

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

COMMUNAUTÉ DE PRATIQUE INTERPROFESSIONNELLE EN CHSLD : LA
COCONSTRUCTION D'UN GROUPE COMME LEVIER DE CHANGEMENT DES
PRATIQUES D'INTERVENTION EN CONTEXTE DE FIN DE VIE

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL

PAR

LAURENT BELLEFEUILLE

MAI 2025

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.12-2023). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je souhaite remercier ma directrice Isabelle. C'est un réel honneur d'avoir été le premier étudiant à qui tu as dit oui et du même coup ton premier mémoire d'intervention. Merci de m'avoir fait confiance depuis le début et de m'avoir aidé à garder la tête hors de l'eau.

Merci à celle aux côtés de qui tout a commencé le 8 septembre 2021, Axelle. Merci d'avoir été ma constante, celle avec qui j'ai pu étudier, rédiger, chialer, festoyer et rire pour pouvoir passer à travers ces trois années, je t'en serai éternellement reconnaissant.

Merci à Pier-Anne, ma collègue, ma voisine, mais surtout mon amie sans qui la maîtrise n'aurait pas été pareil. Tous nos moments d'études comme nos moments à se soutenir mutuellement m'ont aidé à avancer et ne jamais abandonner.

Merci à Nina pour tous tes conseils à la fois académiques et personnels. En début de maîtrise, jamais je n'aurais cru voir apparaître une nouvelle amitié aussi importante. Merci aussi pour Taquito.

Merci à Laura, ma meilleure amie et coloc, je dirais même une des personnes les plus importantes de ma vie. Merci de m'avoir enduré, de m'avoir soutenu dans mes hauts comme dans mes bas et on sait qu'il n'y en a eu beaucoup. Tout simplement, merci d'être toujours là.

Merci à Steph. À chaque discussion, chaque voyage, chaque activité de voisinage, tu m'as permis de voir le mémoire d'un autre œil, de trouver ma place dans cette maîtrise, de penser à autre chose, de travailler sur moi, mais surtout de rêver.

Merci à Alexandrine, Camila, Justine, et Sam. Vous êtes celles aux côtés de qui j'ai eu la chance de rédiger. Comprenez ici que vous êtes celles qui m'ont accompagné dans la conception de ce mémoire et vous en êtes donc les co-responsables.

Merci à Geneviève, Jean-Nicolas, Maxime, Karine, Sarah, Julie, Chloé, Maude, Adèle, Marie-Jeanne, Céline, Emily, et Marion. Vous avez chacune à votre manière été une raison qui m'a poussé à ne jamais lâcher.

Merci à toute l'équipe de Famijeunes, jamais je ne vous dirai assez comment vous avez changé ma vie.

Merci à ma famille qui m'a vu passer à travers toute la gamme d'émotions et qui m'a toujours supporté dans mes décisions.

Merci à Catherine. J'ai tant appris de toi dans l'animation d'une communauté de pratique. Ta façon de faciliter le groupe, mais surtout ta façon d'être avec le groupe a été pour moi un exemple parfait que j'ai voulu absolument transposer dans ma propre intervention.

Merci à Caroline. Merci d'avoir su alimenter ma flamme et garder bien vivante ma passion pour les soins de fin de vie.

Merci à mon superviseur, Éric Gascon. Merci de m'avoir poussé à aller plus loin dans mes réflexions, merci pour toutes nos discussions, je n'aurais pas pu rêver mieux comme superviseur.

Merci à mon répondant de milieu, Benoît. Tu fais partie des personnes avec qui ça a cliqué instantanément. Merci d'avoir été plus qu'un répondant, mais un réel mentor, un modèle et un exemple de travailleur social dont j'aspire à suivre les traces un jour.

Finalement, merci à chacun-e des participant-e-s du groupe. Vos partages m'ont fait grandir et vous m'avez aidé à comprendre à quel point le domaine de la fin de vie en est un de cœur et d'espoir.

DÉDICACE

*Et si seulement nous pouvions attendre « que la poussière
retombe et que les sandwichs pas de croûtes soient
mangés »*

Julien, participant de la communauté de pratique

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
DÉDICACE.....	iv
LISTE DES TABLEAUX.....	ix
LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES	x
RÉSUMÉ.....	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 PROBLÉMATIQUE.....	5
1.1 La réalité des centres d’hébergement et de soins de longue durée.....	5
1.1.1 La fin de vie en CHSLD	5
1.1.2 Lois et politiques de fin de vie.....	8
1.1.3 Manque de connaissances des professionnel-le-s en CHSLD sur la fin de vie	9
1.1.4 Le caractère tabou entourant la mort.....	11
1.2 La collaboration interprofessionnelle en contexte de soins de fin de vie.....	12
1.2.1 Importance de l’interprofessionnel	12
1.2.2 Collaboration actuelle en contexte de soins de fin de vie	13
1.2.3 La création d’espaces de discussion interprofessionnelle.....	15
1.2.4 La communauté de pratique comme piste de solution	16
1.3 Synthèse	17
1.4 Question centrale et objectifs du projet d’intervention	19
CHAPITRE 2 CADRE CONCEPTUEL.....	20
2.1 Pratiques professionnelles en contexte de soins de fin de vie.....	20
2.1.1 Pratiques des soins de fin de vie	20
2.1.2 Pratiques d’accompagnement de fin de vie.....	23
2.2 La communauté de pratique interprofessionnelle	25
2.2.1 Dimensions d’une communauté de pratique	25
2.2.2 Travail de collaboration dans les communautés de pratique	27
2.2.3 Retombées possibles sur les pratiques professionnelles	28
2.2.4 Défis potentiels des communautés de pratique	30
2.3 Perspective épistémologique.....	31
2.4 Synthèse et objectifs spécifiques.....	32

