par les personnes touchées par un cancer.

Le soutien psychosocial est parmi les interventions essentielles qui mènent à ces résultats. Les intervenants psychosociaux en cancérologie ont l'expertise et le rôle de conseiller les autres professionnels afin que l'équipe interprofessionnelle puisse remplir le mieux possible son rôle auprès de la personne atteinte et de ses proches.

Le développement de communautés de pratique a été très bénéfique pour les infirmières, les pharmaciens et les médecins. Pour le PQC, il devient donc impératif de favoriser cette bonne pratique, c'est-à-dire encourager l'implantation des communautés de pratique psychosociales en cancérologie, qu'elles soient locales, régionales ou interrégionales. Le réseau doit faire tout en son pouvoir pour que ces communautés voient le jour et se fructifient, mais aussi pour que le professionnel en région éloignée puisse également y trouver des occasions de ressourcement et d'échanges. Un peu partout dans la province de Québec, il y a des intervenants psychosociaux en cancérologie qui sont des experts et qui veulent soutenir et mettre en place ce qui est nécessaire pour établir une nouvelle communauté ou un réseau de communautés de pratique.

Jean Latreille, MDCM, FRCPC

Directeur national

Programme québécois de cancérologie

TABLE DES MATIÈRES

| | | |
|-------|---|----|
| 1. | Mise en contexte | 1 |
| 2. | Définition d'une communauté de pratique | 2 |
| 3. | Buts et avantages d'une communauté de pratique psychosociale en oncologie | 3 |
| 3.1 | Pour les membres | 3 |
| 3.1.1 | Bonification des connaissances et des compétences..... | 3 |
| 3.1.2 | Sentiment d'appartenance et solidification de l'identité professionnelle | 3 |
| 3.1.3 | Réseautage et connaissances des ressources variées..... | 4 |
| 3.2 | Pour les organisations..... | 4 |
| 3.2.1 | Apprentissages et bénéfices pour les participants et les institutions | 4 |
| 3.2.2 | Développement professionnel et rétention du personnel..... | 4 |
| 3.2.3 | Innovation et optimisation de la formation | 4 |
| 3.3 | Pour les personnes touchées par le cancer | 4 |
| 4. | Enjeux, défis et pistes de solutions pour assurer la mise en place et la pérennité d'une CdeP | 5 |
| 4.1 | Inclusion d'intervenants des autres secteurs | 5 |
| 4.2 | Étendue des territoires et modalités des rencontres | 5 |
| 4.3 | Disponibilité des ressources humaines et reconnaissance du temps d'implication..... | 5 |
| 5. | Conditions gagnantes et facteurs de succès pour le fonctionnement d'une CdeP..... | 7 |
| 5.1 | Rôle de l'institution et le leadership des gestionnaires..... | 7 |
| 5.2 | Rôles du responsable : l'administration et l'animation des rencontres de la CdeP | 7 |
| 5.2.1 | L'administration de la CdeP..... | 7 |
| 5.2.2 | L'animation des rencontres..... | 8 |
| 5.3 | Soutien administratif, ressources financières et leadership technologique | 8 |
| 6. | Étapes proposées pour la mise en place d'une CdeP..... | 10 |
| 7. | Exemple de la Montérégie..... | 11 |
| 7.1 | Mise en contexte | 11 |
| 7.2 | Composition des membres de la CdeP psychosociale de la Montérégie..... | 11 |
| 7.3 | Organisation régionale des rencontres | 12 |
| 7.3.1 | Nombre de rencontres | 12 |
| 7.3.2 | Déroulement des rencontres/composition de l'ordre du jour | 12 |
| | Conclusion | 13 |
| | Bibliographie | 14 |
| | Annexes | 15 |
| | ANNEXE A – Étapes détaillées pour la mise en place d'une CdeP | 15 |
| | ANNEXE B – Exemple de déroulement d'une discussion de cas complexe | 21 |
| | ANNEXE C – Exemple d'ordre du jour..... | 22 |

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

| | |
|--------|--|
| CdeP | Communauté de pratique |
| CHU | Centre hospitalier universitaire |
| CHUS | Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke |
| CISSS | Centre intégré de santé et de services sociaux |
| CIUSSS | Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux |
| CLSC | Centre local de services communautaires |
| MSSS | Ministère de la Santé et des Services sociaux |
| PQC | Programme québécois de cancérologie |
| PTC | Personnes touchées par le cancer |
| SAD | Soutien à domicile |
| SAPA | Soutien à l'autonomie des personnes âgées |

1. MISE EN CONTEXTE

Les professionnels¹ de la santé ont souvent peu de temps et d'espace pour suivre de la formation continue dans leur champ d'exercices. Dans ce contexte, les communautés de pratique représentent un lieu de réseautage hors du commun qui leur permet d'avoir accès à de la formation continue par leurs pairs et ainsi, de se sentir outillés pour intervenir auprès d'une clientèle particulière.

À la suite d'une présentation sur la communauté de pratique (CdeP) psychosociale de la Montérégie, dans le cadre des réunions du Comité national de l'évolution des pratiques psychosociales en oncologie, un grand intérêt et surtout plusieurs questionnements quant à la mise en place d'une CdeP ont été soulevés. Le besoin de mettre par écrit certains principes et composantes facilitant le démarrage, le fonctionnement et la pérennité des CdeP psychosociales en oncologie s'est imposé.

Le document a ses assises dans le Plan directeur en oncologie (MSSS, 2013) ainsi que dans les nouvelles orientations prioritaires 2023-2030 du Programme québécois de l'oncologie (MSSS, 2023), qui prônent les CdeP comme lieux de « consolidation de la concertation, de contribution à la cohérence professionnelle, d'atteinte des objectifs et d'évolution des pratiques ». Avec l'évolution rapide des connaissances, de la technologie et de la pharmacologie, en contexte de changements organisationnels et sociétaux importants, les CdeP s'avèrent un excellent outil de transfert de connaissances et d'intégration de meilleures pratiques et de réseautage.

La mise sur pied d'une CdeP est un processus complexe et singulier à chaque milieu, à chaque région et à chaque institution. C'est pourquoi ce guide ne vise pas à imposer un modèle type, mais plutôt à faire état d'éléments de réflexions, tant sur le plan de la posture et de la philosophie des CdeP que sur le plan d'outils plus concrets. Il ne vise pas non plus à imposer la création de CdeP psychosociales dans tous les centres de l'oncologie. Ce guide met plutôt en lumière les avantages, les enjeux et l'expérience vécue d'une CdeP existante pour favoriser la mise sur pied et la pérennité des CdeP psychosociales au sein des différents établissements du Québec. Certains établissements avec peu d'effectifs ont intérêt à construire des CdeP entre plusieurs établissements. Un nombre suffisant de participants est essentiel à des échanges fructueux, et au plaisir des membres à y participer.