CHAPITRE 3 MÉTHODOLOGIE	34
3.1 Présentation du milieu d'intervention	34
3.1.1 À la recherche d'un CHSLD, je dirais même plus, d'un CIUSSS	34
3.1.2 Structure de l'organisation du CHSLD	35
3.1.3 Le programme de fin de vie	36
3.1.4 Contexte dans lequel s'inscrit la communauté de pratique	38
3.2 Structure de l'intervention.....	39
3.2.1 Phase pré-groupe.....	39
3.2.2 Critères de sélection des participant·e·s.....	41
3.2.3 Recrutement	42
3.2.4 Mise en place de la communauté de pratique	43
3.2.5 Déroulement de la communauté de pratique.....	44
3.2.6 Thématique des séances de la communauté de pratique	48
3.2.7 Posture d'animation	48
3.3 Analyse de l'intervention	50
3.3.1 Compte-rendu des rencontres	50
3.3.2 Entretien collectif.....	51
3.4 Considérations éthiques	52
3.4.1 Risques et avantages de participation	52
3.4.2 Consentement et confidentialité.....	54
3.5 Limites de la méthodologie de recherche.....	55
3.6 Synthèse	56
CHAPITRE 4 PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	57
4.1 Perception des participant·e·s de la communauté de pratique comme dispositif d'intervention interprofessionnelle en contexte de fin de vie	57
4.1.1 Les caractéristiques singulières de la communauté de pratique.....	58
4.1.2 La coconstruction de la communauté de pratique.....	60
4.1.3 L'animation des rencontres.....	63
4.2 Avantages d'avoir eu accès à un groupe interprofessionnel dans le cadre d'une intervention de CoP axée sur les soins de fin de vie	65
4.2.1 Réfléchir en interprofessionnalité	65
4.2.2 Réfléchir aux contraintes organisationnelles	69
4.2.3 Réfléchir à des recommandations	73
4.3 Retombées de la CoP sur les pratiques interprofessionnelles en contexte de fin de vie	75
4.3.1 Ouvrir le dialogue sur la fin de vie	75
4.3.2 Élaborer des outils d'intervention.....	78
4.3.3 Changer ses pratiques	79
4.4 Synthèse	81
CHAPITRE 5 DISCUSSION	83

5.1 Conditions nécessaires pour mettre en place une communauté de pratique en contexte d'intervention de fin de vie en CHSLD	83
5.1.1 Prendre en compte la dimension temporelle comme facteur influençant la CoP.....	84
5.1.2 Coconstruire : s'assembler pour se ressembler	88
5.1.3 Animer pour mieux guider	91
5.1.4 Formuler des recommandations : le changement c'est nous.....	92
5.1.5 Adopter des stratégies d'adaptation pour surmonter les défis de la CoP	94
5.2 Pertinence de la communauté de pratique interprofessionnelle comme dispositif d'intervention pour aborder la fin de vie en CHSLD	99
5.2.1 Espace interprofessionnel : vers la création d'un bassin collectif de connaissances	99
5.2.2 Réfléchir pour transformer : une approche prometteuse pour changer les pratiques.....	104
5.3 Pistes prometteuses	109
CONCLUSION	111
ANNEXE A TABLEAU DES ÉTAPES DE LA MISE EN PLACE DE LA COMMUNAUTÉ DE PRATIQUE	115
ANNEXE B ORGANIGRAMME DU CIUSSS-XXXX	116
ANNEXE C ORGANIGRAMME DU CHSLD-XXXX	117
ANNEXE D PLAN DE LA CONFIGURATION DES ÉTAGES DU CHSLD-XXXX	118
ANNEXE E TABLEAU RÉSUMÉ DU PROFIL DES PARTICIPANT·E·S.....	119
ANNEXE F PASTILLES DE PRIORISATION DES BESOINS-COP #1	120
ANNEXE G PHOTO DU LOCAL TEL QUE MIS EN PLACE LORS DES SÉANCES.....	121
ANNEXE H INFOGRAPHIE : ÉLÉMENTS AU CŒUR DE L'INTERVENTION EN CONTEXTE DE FIN DE VIE	122
ANNEXE I INFOGRAPHIE : PRÉOCCUPATIONS ET MOTIVATIONS D'UNE FAMILLE DANS UN CAS D'ACHARNEMENT THÉRAPEUTIQUE.....	123
ANNEXE J INFOGRAPHIE : ÉLÉMENTS QUI PEUVENT CONTRIBUER À FAIRE CHEMINER DES FAMILLES DANS L'ACCEPTATION DE LA FIN DE VIE	124
ANNEXE K INFOGRAPHIE : OBSTACLES ET SOLUTIONS À DES SOINS ADAPTÉS AUX RÉSIDENT·E·S EN FIN DE VIE.....	125
ANNEXE L RECOMMANDATIONS.....	126
ANNEXE M COMPTE-RENDU DE SÉANCE DE COMMUNAUTÉ DE PRATIQUE	127
ANNEXE N GUIDE D'ENTRETIEN	128

ANNEXE O FORMULAIRE DE CONSENTEMENT 130

ANNEXE P FORMULAIRE D’ENGAGEMENT À LA CONFIDENTIALITÉ 134

RÉFÉRENCES..... 137

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
5.1 Tableau synthèse des défis et stratégies d'adaptation à la mise en place d'une CoP	97

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

AMM	Aide médicale à mourir
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CoP	Communauté de pratique
ICASI	Infirmière cheffe assistante au supérieur immédiat
PAB	Préposée aux bénéficiaires
TS	Travailleuse sociale

RÉSUMÉ

Le présent mémoire aborde la problématique entourant la fin de vie en CHSLD, réalité omniprésente, mais pourtant invisibilisée. La littérature soulève le besoin des professionnel·le·s du milieu d'être mieux outillé·e·s pour faire face aux derniers instants des résident·e·s, situations de plus en plus fréquentes et complexes. La collaboration interprofessionnelle se présente comme étant une voie efficace pour offrir des soins de qualité aux résident·e·s et la création d'un espace de discussion devient donc intéressante pour soulever le sujet dans les établissements. C'est par un cadre conceptuel abordant les pratiques professionnelles en contexte de soins de fin de vie qu'il est possible de mieux comprendre comment la fin de vie s'imbrique dans le quotidien des professionnel·le·s. L'approfondissement de la communauté de pratique (CoP) à travers ses dimensions et ses retombées permet ensuite d'introduire l'intervention qui a été menée afin d'aborder la fin de vie avec les professionnel·le·s du CHSLD. C'est la perspective compréhensive qui a guidé notre approche d'animation de la CoP et qui a enrichi notre analyse des résultats en nous permettant d'explorer en profondeur les expériences et perceptions des participant·e·s.

Un groupe de huit professionnel·le·s occupant diverses fonctions dans l'établissement a été recruté pour participer à une communauté de pratique de six séances. Les objectifs de ces rencontres ont été coconstruits, tout comme le contenu des rencontres. Le tout s'est terminé avec un entretien qui nous a permis, en plus des comptes-rendus de séances, de faire ressortir des résultats tant sur la structure que sur le contenu de la communauté de pratique. Parmi ces constats, les participant·e·s ont considéré avoir eu accès à un groupe qui misait sur son savoir expérientiel, les mettait sur un même pied d'égalité et les incluait dans la constitution des rencontres pour créer des ateliers qui reflètent leur réalité. Ces singularités de la communauté de pratique comme dispositif d'intervention ont été relevées comme des facteurs clés favorisant l'échange de connaissances et la collaboration entre les professionnel·le·s. L'inteprofessionnalité qui a été centrale à la constitution du groupe ainsi qu'aux échanges lors des rencontres a généré plusieurs retombées positives pour les participant·e·s et a permis de créer un réel changement des pratiques en contexte de fin de vie. Une meilleure compréhension du travail des autres a effectivement pu engendrer une plus grande facilité à se référer les unes aux autres ainsi qu'une plus grande volonté à prioriser collectivement les soins adaptés aux personnes en fin de vie. Nous pouvons donc conclure que la communauté de pratique était un choix optimal pour répondre à nos objectifs d'intervention, permettant ainsi de créer un savoir collectif, d'amener une réflexivité dans la pratique des participant·e·s, de créer des outils et de sensibiliser les professionnel·le·s à une approche d'accompagnement de fin de vie.

Mots clés : centre d'hébergement et de soins de longue durée (chsld), coconstruction, collaboration interprofessionnelle, communauté de pratique, fin de vie.

ABSTRACT

This thesis addresses the issue of end-of-life care in CHSLD, a reality that is omnipresent yet invisible. The literature highlights the need for professionals in the field to be better equipped to deal with residents' final moments, situations that are increasingly frequent and complex. Interprofessional collaboration is seen as an effective way of offering quality care to residents, and the creation of a discussion group is therefore an interesting way of meeting the need to raise the subject in facilities. It is through a conceptual framework that addresses professional practices in the context of end-of-life care that it is possible to better understand how the end of life is interwoven into the daily lives of professionals. An in-depth examination of the community of practice (CoP) through its dimensions and outcomes then introduces the intervention chosen to address end-of-life issues with CHSLD professionals. A comprehensive perspective guided our approach to facilitating the CoP and enriched our analysis of the results, enabling us to explore the participants' experiences and perceptions in depth.

A group of eight professionals from various functions within the facility were recruited to take part in a six-session community of practice. The objectives of these meetings were co-constructed, as was the content. The whole process culminated in an interview which, in addition to the session reports, enabled us to draw out findings on both the structure and content of the community of practice. Among these findings, the participants felt they had access to a group that drew on their experiential knowledge, put them on an equal footing and included them in the constitution of the meetings to create workshops that reflected their reality. These singularities of the community of practice as an intervention were identified as key factors favoring knowledge exchange and collaboration between professionals. The interprofessional approach that was central to the formation of the group and to the exchanges during the meetings generated a number of positive spin-offs for the participants, and led to a real change in end-of-life practices. A better understanding of each other's work led to greater ease in referring to each other, and a greater willingness to collectively prioritize care for people at the end of life. We can therefore conclude that the community of practice was an optimal choice for meeting our intervention objectives, enabling us to create collective knowledge, bring reflexivity to the participants' practice, create tools and raise awareness among professionals of an end-of-life care approach.

Keywords : long-term care center (chslD), coconstruction, community of practice, end of life, interprofessionnal collaboration.

INTRODUCTION

En 2020, la pandémie de COVID-19 a touché toute la population, mais encore plus particulièrement les personnes âgées vivant en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), lieu qui fut l'épicentre des décès lors de cette période (INSPQ, 2020). La nécessité d'ouvrir le dialogue sur la fin de vie dans ces établissements a été soulevée et la population a pris connaissance d'une réalité qui pourtant a toujours été manifeste, soit que les CHSLD sont aussi un milieu de fin de vie et les professionnel-le-s¹ y œuvrant ne sont pas assez outillé-e-s pour accompagner les résident-e-s vers leurs derniers instants. Alors que ceci aurait pu servir d'élan à l'ouverture du dialogue sur le sort réservé aux personnes âgées en fin de vie, la problématique ne semble pas avoir changé et est toujours d'actualité, amenant les personnes effectuant de la recherche à s'interroger sur le réel impact que cela a eu sur les pratiques post-pandémiques (Gagnon, 2021 ; Lessard, 2021). Les proches des résident-e-s, tout comme les employé-e-s de ces établissements, espèrent encore que les choses changent et qu'on puisse offrir à toutes personnes dont l'autonomie est atteinte d'avoir une fin de vie digne. Les enjeux de temps, de rythme effréné des professionnel-le-s et des contraintes organisationnelles continuent à freiner l'évolution des pratiques en CHSLD, nous poussant à remettre en question les apprentissages effectués lors de la pandémie (Elkouri, 2023). Comment serait-il possible de contribuer positivement à la transformation inévitable de ces milieux ? Ne devrions-nous pas continuer à soulever les besoins criants en matière de meilleures pratiques en CHSLD si nous voulons offrir à nos aîné-e-s un milieu de vie qui les respecte dans chaque étape de leur trajectoire de fin de vie ?