¹ Prendre note que dans le présent document, les mots de genre masculin appliqués aux personnes désignent les hommes et les femmes.

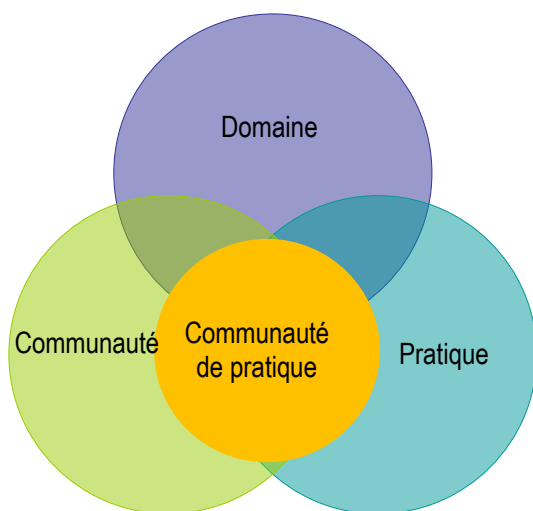
2. DÉFINITION D'UNE COMMUNAUTÉ DE PRATIQUE

Selon le Centre facilitant la recherche et l'innovation dans les organisations (CEFRIO), les CdeP représentent :

des groupes de personnes qui se rassemblent afin de partager et d'apprendre les uns des autres, face à face ou virtuellement. Ils sont tenus ensemble par un intérêt commun dans un champ de savoir et sont conduits par un désir et un besoin de partager des problèmes, des expériences, des modèles, des outils et les meilleures pratiques. Les membres approfondissent leurs connaissances en interagissant sur une base continue et à long terme, ils développent ensemble de bonnes pratiques (Wenger, McDermott et Snyder, 2002 dans Langelier et al., 2005).

Les CdeP tiennent essentiellement sur trois pierres angulaires : un domaine d'activité commun, une communauté, une pratique partagée.

Figure 1. Les pierres angulaires d'une communauté de pratique



Inspiré de Wenger, McDermott et Snyder, 2002 dans INSPQ, 2017.

L'interaction de ces trois éléments est primordiale, car s'il en manquait un, une CdeP aurait de la difficulté à se construire et à fonctionner à long terme. Définir le **domaine d'activité commun** est le point d'ancrage d'une CdeP, puisqu'il s'agit de la raison d'être de la communauté, ce que les participants ont en commun ou veulent faire ensemble.

Les deux autres éléments sont aussi importants, puisqu'ils permettent de comprendre le fonctionnement d'une CdeP sur deux niveaux : le contenu (**la pratique**) et la relation (**la communauté**). D'abord, la **pratique partagée** met en lumière les notions de données probantes, les savoirs scientifiques et expérientiels ainsi que les outils cliniques liés à la pratique. Le partage lié à la pratique clinique permet les apprentissages et l'évolution de la pratique de chacun, tout en faisant émerger de nouvelles idées et connaissances de manière plus globale et en respectant les bonnes pratiques cliniques.

Puis, la **communauté** sous-tend les liens créés, la participation engagée des individus, dans une philosophie du « donner » et du « recevoir ». Une confiance mutuelle et l'ouverture à l'autre sont essentielles au bon fonctionnement d'une communauté. Ainsi, prôner la richesse des différences par la mise en valeur de la différence d'opinions, de points de vue, d'approches théoriques, d'outils techniques, de missions des différentes institutions, devrait être une valeur fondamentale et transversale présente dans toute communauté de pratique psychosociale.

3. BUTS ET AVANTAGES D'UNE COMMUNAUTÉ DE PRATIQUE PSYCHOSOCIALE EN CANCÉROLOGIE

Les objectifs principaux d'une CdeP dans le domaine de la santé et des services sociaux sont de contribuer non seulement à l'amélioration des soins et des services offerts aux personnes atteintes du cancer, mais également à la mise en valeur de l'interdisciplinarité (MSSS, 2013). Elle permet aux membres d'échanger, de faire des apprentissages, de se sentir mieux outillés face aux problématiques vécues par la clientèle, ou encore face à certains enjeux organisationnels vécus en leur donnant l'espace pour mettre en commun leur expérience respective (Prince-Dagenais, 2022; INSPQ, 2017; Davel et Tremblay, 2005). Ainsi, les CdeP peuvent être bénéfiques tant pour les membres et pour l'organisation que pour les personnes touchées par le cancer (Prince-Dagenais, 2022). En voici quelques exemples :

3.1 Pour les membres

3.1.1 Bonification des connaissances et des compétences

De manière générale, une CdeP permet d'allier les apprentissages théoriques et cliniques et l'action (savoir-dire, savoir-faire). Il s'agit d'un lieu d'apprentissage concret et d'intégration de ces connaissances dans la pratique clinique quotidienne.

Plus spécifiquement, la CdeP psychosociale en oncologie permet aux intervenants psychosociaux en oncologie de bonifier leurs connaissances théoriques et d'être à jour en ce qui a trait aux données scientifiques et cliniques dans le domaine de la oncologie (effets psychosociaux de l'hormonothérapie et des traitements systémiques, fardeau financier du cancer, enjeux du retour au travail et à l'école, etc.). La CdeP psychosociale en oncologie est également un lieu d'échange d'outils cliniques concrets, tant sur le plan des outils ministériels (outil de détection de la détresse [MSSS, 2017^a], document sur les critères d'orientation vers les soins psychosociaux [MSSS, 2017^b], etc.) que sur le plan des outils cliniques personnalisés. Certains outils peuvent également être coconstruits par les participants.

La crise psychosociale induite par la maladie grave chez un individu, un couple ou une famille peut soulever des enjeux complexes, auprès desquels seront impliqués les intervenants psychosociaux. La CdeP psychosociale est un lieu de soutien pour aborder des situations complexes et pour parfaire l'art de l'intervention dans ces contextes plus ardues de la pratique.

Enfin, les CdeP peuvent également contribuer à améliorer l'intégration des nouveaux professionnels œuvrant en oncologie. Il s'agit d'une façon pour les nouveaux intervenants psychosociaux en oncologie de recevoir du soutien de l'animateur ou de la personne responsable et des membres de la communauté dans leur intégration à leurs vies interprofessionnelles (définition du rôle spécifique, enjeux de place, utilisation des formulaires, outils cliniques, etc.).

3.1.2 Sentiment d'appartenance et solidification de l'identité professionnelle

La participation à une CdeP et le réseautage qui en découle créent un contexte pour solidifier et pour développer l'identité professionnelle par la validation et la construction entre pairs des rôles, des tâches, des compétences et des connaissances. Cette appartenance à une CdeP permet aux membres d'obtenir une certaine validation et une valorisation de leur identité professionnelle, notamment par les rétroactions de leurs pairs. La CdeP permet l'émergence d'un sentiment d'appartenance, brisant ainsi l'isolement en tant qu'intervenant psychosocial en oncologie, particulièrement dans les situations où il n'y a qu'une seule ressource psychosociale au sein d'une équipe interprofessionnelle en oncologie.

Comme intervenant psychosocial, ce sentiment d'appartenance peut même représenter un facteur de protection contre la fatigue de compassion ainsi que l'épuisement professionnel et contribuer à la rétention. En consolidant son identité professionnelle et en prenant soin de lui-même en tant qu'intervenant, le professionnel peut mieux prodiguer des soins aux personnes touchées par le cancer.

3.1.3 Réseautage et connaissances des ressources variées

Le réseautage par la CdeP permet de connaître les intervenants des autres institutions ou d'autres disciplines (centre local de services communautaires [CLSC], organismes communautaires, centre d'hébergement et de soins de longue durée) et la gamme de services offerts par ceux-ci. Le réseautage permet également un meilleur arrimage entre les services, une plus grande connaissance des services offerts ainsi qu'un gain de confiance entre les intervenants. Cet aspect facilite les transitions entre les institutions, et conséquemment, le travail des intervenants.

3.2 Pour les organisations

Comme mentionné dans le Plan directeur du PQC (MSSS, 2013) : « Le savoir et l'expérience échangés au sein des communautés de pratique, lorsqu'ils sont portés à la connaissance des instances de gestion, enrichissent la vie du réseau et permettent son évolution. En effet, le partage des vécus dévoile les forces, les faiblesses et les lacunes, ce qui permet d'éclairer les décideurs pour apporter les corrections possibles. »

3.2.1 Apprentissages et bénéfices pour les participants et les institutions

Pour les organisations, il est suggéré que les CdeP puissent favoriser des gains de productivité chez les professionnels qui auront un accès aux meilleures pratiques, en plus de pouvoir compter sur la CdeP pour partager tant les bons coups que les difficultés (MSSS, 2013). Elles permettent également une transmission des connaissances spécifiques à la vie avec le cancer (théoriques, pratiques, savoir-faire liés à la méthode, aux outils, aux ressources) et elles offrent un soutien au développement des compétences, ce qui permet aux intervenants d'être plus efficaces dans leur travail et ultimement, plus performants pour l'institution.

3.2.2 Développement professionnel et rétention du personnel

Le partage de connaissances et de compétences ainsi que le sentiment d'appartenance sont des facteurs de motivation, d'engagement et de soutien clinique et affectif au travail. Dans ce sens, un milieu de travail stimulant, impliqué dans le développement professionnel de ses employés, permet une plus grande attractivité et rétention du personnel.

Parallèlement, en développant leur expertise spécifique à la cancérologie, les membres sont davantage confiants et outillés lorsqu'ils doivent s'engager dans un rôle de superviseur de stage (ou d'internat) pour assurer la formation de la relève professionnelle psychosociale, mais aussi lorsqu'ils doivent saisir des opportunités de recrutement de nouveaux intervenants.

3.2.3 Innovation et optimisation de la formation

Le partage collectif permet de stimuler la créativité du personnel employé, de trouver de nouvelles façons de résoudre des problèmes ou de faire émerger de nouvelles idées, autant pour les professionnels et les équipes interdisciplinaires que pour l'institution. La CdeP est somme toute un moyen efficace d'optimiser la formation des professionnels. Le temps libéré des intervenants est un investissement efficace en matière de temps et d'argent.

3.3 Pour les personnes touchées par le cancer

La compétence des intervenants psychosociaux en ce qui a trait aux enjeux spécifiques des différentes étapes du parcours de soins (investigation, annonce d'un diagnostic, traitements, retour à la vie active, soins palliatifs) facilite l'accompagnement des personnes touchées par le cancer (PTC) à chacune des étapes ainsi qu'au moment des transitions de soins (Truant, Fitch et al., 2017). Par l'accès à une CdeP, un plus grand nombre d'intervenants psychosociaux « généralistes » ont accès à l'expertise des intervenants spécialisés. Ceci contribue à des interventions plus adaptées à la réalité des PTC.

La CdeP et le réseautage qu'elle crée facilitent la coordination et la collaboration entre les intervenants, en plus de rendre plus fluide la continuité des soins pour les PTC. Ainsi, ces dernières sont susceptibles d'obtenir davantage de réponses à leurs besoins diversifiés (Tremblay et al., 2023).

4. ENJEUX, DÉFIS ET PISTES DE SOLUTIONS POUR ASSURER LA MISE EN PLACE ET LA PÉRENNITÉ D'UNE CDEP

Il existe plusieurs enjeux et défis en lien avec la mise en place et la pérennité d'une communauté de pratique psychosociale en cancérologie. En voici quelques-uns :

4.1 Inclusion d'intervenants des autres secteurs

D'abord, de nombreuses institutions, équipes ainsi que professionnels sont, de près ou de loin, impliqués dans la trajectoire en cancérologie (groupe de médecine de famille, soutien à l'autonomie des personnes âgées [SAPA], diverses unités de soins des centres hospitaliers comme les unités de médecine interne et de pneumologie, etc.). Les intervenants susceptibles de bénéficier de la CdeP ne proviennent donc pas tous des programmes spécifiques à la cancérologie. Il est à noter que pour les gestionnaires n'ayant pas une équipe spécifique à la cancérologie, la légitimité de libérer des intervenants (ex. : services généraux adultes, soutien à domicile (SAD)) peut être moins claire, ce qui a pour résultat de limiter le recrutement initial d'intervenants au moment de la mise en place de la CdeP ou la pérennité de la représentativité d'un milieu donné lorsqu'un intervenant quitte son poste et qu'il n'est pas remplacé.

Pistes de solutions

- Bien analyser l'organisation des soins et des services de la région et faire un choix éclairé quant au mandat et à la composition de la CdeP.
- Impliquer les gestionnaires dans la promotion du projet de CdeP et approcher directement les gestionnaires des différents milieux afin d'expliquer concrètement en quoi constitue le projet.
- Utiliser un outil décrivant concrètement le projet (de type « napperon ») qui donnera une idée claire et rapide des aspects concrets du projet ainsi que des avantages et retombées pour les intervenants, l'institution et les usagers.

4.2 Étendue des territoires et modalités des rencontres

L'étendue des territoires peut représenter un défi de taille, particulièrement lorsque les rencontres ont lieu en mode présentiel. Il peut être complexe de trouver un endroit central pour tout le monde, et la distance à parcourir engendre du temps et des coûts pour les intervenants et les institutions.