Effectivement, bien que les CHSLD se dotent de la mission d'offrir un milieu de vie substitut et de promouvoir le maintien de l'autonomie des résident-e-s, ces établissements doivent faire face aux enjeux grandissants entourant la fin de vie. Depuis plusieurs années, l'allongement des listes d'attente pour entrer en CHSLD s'ajoute au vieillissement de la population, amenant les nouveaux-elles résident-e-s à commencer leur séjour de plus en plus hypothéqué-e-s au niveau de

¹ N.B. Il est à noter que dans le cadre de ce mémoire, l'écriture inclusive sera utilisée dans l'entièreté du texte en raison de la prédominance féminine tant parmi les professionne-ll-e-s que les résident-e-s en CHSLD. Cette décision vise à reconnaître et à valoriser la présence des femmes dans ce milieu. De plus, diverses informations relatives au milieu d'intervention, au programme de fin de vie et à l'identité des participant-e-s ont été anonymisées afin de garantir la confidentialité. Des nom fictifs ont été utilisés pour chaque participant-e dans ce même objectif.

leur autonomie non seulement physique, mais aussi cognitive (CSBE, 2022 ; Dubuc, 2021). Ceci soulève donc la pertinence de s'intéresser à ces professionnel·le·s qui côtoient régulièrement la mort pour les accompagner à travers une réalité qui ne peut plus être ignorée. Ce sont ces réflexions qui ont nourri notre volonté de nous pencher davantage sur la réalité actuelle des CHSLD et plus particulièrement sur les pratiques des professionnel·le·s qui œuvrent auprès des résident·e·s en fin de vie.

Ensuite, en explorant nos idées initiales concernant ce projet, l'interprofessionnalité est apparue comme étant une voie favorable pour aborder la question puisque cette pratique spécifique occupe une grande place dans le champ des soins de qualité en gérontologie (Aubry & al., 2020; Blacker & al., 2016; Doornebosch & al., 2022). Cette notion se distingue de la multi, pluri ou transdisciplinarité puisqu'elle met l'accent sur une collaboration active entre les différent·e·s professionnel·le·s et les implique dans des échanges en vue de se fixer des objectifs communs pour le bien-être de l'usager·ère plutôt qu'un travail en silo ou bien bénéficiant des cibles spécifiques à chaque profession (Couturier & Belzile, 2018). En regroupant plusieurs personnes de professions diverses, il est possible d'avoir accès à une vaste étendue de connaissances qui nous permet de comprendre les pratiques de fin de vie sous une perspective globale et d'adopter une approche d'intervention adaptée aux besoins multidimensionnels des résident·e·s et de leurs proches. En effet, dans la littérature qui s'y penche, une piste de solution est fréquemment soulevée pour répondre aux besoins des professionnel·le·s, soit la création d'espace de discussion (Blacker & al., 2016; Doornebosch & al., 2022; Durivage & al., 2021; Jauvin & Feillou, 2020; Lessard & Leclerc, 2017). Le manque de lieux de concertation se fait sentir, et pourtant, ces espaces ont la possibilité d'offrir à ses membres plusieurs bénéfices dans leur pratique quotidienne, comme le partage d'expérience, l'apprentissage de nouveaux savoirs et l'alignement des pratiques.

Ainsi, à la lumière de ces thématiques que nous avons relevées, ce mémoire s'intéresse à implanter une intervention interprofessionnelle qui mettrait en lumière la spécificité de ces pratiques dans un milieu qui n'offre au personnel ni le temps ni les ressources pour offrir des soins alignés avec l'omniprésence de la mort.

Plus précisément, nous nous intéressons aux enjeux d'accompagnement de fin de vie sous la perspective du travail social puisque ce domaine vient apporter une lumière nouvelle aux

interventions effectuées en CHSLD pour ramener l'approche psychosociale au centre de celles-ci (ACSP, 2023; Blacker & al., 2016; Bosma & al., 2010; Couturier, 2019). Les TS dans ce milieu ont aussi la capacité de favoriser les connexions entre les divers employé·e·s du personnel de santé, encourager la collaboration entre chacune de ces personnes et les soutenir dans leurs interventions. Ainsi, plusieurs alternatives s'offrent aux chercheur·e·s en travail social pour réfléchir à ces questionnements mais, dans notre cas, c'est l'idée d'un groupe de discussion qui nous est apparue comme répondant le mieux à ce que nous désirions implanter.

Notre regard s'est posé sur la communauté de pratique, car elle permet de regrouper plusieurs professionnel·le·s occupant différents postes et les amène à adopter collectivement une posture réflexive et à cogiter sur les avenues possibles à emprunter pour améliorer les pratiques de leur domaine commun. La CoP permet aussi de valoriser un champ de pratique spécifique et d'aider les participant·e·s à acquérir des savoirs nouveaux, tout en consolidant les connaissances déjà maîtrisées. De plus, c'est en donnant une place non négligeable aux savoirs expérientiels qu'il est possible de démontrer aux participant·e·s que leur opinion compte et qu'ils ont la possibilité de contribuer à une vision nouvelle de leur milieu de travail. Nous voulons donc expérimenter une communauté de pratique interprofessionnelle qui s'appuie sur ces dimensions pour comprendre comment celle-ci pourrait permettre d'améliorer les pratiques professionnelles en contexte de fin de vie au sein des CHSLD.

À travers ce projet, l'idée est de porter un regard plus approfondi sur ce qui peut être fait pour amener les professionnel·le·s à prendre conscience de leur approche lorsqu'ils sont en contact avec des résident·e·s dont la mort approche. De plus, c'est dans une perspective de sensibilisation aux bonnes pratiques que nous pouvons tenter de souligner l'importance d'adopter une approche adaptée aux résident·e·s en contexte de fin de vie. Puis, nous nous penchons aussi sur le chemin emprunté pour mener à une compréhension commune de ce qu'est une bonne intervention dans ce champ d'exercice professionnel.

Pour éclairer ces objectifs, nous avons suivi une méthodologie visant à recruter huit professionnel·le·s occupant divers postes et travaillant sur différents étages. Ce sont plus précisément une infirmière-cheffe assistante au supérieur immédiat (ICASI), deux infirmières, une infirmière auxiliaire, trois préposées aux bénéficiaires et un travailleur social qui ont fait partie de

notre groupe de six séances bimensuelles. Une approche de coconstruction a été déployée afin de s'assurer que chaque personne participant·e à la CoP puisse se sentir engagé·e, impliqué·e et reflété·e à travers les ateliers mis en place. Effectivement, les objectifs du groupe ainsi que le contenu des séances ont été fondés à partir du commun accord des participant·e·s.

Ensuite, nous trouvons dans ce mémoire les résultats de la recherche provenant à la fois de nos comptes-rendus de rencontre et de notre entretien collectif de fin de parcours. Nous nous penchons d'abord sur la perception des participant·e·s de la communauté de pratique comme choix d'intervention et de ce qui rend ce type de groupe si particulier. Entre autres, nous mettons de l'avant ce qui est ressorti de l'opinion des membres du groupe au sujet des spécificités de l'approche de coconstruction qui a guidé la CoP, mais aussi la posture singulière de l'animateur. Par ailleurs, nous nous attardons sur la composante interprofessionnelle qui était centrale à la constitution du groupe et dans les échanges durant les rencontres. Par ce mémoire, nous tentons de comprendre la pertinence d'avoir opté pour cette approche et comment elle a pu générer des retombées directes sur la pratique professionnelle et sur leur collaboration lorsque confronté·e·s à un·e résident·e en fin de vie. Puis, les résultats concernant l'impact qu'a pu avoir le groupe dans la vie professionnelle de ses membres sont détaillés en soulignant les bienfaits d'avoir pu faire ressortir des recommandations ainsi que des outils au terme des semaines d'intervention.

Finalement, au fil de notre discussion, nous reprenons les résultats qui nous ont permis de saisir et de relever précisément les conditions nécessaires pour mettre en place une CoP. Nous y voyons ce qui peut être gagnant et ce qui peut nous limiter dans la dimension temporelle, la coconstruction et la formulation de recommandations dans une communauté de pratique. Un tableau synthèse des défis d'implantation d'une CoP et les stratégies d'adaptation qui peuvent être déployées nous permet de conclure les paramètres essentiels pour bien assimiler la façon dont on peut optimalement instaurer une CoP dans un milieu comme les CHSLD. Le tout se termine avec une exploration de ce qui a fait de la CoP l'intervention de choix pour soulever précisément les pratiques en contexte de fin de vie. Nous tentons de soulever ce en quoi la communauté de pratique a permis d'initier une transformation sur plusieurs niveaux en lien avec ce contexte si particulier qu'est la fin de vie dans un établissement où l'on ne soulève pas assez ces enjeux.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE

Ce premier chapitre présentera en trois parties une problématique visant à cerner la réalité vécue par les professionnel·le·s travaillant auprès de résident·e·s en contexte de fin de vie en CHSLD. Plus précisément, la situation actuelle sera décrite par des données sur le profil des personnes décédant dans ces établissements chaque année, les professionnel·le·s intervenant auprès de celles-ci ainsi que les lois et programmes encadrant les pratiques dans ce domaine. Ensuite, l'expérience des professionnel·le·s de ce milieu permettra de comprendre les lacunes présentes qui nuisent à une meilleure adéquation des interventions auprès des résident·e·s. Puis, la collaboration interprofessionnelle sera examinée pour saisir l'importance d'adopter cette approche et ce qui ralentit les efforts pour y arriver en plus d'exposer une solution potentielle pour répondre aux besoins du personnel. Ces éléments mis en lien les uns avec les autres permettront de bien décrire la pertinence de ce projet d'intervention qui vise à implanter une communauté de pratique d'accompagnement de fin de vie en CHSLD. Finalement, la question de recherche du projet d'intervention de ce mémoire sera présentée ainsi que l'objectif général et ses objectifs spécifiques.

1.1 La réalité des centres d'hébergement et de soins de longue durée

Afin de bien cerner le contexte dans lequel s'inscrit ce projet d'intervention, il faut d'abord comprendre le cadre des CHSLD. Ces établissements sont témoins d'un grand nombre de décès annuel étant conçu pour être le dernier lieu de vie des résident·e·s. Cependant, la fin de vie y constitue un défi particulier, souvent mal encadré par les politiques et les pratiques actuelles amenant les professionnel·le·s à se sentir mal outillé·e·s pour y intervenir. Cette section explorera ces réalités et les implications pour les soins prodigués.

1.1.1 La fin de vie en CHSLD

Les CHSLD font partie intégrante du système de santé québécois depuis plusieurs années dans le but d'« offrir un milieu de vie substitut, de façon temporaire ou permanente, à une clientèle adulte qui ne peut plus demeurer dans son milieu de vie naturel, en raison d'une perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, malgré le support de l'entourage » (Gouvernement du Québec, 2022). Ce sont 844 centres d'hébergement qu'on retrouve partout au Québec et qui offrent un total

de 49 113 lits aux personnes âgées, soit 2,2% des personnes de plus de 65 ans (CSBE, 2023). Ceux-ci peuvent être publics, privés conventionnés ou privés non conventionnés. On y héberge des individus n'ayant plus la capacité d'effectuer leurs activités de la vie quotidienne et/ou domestique en raison d'un déclin cognitif et/ou physique. C'est sous une approche Milieu de vie que le personnel doit intervenir auprès des résident·e·s et tenter d'adhérer à une philosophie de soins qui se distance du cadre hospitalier pour permettre aux résident·e·s de se sentir comme chez soi (Aubry & al., 2020; Gagnon, 2021; Lessard, 2021). Cependant, dans cette optique, il peut apparaître certaines tensions dans les soins prodigués lorsqu'un·e résident·e entre en phase terminale, puisque les professionnel·le·s sont poussées à promouvoir les soins prolongeant l'espérance de vie des résident·e·s et n'abordent que peu la question de la mort, pourtant omniprésente. En effet, il est indéniable que les employé·e·s des CHSLD sont confronté·e·s à la fin de vie, considérant que le tiers des résident·e·s y décèdent chaque année en plus de nombreux facteurs qui ne font qu'augmenter la prépondérance de cette réalité (Lessard, 2021; Soulières, 2019).