Pistes de solutions

- Offrir un mode virtuel ou hybride pour les rencontres de la communauté lorsque le territoire couvert est vaste.
- Alternier les lieux de rencontres afin que tous puissent profiter d'une plus grande proximité à tour de rôle.
- Il est recommandé de faire au moins une rencontre en présence par année afin de favoriser le réseautage et le sentiment d'appartenance (INSPQ, 2017).

4.3 Disponibilité des ressources humaines et reconnaissance du temps d'implication

La pénurie et le « roulement » de personnel observés au sein des institutions constituent des enjeux importants. En effet, la participation aux activités cliniques de la CdeP demande du temps et elle exige des gestionnaires qu'ils libèrent des intervenants. Par conséquent, elle peut être limitée. Pour les intervenants, l'obligation de délaissier leurs nombreuses tâches cliniques régulières pour participer aux rencontres de la communauté peut générer de l'ambivalence ou de l'anxiété.

Le roulement de personnel a une incidence directe sur les responsables de la CdeP, qui doivent intégrer de manière continue de nouveaux intervenants à la communauté, ce qui exige du temps (mises à jour fréquentes des listes d'envoi et de présence, rencontres des nouveaux intervenants et explication des modalités de la CdeP, etc.). Toute autre tâche administrative ou liée à la préparation nécessite également un temps important pour la personne responsable de la CdeP. Ces heures ne sont habituellement pas prises en compte dans les statistiques de performance ou elles sont peu comptabilisées.

Pistes de solutions

- Offrir à tous les nouveaux participants à la CdeP le « napperon » réalisé en début de projet, comme outil explicatif de la communauté.
- Créer un dossier d'accueil des nouveaux intervenants sur une plateforme collaborative telle que TEAMS.
- Organiser des rencontres hybrides permettant aux participants de ne pas avoir à se déplacer, tout en permettant à d'autres d'être sur place.
- Faire des rencontres courtes, mais régulières.
- Remettre des attestations de présence à titre de formation continue aux personnes participantes.
- Indiquer les heures des personnes participantes à titre de formation continue sur des feuilles de temps institutionnelles.

5. CONDITIONS GAGNANTES ET FACTEURS DE SUCCÈS POUR LE FONCTIONNEMENT D'UNE CdeP

Avant tout, il est important de rappeler les trois pierres angulaires d'une CdeP : un domaine d'activité commun, une communauté dotée de participants engagés mutuellement et enfin, la pratique clinique partagée. Ces éléments doivent être portés par la volonté de valorisation de la singularité des individus et des milieux de soins. Ceci indique que, malgré les intérêts communs (domaine d'activité commun), des données probantes et des outils ministériels communs, la posture des gestionnaires et de la personne responsable devrait mettre en valeur la richesse des différences (théoriques, cliniques, techniques) ainsi que le développement professionnel de chaque intervenant, sans pour autant viser une pratique totalement homogène.

Il existe trois éléments centraux afin d'assurer le succès et la pérennité d'une CdeP, soit le rôle de l'institution et le leadership des gestionnaires, les rôles de la personne responsable en ce qui a trait à l'administration et l'animation des rencontres ainsi que la disponibilité d'un soutien administratif, de ressources financières suffisantes et d'un leadership technologique.

5.1 Rôle de l'institution et le leadership des gestionnaires

Le soutien de l'institution et le leadership des gestionnaires sont primordiaux au succès de la mise en place et de la pérennité d'une CdeP (INSPQ, 2017). Comme mentionné par Langelier et al. (2005) : « Pour être durable, une communauté de pratique exige un important engagement organisationnel (notamment des ressources humaines et financières), pendant sa mise en place, mais aussi pendant toute la durée de son cycle de vie. ». Les choix des institutions doivent donc refléter cet engagement.

- Il est essentiel que la personne responsable ait du temps dégagé pour la CdeP. Si elle croule sous le poids de ses tâches cliniques régulières, sans temps dégagé pour la CdeP, il pourrait y avoir un désinvestissement de sa part.
- La pérennité et une partie du succès de la CdeP reposent sur le soutien des gestionnaires en oncologie. Ils sont les promoteurs principaux du projet. Ces derniers s'assurent de transmettre les informations et les avantages, et ils portent le message de l'importance légitime du projet. Ceci est encore plus vrai lorsqu'un gestionnaire en devient le « parrain », ayant pour mission de soutenir les activités et de faire valoir la CdeP.
- Afin de faciliter le recrutement des membres et la pérennité de la participation, le gestionnaire, en fonction de l'organisation des services dans sa région, met la personne responsable en contact avec les personnes clés des différents milieux, services et départements œuvrant de près ou de loin avec les personnes touchées par le cancer (programmes SAPA, maisons de soins palliatifs, etc.).

5.2 Rôles du responsable : l'administration et l'animation des rencontres de la CdeP

Certaines études démontrent l'importance du rôle de l'animateur, qui peut également être la personne responsable de la communauté (Langelier et al., 2005). Il peut aussi s'agir de deux personnes travaillant conjointement. L'animateur est chargé de mettre sur pied, de dynamiser la communauté de pratique et d'avoir un leadership clinique fort, afin de rendre possibles, puis pérennes, les activités cliniques et la participation des membres (Davel et Tremblay, 2005).

5.2.1 L'administration de la CdeP

Ayant la responsabilité de développer et de maintenir la CdeP psychosociale, la personne responsable doit actualiser plusieurs tâches :

- Organiser les rencontres sur le plan administratif (horaire, salles, etc.) et sur le volet formatif (trouver les thématiques, les présentateurs, les conférenciers, etc.).
- Recruter de nouveaux membres ou s'assurer du remplacement des intervenants quittant leur poste et donc, la CdeP.
- Établir les relations avec la direction de l'organisation.
- Favoriser les liens entre les membres de la CdeP.
- S'assurer du développement et de la qualité de l'expertise clinique générée par les activités de la CdeP.

- Ritualiser les rencontres de la CdeP et s'assurer de leur constance, ce qui favorisera la motivation et l'engagement des membres.
- S'assurer de comprendre et de répondre aux besoins des membres. La personne responsable peut constater et discuter des besoins avec les membres, puis utiliser des outils concrets, comme des sondages FORMS, les bilans de fin d'année, la création d'une banque de sujets d'intérêt sur TEAMS, etc.
- Gérer un groupe TEAMS (ou une autre plateforme collaborative) où seront partagés des outils cliniques, des idées, de la littérature scientifique et clinique, des questionnements, etc.
- Offrir de la supervision clinique *ad hoc* aux intervenants aux prises avec une situation clinique complexe.

5.2.2 L'animation des rencontres

L'animation est une tâche délicate, pour laquelle l'animateur devra mettre à profit certaines habiletés. Il est responsable du cadre des rencontres et du climat de sécurité propice à la richesse des échanges et des apprentissages (Kinoo et al., 2019). Voici quelques éléments facilitants à retenir :

Avoir un cadre clair (pour soi et pour le groupe). Il faut donc établir et expliciter certaines règles liées aux rencontres (ex. : confidentialité, respect des différences d'opinions, ponctualité, caméras ouvertes pour les personnes présentes virtuellement).