D'abord, le vieillissement de la population en complément au nombre croissant de personnes atteignant un âge avancé amène conséquemment une augmentation des demandes d'admission dans ces hébergements (CSBE, 2022; Lessard & Leclerc, 2017; Misson, 2012). Alors qu'autrefois, les aîné·e·s étaient davantage pris·e·s en charge par leurs proches, nous assistons actuellement à un éclatement du modèle familial traditionnel. Bien que 80% des soins à domicile soient prodigués par des proches aidant·e·s, cette tendance est aujourd'hui à la baisse en raison de défis nouveaux (AMC, 2020). En fait, les familles d'aujourd'hui sont souvent confrontées à des défis, tels que l'éloignement géographique, des modes de vie occupés et des pressions financières, ce qui rend difficile pour elles de prendre en charge leurs proches âgé·e·s à domicile (Aubry & al., 2020; Dubuc, 2021; Leclerc & al, 2014a). Par conséquent, les personnes âgées se tournent de plus en plus vers les CHSLD pour obtenir l'assistance et les soins nécessaires.

Ces mouvements entraînent un plus grand besoin de soins de longue durée, besoin qui est difficilement comblé en raison des listes d'attente qui s'allongent. En date du 9 avril 2025, c'était 3133 personnes qui étaient en attente d'un lit en CHSLD (Gouvernement du Québec, 2025). De plus, la moyenne de temps pour obtenir un lit en 2019 était de 185 jours, période bien longue considérant que les personnes qui y font une demande sont déjà en grande perte d'autonomie (CSBE, 2022; Dubuc, 2021). Les six mois d'attente ne font que détériorer l'état des futur·e·s

résident·e·s, élevant ainsi les chances de développer des comorbidités et des pathologies secondaires. Ces conditions accélèrent la vitesse à laquelle les résident·e·s peuvent se rapprocher de leurs derniers instants. À cet effet, plus la personne accumule les maladies et les problèmes de santé, plus il devient difficile pour l'équipe soignante de faire la différence entre sa condition polypathologique et sa potentielle fin de vie. Il est donc laborieux d'émettre un pronostic d'espérance de vie, puisque la ligne est mince et l'erreur très fréquente dans ces milieux, poussant ainsi les médecins à ne pas se prononcer rapidement (Cable-Williams & Wilson, 2017 ; Durivage & al., 2021). Un frein s'établit ainsi dans l'accès aux soins palliatifs pour ces aîné·e·s et des contextes de fin de vie ne respectant pas nécessairement leur dignité sont mis en place. Plus particulièrement pour les infirmier·ère·s et les préposé·e·s aux bénéficiaires qui interviennent quotidiennement, ceci entraîne une plus grande difficulté à saisir quand parler de la mort et comment répondre aux questions du résident et de ses proches (Marcella & Kelley, 2015). Finalement, il est à noter que la moyenne des séjours en CHSLD est de 27 mois au Québec en 2021 alors qu'elle était de 30 mois en 2015, émettant ainsi l'hypothèse que la longueur des listes d'attente agit directement sur l'espérance de vie des individus (CSBE, 2022). Le constat est donc clair, la mort fait partie du quotidien des CHSLD, tendance qui n'ira pas à la baisse pour les années futures.

Dans les CHSLD, c'est une équipe interdisciplinaire qui travaille ensemble pour les résident·e·s et qui intervient à différents niveaux que ce soit dans une optique de soins, de réadaptation ou bien sur la sphère psychosociale. Toutefois, dans le cadre de ce mémoire, l'attention sera plus particulièrement portée sur les personnes qui interviennent chaque jour auprès des personnes mourantes, soit le·la TS ainsi que le personnel de soins au chevet de celles-ci. Ces personnes sont les infirmier·ère·s, les infirmier·ère·s auxiliaires ainsi que les préposé·e·s aux bénéficiaires qui effectuent un suivi de proximité et qui ont le plus grand nombre de contacts auprès des résident·e·s qui leur sont affecté·e·s de leur premier jusqu'au dernier jour d'hébergement (Lessard, 2021 ; Tavernier, 2017).

Ensuite, dans un CHSLD, les médecins ne sont présent·e·s que quelques fois par semaine, puisqu'ils travaillent dans plusieurs établissements simultanément et n'ont que peu de liens avec les résident·e·s. Ils sont responsables des changements du niveau de soins, prenant la décision de passer des soins curatifs aux soins palliatifs pour ensuite laisser la place aux autres professionnel·le·s d'assurer le suivi (Charmillot & Wälti-Bolliger, 2010 ; Lessard, 2021). Puis,

alors que ces professionnel·le·s agissent sur la sphère biomédicale entourant les soins de fin de vie, le·la travailleur·se social·e intervient davantage sur la dimension psychosociale, c'est-à-dire qu'il offre un accompagnement de la personne et de ses proches à travers les derniers instants de vie. Iel est appelée à s'impliquer dans le dossier d'un·e résident·e pour offrir un soutien psychosocial, évaluer ses besoins, aider les proches à planifier certaines démarches administratives et à les référer aux ressources adéquates en fonction de leurs demandes (Blacker & al. 2016; Durivage & al., 2021).

1.1.2 Lois et politiques de fin de vie

La question de la fin de vie est un sujet complexe et délicat qui nécessite une attention particulière de la part des CHSLD pour offrir aux infirmier·ère·s, aux préposé·e·s aux bénéficiaires et aux TS des repères guidant leurs interventions. Afin d'encadrer ces pratiques, en 2015, le gouvernement du Québec a mis en place une loi des soins de fin de vie qui exige qu'une politique de fin de vie ainsi qu'un programme clinique de soins de fin de vie soient mis en place dans chaque établissement afin de garantir une prise en charge adéquate des personnes en phase terminale (Francoeur, 2013; Lessard & Leclerc, 2017, Tavernier, 2017). Une politique de fin de vie devrait inclure des lignes directrices claires sur les soins palliatifs, l'accès à des équipes médicales spécialisées et des directives sur les souhaits et les choix des patient·e·s en matière de traitement de leur mort qui approche (Tavernier, 2017). Ceci peut permettre au personnel de la santé de mieux cerner les limites de leur travail et mieux comprendre la manière dont les soins médicaux devraient être prodigués.