- Soigner la relation avec chaque personne. Il est important que toutes les personnes participantes ressentent qu'elles ont une place au sein du groupe et qu'elles sont les bienvenues.
- Éviter de participer à des co-alliances qui seraient stériles (parler contre une telle discipline professionnelle, contre une telle institution, etc.).
- Lors des tours de table, accueillir les changements et les difficultés des participants sans banaliser, tout en mettant en contexte plus large le vécu de la personne et certaines solutions ou positions à adopter en fonction du contexte.
- Respecter la singularité des différentes professions et des missions institutionnelles de chaque participant. Mettre en lumière ce qui relie les participants (points communs) tout en valorisant les différences.

5.3 Soutien administratif, ressources financières et leadership technologique

L'organisation ayant une volonté de démarrer une CdeP psychosociale doit inévitablement prévoir certaines ressources financières. Outre les ressources financières consacrées au temps dégagé des personnes responsables, certaines dépenses liées au soutien administratif et technologique sont nécessaires. Voici certains éléments facilitant la mise en place d'une communauté de pratique psychosociale :

Du personnel de soutien administratif, professionnel et technologique qui s'occupe de :

- la réservation des salles;
- la réalisation des attestations de présence;
- la mise à jour des listes d'envoi et des listes de présence;
- le soutien au lancement de la communauté (ex. : agent de planification, de programmation et de recherche de la Direction des services multidisciplinaires, équipe des communications de l'institution, etc.);
- le soutien d'un mentor, d'un coach ayant démarré une CdeP;
- le soutien aux aspects technologiques et informatiques.

Des aspects logistiques importants :

- Plateforme technologique performante pour des rencontres virtuelles (ou hybrides) de groupe (ZOOM, TEAMS ou autre).
- Les participants doivent être équipés d'une caméra et d'un microphone afin de participer aux rencontres virtuelles ou hybrides.
- Disponibilités de salles suffisamment grandes pour accueillir des groupes.
- Salles ayant la capacité (caméras, microphones) de faire des rencontres hybrides (en présentiel, avec certaines personnes en virtuel).
- Budget pour accueillir des conférenciers ou des formateurs provenant de l'extérieur des CdeP.

6. ÉTAPES PROPOSÉES POUR LA MISE EN PLACE D'UNE CDEP

Différentes étapes sont proposées pour la mise en place d'une CdeP (tiré de INSPQ, 2017). Ces étapes peuvent, à certains moments, s'interchanger. Des ajustements et des allers-retours d'une étape à l'autre pourront s'avérer nécessaires tout au long du processus de mise en place d'une nouvelle communauté de pratique. **En ANNEXE A, plus de précisions sont fournies concernant les différentes étapes.**

1) Constitution d'un groupe-noyau et préparation

En premier lieu, il est impératif de constituer le groupe-noyau, composé de personnes clés au sein de l'institution. L'étape de la préparation prévoit que le groupe-noyau décide du mandat et des objectifs de la thématique ainsi que de la composition de la CdeP.

2) Analyse des besoins

Ensuite, il est important de définir les besoins institutionnels et cliniques qui mènent à la mise en place d'une CdeP. Il est également essentiel d'identifier les différents besoins de formations et de soutien clinique des intervenants qui y participeront. Cette évaluation doit être réalisée annuellement, à l'aide de certains outils comme des sondages.

3) Stratégies de recrutement

L'étape de la définition des stratégies de recrutement est cruciale, et plusieurs modalités peuvent être examinées et utilisées. Il s'agit d'une étape sensible qui peut nécessiter une méthode itérative et où le recrutement des participants permettra de mieux réfléchir aux modalités de fonctionnement de la communauté. Plusieurs personnes peuvent participer à l'élaboration de stratégies de recrutement, tels les gestionnaires, les chefs d'équipes, l'équipe des communications des institutions et les participants recrutés eux-mêmes.

4) Configuration de la CdeP

La configuration de la CdeP se décline en deux aspects principaux : l'attribution des rôles clés et les modalités de fonctionnement de la communauté. Il est primordial d'attribuer les rôles clés (animateur, administrateur, mentor, parrain, soutien administratif et technologique) à des personnes engagées et motivées à mettre en place la CdeP. Le groupe-noyau constitué au départ pourra réfléchir à l'attribution de ces rôles et s'assurer de la clarté des rôles de chacun.

Différentes modalités de fonctionnement des rencontres sont également à définir : le nombre et la durée des rencontres, le mode des rencontres (présentiel, virtuel, hybride), le lieu des rencontres (si réalisées en présentiel) et la planification des ressources matérielles et technologiques qui seront nécessaires à l'opérationnalisation des modalités choisies.

5) Déploiement et évaluation de la CdeP

Il s'agit du moment où la CdeP prend forme concrètement. Il faut souvent plusieurs mois pour qu'une CdeP devienne efficace. Elle est moins productive au début et elle doit être soutenue avant d'atteindre une certaine productivité et d'en voir les bénéfices (INSPQ, 2017).

Pour assurer sa pérennité ainsi que pour favoriser la participation active de ses membres, la CdeP doit pouvoir s'adapter aux enjeux vécus. De ce fait, elle doit être évaluée de manière continue, tout au long du processus de mise en place, mais également dans le temps lorsqu'elle est active et implantée dans le milieu. La santé de la CdeP doit être évaluée ainsi que les retombées observées, autant par les participants eux-mêmes que par les organisations (Langelier et al., 2005; INSPQ, 2017; Qualité des services Ontario, 2017).

7. EXEMPLE DE LA MONTÉRÉGIE

7.1 Mise en contexte

La CdeP psychosociale en Montérégie existe depuis le début des années 2000. Cette CdeP et d'autres communautés d'autres disciplines, comme la communauté des infirmières-pivots et celle des pharmaciens, ont vu le jour dans le cadre d'un projet pilote d'organisation des soins et des services selon un fonctionnement en réseau, en Montérégie (MSSS, 2013). À ce moment, des intervenants régionaux, choisis comme des experts et des leaders cliniques dans leur discipline respective, ont endossé un rôle de soutien à la pratique en fonction de leur expertise spécifique en oncologie.

Vu le projet-pilote de créer un fonctionnement en réseau en oncologie en Montérégie (MSSS, 2013), la mise en place des CdeP était grandement légitimée. Avec la grande motivation et l'implication des gestionnaires, les conditions gagnantes ont été présentes pour la réussite du projet : temps dégagé pour les leaders cliniques des différentes disciplines, personnel de soutien administratif présent pour la réservation des salles, les communications et les attestations de présence, publicité et communications faites par les gestionnaires pour le recrutement des membres, etc. Encore aujourd'hui, la CdeP psychosociale en Montérégie est pérenne en raison de cette légitimité toujours présente pour les deux leaders cliniques (psychologue et travailleuse sociale) d'être engagées, en matière de temps (temps dégagé), de mise en place de projets cliniques et de recrutement des professionnels au sein des multiples services et départements en Montérégie.

7.2 Composition des membres de la CdeP psychosociale de la Montérégie

Une travailleuse sociale et une psychologue sont coresponsables de la CdeP psychosociale en Montérégie. Celle-ci est composée de deux comités distincts : le Comité des intervenants œuvrant en CLSC et le Comité des intervenants œuvrant en centre hospitalier. Des intervenants psychosociaux œuvrant en maison de soins palliatifs ou sur des unités de soins palliatifs se sont également joints à la CdeP et ils participent à l'un ou l'autre des comités. Les membres des comités peuvent être accompagnés de stagiaires.

La composition des comités en chiffres (en 2024)

| Les deux Comités régionaux sont composés d'intervenants œuvrant au sein des 3 CISSS de la Montérégie (Est-Centre-Ouest) | |
|---|--|
| Comités des Centres hospitaliers | Comité des CLSC |
| <p>20 intervenants psychosociaux au total</p> <p>Programmes de cancérologie, de santé physique et de soins palliatifs de 5 CH</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 sexologue • 7 psychologues • 8 travailleurs sociaux <p>Trois maisons/unités spécialisées de soins palliatifs</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 travailleurs sociaux • 1 agent de relations humaines | <p>26 intervenants psychosociaux au total</p> <p>Programmes SAPA, SAD, services courants et soins palliatifs de 12 CLSC</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 psychologue/spécialiste en activités cliniques • 19 travailleurs sociaux • 1 agente de relations humaines • 2 techniciennes en service social <p>Quatre maisons/unités spécialisées de soins palliatifs</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4 travailleurs sociaux |

7.3 Organisation régionale des rencontres

7.3.1 Nombre de rencontres

Chaque comité se rencontre cinq fois par année. Trois rencontres par année sont consacrées à des rencontres en comités distincts, et deux rencontres sont réalisées conjointement. Les rencontres conjointes permettent un réseautage intéressant, grâce auquel les intervenants des différents milieux apprennent à se connaître et à échanger sur les services offerts ainsi que sur les enjeux liés à leurs institutions.

En contexte de pandémie, le nombre de rencontres est demeuré le même. Les rencontres ont toutefois eu lieu virtuellement, et elles ont été plus courtes, soit d'une durée de quatre heures.

7.3.2 Déroulement des rencontres/composition de l'ordre du jour

Les rencontres régionales se déroulent sur une journée complète, soit de 9 h à 16 h.

En comités distincts, la journée est habituellement séparée en trois volets :

- 1) un **volet formatif**, où un thème est élaboré sous forme de présentation et/ou d'échanges;
- 2) un **volet d'échange** de nos réalités : tour de table concernant les enjeux liés à notre milieu, les défis de prendre sa place en équipe interdisciplinaire, des informations relatives à des affaires diverses (date d'un congrès en cancérologie, nouveau service offert par un organisme communautaire, etc.);
- 3) un **volet réflexif**, où nous discutons d'une situation clinique complexe (pour un exemple de méthode de discussion de cas complexe, voir l'**ANNEXE B**).

Les présentations, les ateliers-conférences et les conférences sont, la plupart du temps, réalisés par des membres à l'interne de la CdeP, par les responsables de la communauté, ou par invitation d'une personne-contact d'un des membres de la CdeP. Certaines années, un budget était alloué à des honoraires d'un conférencier. Le montant n'a jamais été déterminé formellement.

À l'**ANNEXE C**, un exemple d'ordre du jour est présenté.

CONCLUSION

Il est important de rappeler que l'objectif de ce document n'est pas d'imposer un modèle type de CdeP, mais plutôt de faire état des principaux éléments pour assurer la réussite de la mise sur pied des CdeP psychosociales en oncologie et pour assurer leur pérennité. Il n'y a pas un modèle de CdeP meilleur qu'un autre; certains modèles correspondent mieux à la réalité de certains établissements et régions. Il est également possible pour plusieurs régions qui n'ont pas accès à un large bassin « d'experts en oncologie » de se regrouper avec un ou des établissements ayant une grande expertise afin de former une CdeP commune.

La création de CdeP psychosociales en oncologie a des bienfaits tant sur les professionnels et sur l'organisation que sur les personnes touchées par le cancer. Elles permettent de combler un besoin de formation et de soutien clinique spécialisé en oncologie, de soutenir la définition de l'identité professionnelle et le sentiment de compétence des intervenants au sein des équipes interdisciplinaires. Sur le plan collectif, les CdeP favorisent le réseautage et la création de liens bonifiant la connaissance des ressources variées des milieux de soins et de services, tout en permettant le développement de valeurs partagées.

Dans l'implantation des CdeP psychosociales, les principales conditions gagnantes telles qu'une volonté organisationnelle concrète, la libération de temps de travail de la personne responsable et des professionnels ainsi qu'un leadership clinique fort sont primordiales. Avec les différentes conditions présentes, il sera possible de vivre un passage de l'individuel au collectif, et du collectif à l'individuel, ce qui permettra d'offrir des soins et des services de qualité aux personnes touchées par le cancer.

BIBLIOGRAPHIE

Davel E. & D.-G. Tremblay (2005), L'Apprentissage par la pratique ; les défis. Québec, Télé-université.

Institut national de santé publique du Québec (2017). La communauté de pratique un outil pertinent : résumé des connaissances adaptées au contexte de la santé publique.

https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2351_communaute_pratique_outil_pertinent_resume_connaissance.pdf.

Kinoo, P., Meynckens-Fourez, M., Vander Borgh, C. (2019) Supervision en institution et analyse des pratiques. Éditions De Boeck Supérieur. Belgique.

Langelier et al. (2005). Travailler, apprendre et collaborer en réseau. Le Centre facilitant la recherche et l'innovation dans les organisations (CEFRIO) <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2006424>.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2013). Plan directeur en cancérologie. Direction québécoise de cancérologie, <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2013/13-902-02W.pdf>.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2017^a). La détresse des personnes atteintes de cancer : un incontournable dans les soins. Direction générale de cancérologie, <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-902-11W.pdf>.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2017^b). Critères d'orientation vers les soins et services psychosociaux en cancérologie. Direction générale de cancérologie. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-902-24W.pdf>.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2023), Programme québécois de cancérologie. Orientations prioritaires 2023-2030 du Programme québécois de cancérologie. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003659/>.

Prince-Dagenais, J. (2022) Le rôle de la communauté de pratique dans le processus de l'identité professionnelle. <https://www.ordrepsy.qc.ca/-/communaute-de-pratique-identite-professionnelle>.