De plus, cette politique devrait également promouvoir la formation et l'éducation des professionnel·le·s de la santé pour garantir une compréhension adéquate des besoins spécifiques des patient·e·s en fin de vie (*Ibid.*). Toutefois, il est de la responsabilité de chaque gestionnaire de déterminer les mesures qui conviennent le mieux à sa population et à ses ressources, est donc libre de créer la politique de son choix et de l'appliquer à sa convenance (Lessard & Leclerc, 2017). C'est ce qui pourrait expliquer que seulement 20% des CHSLD au Québec se prévalent d'une offre de soins spécifiquement adaptés aux besoins des résidentes en fin de vie (CSBE, 2022). Cela signifie que la majorité des établissements ne disposent pas de protocoles clairs et de ressources adéquates pour accompagner dignement les personnes en phase terminale de leur vie (Elkouri, 2023; Leclerc & al., 2014b). On peut penser au grand manque d'équipes mises en place qui se

dédient exclusivement aux résident·e·s en fin de vie ou bien de lits ou chambres réservés à ces personnes. Cette situation met en évidence un retard important dans l'adéquation des services aux besoins de la population vieillissante du Québec (Lessard & Leclerc, 2017).

1.1.3 Manque de connaissances des professionnel·le·s en CHSLD sur la fin de vie

Dans un premier temps, les professionnel·le·s travaillant dans les CHSLD sont confronté·e·s à de nombreux défis lorsqu'il s'agit de prodiguer des soins de fin de vie. Dans une recherche ayant pour but de soulever les besoins des professionnel·le·s travaillant en CHSLD et côtoyant la mort chaque semaine, Lessard et Leclerc (2017) expliquent qu'au-delà du caractère imprévisible et confrontant de la mort, plusieurs se sentent mal outillé pour intervenir en contexte de fin de vie, c'est-à-dire qu'ils croient ne pas avoir assez de connaissances ou de compétences pour agir adéquatement face à ces situations. Dans un premier temps, les législations spécifiques qui régissent les soins de fin de vie, notamment en lien avec l'aide médicale à mourir, les directives anticipées et les droits des mourants, sont peu connues et peu étudiées par les travailleur·se·s de ce domaine (Durivage & al., 2021; Lessard & Leclerc, 2017). Cette méconnaissance peut entraîner des situations délicates où les professionnel·le·s se sentent mal équipé·e·s pour prendre des décisions éthiques et respectueuses des souhaits des résident·e·s en fin de vie.

Dans un deuxième temps, dans les centres d'hébergement québécois, bien que la loi provinciale stipule que tout établissement doit se prévaloir d'une politique de soins de fin de vie, plusieurs professionnel·le·s y travaillant disent n'avoir jamais été informé·e·s ou formé·e·s sur celle-ci entraînant un travail effectué en méconnaissance des soins à prodiguer (Francoeur, 2014; Lessard, 2021; Lessard & Leclerc, 2017). Ainsi, ne connaissant pas les ressources existantes dans leur établissement, plusieurs professionnel·le·s se retrouvent en ignorance des options disponibles pour les résident·e·s en fin de vie (Jauvin & Feillou, 2020; Soulières, 2019). Cette méconnaissance peut ainsi entraver un accompagnement qui s'aligne aux désirs de la famille. Celle-ci est amenée à devoir prendre des décisions sans comprendre ce qui est bon ou non pour leur proche n'étant pas informé adéquatement par le personnel soignant. En l'absence de connaissances précises sur les protocoles et les ressources disponibles, les professionnel·le·s peuvent se sentir inaptes à fournir des soins appropriés et adaptés aux résident·e·s en fin de vie.

En plus de ces savoirs parfois lacunaire chez les intervenant·e·s de ces milieux, c'est aussi dans ce que Fortin & Blain (2013) nomment la démarche clinique que se fait ressentir le besoin d'être mieux enligné. Cette dernière est « une façon pour les professionnel·le·s de pratiquer des soins auprès des malades, [...] mobilisant savoirs, compétences, normes et valeurs » (Fortin & Blain, 2013, p.161). Il est possible d'utiliser ce terme pour s'intéresser à l'ensemble des éléments nécessaires à une adéquation des soins en contexte de fin de vie considérant que ce domaine de la gérontologie demande une adaptation des pratiques bien particulière (Durivage & al., 2021; Lessard, 2021; Marcella & Kelley, 2015; Misson, 2012). Il y a ainsi certaines bases à connaître tant au niveau technique qu'au niveau de l'attitude à adopter lorsque vient le temps d'intervenir, de soutenir et de communiquer avec des personnes dont la mort approche. Étant donné que ces compétences spécifiques à la fin de vie ne sont pas toujours développées de manière adéquate lors de leur formation initiale, il y a une possibilité de vivre une certaine détresse professionnelle et une incapacité à répondre pleinement aux besoins complexes des résident·e·s (Marcella & Kelley, 2015).

Ensuite, concernant les interventions dans ce contexte, les résident·e·s en fin de vie nécessitent des approches de soins bien spécifiques, axées sur le soulagement des symptômes et la gestion de la douleur ainsi que le soutien émotionnel. Cependant, de nombreux·ses professionnel·le·s nomment manquer de modèle sur ces approches afin de les appliquer adéquatement (Durivage & al., 2021; Jauvin & Feillou, 2020; Leclerc & al., 2014a; Lessard & Leclerc, 2017; Marcella & Kelley, 2015). Iels peuvent se retrouver déconcerté·e·s quant aux interventions à privilégier pour améliorer la qualité de vie des résident·e·s à l'article de la mort, créant ainsi une expérience de soins moins optimale. Ceci peut donc affecter tant les employé·e·s que les résident·e·s et leurs proches.