Qualité des services Ontario (2017). L'amélioration par la collaboration : comment créer et maintenir une communauté de pratique.

<https://quorum.hqontario.ca/Portals/0/Users/071/55/10055/Trousse%20doutils%20pour%20les%20communaut%C3%A9s%20de%20pratique.pdf?ver=2017-03-16-161913-933#:~:text=La%20premi%C3%A8re%20%C3%A9tape%20consiste%20%C3%A0,pour%20r%C3%A9pondre%20%C3%A0%20ces%20besoins>.

Tremblay, D., Touati, N., Usher, S. et al. The challenge of optimizing supports for people living with and beyond cancer: creating proximity between cancer and non-profit community-based providers. Support Care Cancer 31, 108 (2023). <https://doi.org/10.1007/s00520-022-07569-3>.

Truant TL, Fitch MI, O'Leary C, Stewart J. Perspectives mondiales sur la survie au cancer : des dédales de la transition aux voies d'avenir à suivre. Can Oncol Nurs J. 2017 Jul 1;27(3):295-303.

ANNEXES

ANNEXE A – Étapes détaillées pour la mise en place d’une CdeP

→ Les étapes de mise en place d’une communauté de pratique psychosociale

Adapté de:
INSPO, 2017

| ÉTAPES | ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER ET QUESTIONS À SE POSER | EXEMPLES ET AIDE-MÉMOIRE |
|--|---|---|
| Étape 1 La constitution d'un groupe-noyau et la préparation | Un groupe-noyau doit être constitué de personnes clés liées au projet | Exemples de personnes clés : «l’initiateur», un mentor expérimenté, un expert clinique, un gestionnaire, un agent administratif. |
| | Définition du mandat et des objectifs de la communauté | Exemples d’objectifs: <ul style="list-style-type: none"> • Soutenir l’évolution, l’harmonisation et la mise à jour des pratiques exemplaires en cancérologie. • Mettre en place un réseau de développement et de soutien des compétences des intervenants psychosociaux en cancérologie ou au sein d’autres secteurs. |
| | Définition de la thématique de la communauté (thématique large ou spécifique) | Une thématique plus large peut être : « La pratique psychosociale en clinique ambulatoire de cancérologie ». Une thématique plus spécifique pourrait être « la pratique psychosociale en cancérologie auprès des enfants et adolescents » ou « en contexte de vie après le cancer ». |
| | Composition souhaitée des membres de la communauté | La composition de la communauté peut être variable: une discipline seulement (TS, psychologues, intervenants en services sociaux, etc), diverses disciplines d’un même milieu (les centres hospitaliers, les maisons de soins palliatifs, les GMF, les CLSC), etc. |

→ Les étapes de mise en place d'une communauté de pratique psychosociale

| ÉTAPES | ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER ET QUESTIONS À SE POSER | EXEMPLES ET AIDE-MÉMOIRE |
|---|--|---|
| <p>Étape 2</p> <p>L'analyse des besoins</p> | <p>Évaluation des besoins précis menant à la mise sur pied de la communauté</p> | <p>Exemples de besoins:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Améliorer les compétences transversales de soutien aux personnes touchées par le cancer chez les intervenants psychosociaux du CISSS • Améliorer les connaissances liées aux différents organismes offrant des services aux personnes touchées par le cancer |
| | <p>Évaluation des besoins de formation et de soutien clinique des membres, du milieu, etc.</p> | <p>Pour évaluer les besoins de formations ou de soutien clinique, des sondages de type FORMS peuvent être utilisés et envoyés aux participants.</p> <p>Un tour de table peut également être réalisé à chaque année afin de sonder les participants et discuter ensemble des priorités.</p> <p>L'animateur doit être constamment à l'affût des enjeux soulevés par les intervenants lors des tours de table, des discussions de situations cliniques complexes et des réflexions collectives, afin de cibler les thèmes de formations à aborder.</p> |

→ Les étapes de mise en place d'une communauté de pratique psychosociale

| ÉTAPES | ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER ET QUESTIONS À SE POSER | EXEMPLES ET AIDE-MÉMOIRE |
|---|---|---|
| <p>Étape 3</p> <p>Les stratégies de recrutement</p> | <p>Plusieurs modalités de recrutement sont possibles et complémentaires</p> | <p>Exemples de modalités de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Envois de courriel • Bouche à oreille • Discussions lors des comités de gestion • Participation aux rencontres d'équipe psychosociales des différents milieux à cibler • Utilisation des réseaux sociaux et plateformes web |
| | <p>Plusieurs personnes devraient être impliquées dans le recrutement</p> | <p>Exemple de personnes à impliquer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les membres du groupe-noyau • Les gestionnaires • Les spécialiste en activités cliniques • Les coordinateurs et chefs d'équipes • Les participants recrutés |
| | <p>Différents outils de communication peuvent être utilisés</p> | <p>Exemple d'outil de communication : un descriptif (de type one pager) de la communauté, des thèmes cliniques abordés, des dates, du modèle peut être créé et envoyé aux équipes pour une information rapide</p> |

→ Les étapes de mise en place d'une communauté de pratique psychosociale

| ÉTAPES | | ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER ET QUESTIONS À SE POSER | EXEMPLES ET AIDE-MÉMOIRE |
|---|-------------------------------------|--|--|
| <p>Étape 4</p> <p>La configuration de la communauté</p> | <p>Attribution des rôles</p> | <p>Animateur et responsable (une seule personne ou un duo?). L'important est qu'il y ait un leader clinique, compétent dans sa discipline et habile dans l'animation de rencontres</p> | <p>L'animateur est-il aussi le responsable? En duo, souhaite-t-on avoir deux personnes de la même discipline, ou de disciplines complémentaires? Une clinicienne experte et une agente de planification, de programmation et de recherche (APPR) pourraient gérer ensemble une communauté.</p> |
| | | <p>Soutien administratif</p> | <p>Le soutien administratif est utile pour les listes de présences et de courriels, les attestations de présence et les aspects administratifs liés aux conférenciers et formateurs.</p> |
| | | <p>Parrain soutenant la communauté au niveau managérial</p> | <p>Le parrain est le gestionnaire qui chapeaute le projet, qui soutient les différentes étapes de la mise en place de la communauté.</p> |
| | | <p>Le mentor soutien les responsables tout au long de la trajectoire de démarrage et d'évolution de la communauté</p> | <p>Le mentor est une personne expérimentée au niveau des communautés de pratique.</p> |

→ Les étapes de mise en place d'une communauté de pratique psychosociale

| ÉTAPES | | ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER ET QUESTIONS À SE POSER | EXEMPLES ET AIDE-MÉMOIRE |
|--|---|---|---|
| <p>Étape 4</p> <p>La configuration de la communauté (la suite)</p> | <p>Les modalités de fonctionnement</p> | <p>Le nombre et la durée des rencontres dépendront des capacités de libération des intervenants, du mode des rencontres, etc.</p> | <p>Les besoins et capacités des intervenants peuvent être sondés par un sondage FORMS.</p> |
| | | <p>Le mode des rencontres: dépendra de l'étendu du territoire, de l'accès à la technologie, de la durée des rencontres</p> | <p>Exemples de modes de rencontres:</p> <ul style="list-style-type: none"> • présentiel • virtuelle • hybride |
| | | <p>Le lieu des rencontres variera en fonction de l'étendue du territoire, du nombre et du mode des rencontres</p> | <p>Un lieu central est intéressant. Une alternance du lieu de rencontre peut également être intéressante. La salle de rencontre devra être bien équipée si le mode est hybride.</p> |
| | | <p>La planification des ressources matérielles, financières et technologiques</p> | <p>Exemples de ressources matérielles financières et technologiques:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plateforme collaborative et de rencontres virtuelles (équipes TEAMS, ZOOM, etc) • Salles de rencontres • Budget de conférencier/formateur • Temps alloué au responsable |

→ Les étapes de mise en place d'une communauté de pratique psychosociale

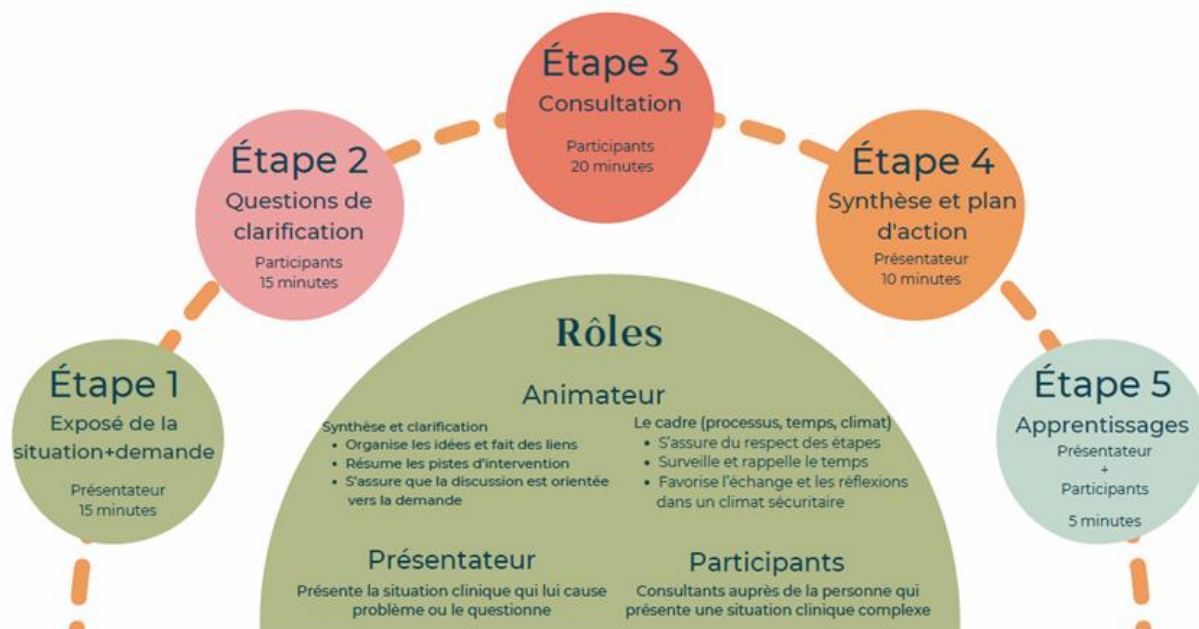
| ÉTAPES | ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER ET QUESTIONS À SE POSER | EXEMPLES ET AIDE-MÉMOIRE |
|---|--|---|
| <p>Étape 5</p> <p>Le déploiement et l'évaluation de la communauté</p> | <p>L'étape du déploiement est le moment actif de mise en oeuvre de la communauté</p> | <p>Tous les choix et décisions réalisés aux étapes précédentes se concrétisent: l'obtention des ressources matérielles, financières et technologiques, le recrutement, le début des rencontres, etc.</p> |
| | <p>Il est intéressant d'évaluer la santé de la communauté, selon deux volets:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la vitalité de la participation et des échanges • la satisfaction des participants | <p>La comptabilisation des présences indique des indices sur la vitalité de la communauté.</p> <p>Un questionnaire de satisfaction permet d'avoir une perspective de la satisfaction et des points d'intérêts des participants.</p> |
| | <p>Il est possible d'évaluer l'efficacité de la communauté selon trois volets:</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'atteinte des objectifs de départ de la communauté • les apprentissages réalisés chez les participants • la valeur créée pour l'organisation | <p>Un questionnaire de type FORMS peut permettre d'évaluer les retombées cliniques et les apprentissages des participants.</p> <p>La comptabilisation des projets cliniques générés par la communauté indique des indices de valeur ajoutée pour les organisations ex: document réalisé sur les critères de référence à l'équipe psychosociale, outils cliniques sur la prévention du suicide, etc.</p> |
| | <p>Le déploiement prend du temps, de la patience, de la confiance et des liens en continue avec le groupe- noyau et les nouveaux participants!</p> | |

Note : Tableau adapté de : INSPQ (2017) et Langelier et al. (2005).

ANNEXE B – Exemple de déroulement d'une discussion de cas complexe

Exemple de déroulement d'une discussion de cas complexe

Adapté du modèle de Poyette et Champagne, 1997



ANNEXE C – Exemple d’ordre du jour

Journée régionale psychosociale

Ordre du jour

7 mai 2024

Comité CLSC

- 
- 8H30 —● Accueil des participants
 - 9h00 —● Tour de table
Affaires diverses
Période de supervision de situations cliniques complexes
 - 12h00 —● Repas
 - 13h15 —● Atelier-Conférence «**Accueillir la diversité de genre dans nos pratiques en cancérologie et en soins palliatifs**»
Par Karine Michel, travailleuse sociale
 - 16h00 —● Fin de la journée

L’objectif général de nos rencontres :

Participation au niveau régional à la mise en place d’une pratique psychosociale oncologique et en soins palliatifs ainsi qu’au développement d’un groupe d’appartenance, de soutien et d’enrichissement de nos pratiques.

Les objectifs spécifiques :

- Favoriser le soutien, le partage et l’échange entre pairs dans un contexte d’intervention en cancérologie et en soins palliatifs
- Se sensibiliser à la situation des personnes appartenant à la communauté LGBTQIA2+
- Maîtriser le vocabulaire favorisant l’inclusion
- Réfléchir aux façons d’adapter nos pratiques et de favoriser un accueil institutionnel bienveillant et inclusif