En réponse à ce manque de connaissances sur les soins de fin de vie, un besoin d'un plus grand nombre de formations émerge et est de plus en plus nommé par les professionnel·le·s impliqué·e·s dans ces contextes (Durivage & al., 2021; Bourgeois-Guérin & al., 2022; Jauvin & Feillou, 2020; Leclerc & al., 2014a; Lessard & Leclerc, 2017; Marcella & Kelley, 2015; Misson, 2012). Présentement, les établissements publics du secteur de la santé offrent des formations brèves d'environ quatre heures sur l'approche palliative. Cependant, les informations qui y sont transmises ressortent davantage de la sphère biomédicale (Blacker & al., 2016; Couturier, 2019; Durivage & al., 2021; Marcella & Kelley, 2015). Pour les infirmiers·ère·s, les notions telles que les cas de

détresse respiratoire ou les changements du niveau de soin sont enseignées d'un point de vue théorique, mais iels déplorent le manque d'approfondissement de l'aspect éthique, décisionnel et réflexif nécessaire pour agir sur le terrain (Couturier, 2019). Ainsi, peu d'intérêt est porté sur la préparation psychologique des professionnel·le·s, lorsque confronté·e·s à la mort ou sur les attitudes à adopter. En privilégiant une formation en CHSLD qui tiendrait compte de la démarche clinique sur les soins de fin de vie, il pourrait être observé des pratiques plus cohérentes avec la réalité des résident·e·s. Un autre aspect important à considérer est le besoin d'arriver à une vision commune entre les professionnel·le·s de la santé. Les formations bénéficient d'encourager les discussions et les échanges d'expériences entre les différents acteur·trice·s impliqué·e·s, y compris les médecins, les infirmier·ère·s, les ts et les bénévoles. En somme, pour améliorer la qualité des soins, il est essentiel de combler les lacunes en matière de connaissances tant au niveau législatif, théorique, que pratique, mais aussi d'ouvrir le dialogue interprofessionnel sur le sujet.

1.1.4 Le caractère tabou entourant la mort

Bien qu'il ait été démontré que la fin de vie fait partie du quotidien de ces professionnel·le·s - ce qui leur demande d'adapter leurs pratiques à cette réalité - plusieurs obstacles peuvent les empêcher d'y arriver, notamment l'invisibilisation de la mort. En effet, plusieurs auteur·trice·s s'entendent pour dire que les hébergements de soins de longue durée n'adoptent pas une approche qui permet de discuter de ce sujet mettant davantage l'accent sur la vision d'un milieu de vie où la trajectoire de soins ne tient pas compte de la fin de celle-ci (Cable-williams & Wilson, 2017; Marcella & Kelley, 2015). Cette mentalité d'approche interventionniste, bien que contradictoire à la réalité des CHSLD où presque tous·tes les résident·e·s y décèdent, s'ancre dans une société qui conjugue mal avec la mort et où le caractère tabou y est renforcé (Fortin & Blain, 2013). Ainsi, on peut comprendre que le rapport à la mort des intervenant·e·s en santé passe non seulement par leur vision professionnelle, mais personnelle aussi. Le malaise pouvant être ressenti a un réel impact sur la manière dont la mort sera abordée chez les résident·e·s et leurs proches dans les derniers instants de vie puisqu'il peut retarder le moment d'amener le sujet et nuire à la communication entre les différentes personnes impliquées (Leclerc & al., 2014a; Lessard & Leclerc. 2017; Marcella & Kelley, 2015). Il pourrait être pertinent de creuser la question sur ces deux plans afin de s'assurer d'une meilleure adéquation des soins.

De plus, dans la majorité de ces milieux, la mort n'est tout simplement pas abordée, tant chez les résident·es et leurs proches que chez les professionnel·le·s. En fait, dans certains CHSLD, lorsqu'une personne meurt, il arrive que le décès ne soit pas publiquement annoncé, ce qui ajoute à l'invisibilisation de la fin de vie (Fortin & Blain, 2013; Lessard & Leclerc, 2017; Marcella & Kelley, 2015). Le fait que certaines résident·e·s ne soient pas honorées de quelque façon sur les étages peut affecter directement les employé·e·s, mais aussi les résident·e·s qui apprennent trop souvent par hasard le décès d'une voisine de chambre (Sussman & al, 2017). Bref, il devient important d'ouvrir le dialogue dans ces établissements afin de diminuer le sentiment d'inconfort qui peut être vécu. On ne parle pas ici d'en parler chaque jour, mais bien de normaliser le fait que les gens décèdent, que chaque personne qui rentre dans un CHSLD y sera confrontée tôt ou tard.

1.2 La collaboration interprofessionnelle en contexte de soins de fin de vie

Dans les pratiques en CHSLD tout comme dans celles du domaine de la fin de vie, l'interprofessionnalité vient agir comme une valeur ajoutée pour accomplir un travail bien fait et aligné avec les destinataires de soins. Pour en comprendre la pertinence, nous nous pencherons ici sur les spécificités d'opter pour cette approche collaborative, sur son application actuelle dans le milieu ainsi que sur ce qui pourrait constituer un moyen pour une intégration efficace et durable de cette approche au sein des équipes de soins.

1.2.1 Importance de l'interprofessionnel

Lorsque vient le temps d'accompagner une personne en fin de vie, plusieurs approches sont privilégiées, mais pour chacune d'entre elles, il est essentiel que les différent·e·s professionnel·le·s de la santé travaillent en étroite collaboration afin d'assurer le meilleur confort possible. D'abord, il est essentiel de souligner que la collaboration interprofessionnelle permet d'avoir une vision globale de la personne en fin de vie, puisque chaque professionnel·le apporte son expertise et sa perspective uniques, ce qui permet de prendre en compte tous les aspects de la santé et du bien-être du patient (Couturier & Belzile, 2018). Que ce soit un·e médecin, un·e infirmier·ère, un·e travailleur·se social·e, un·e éducateur·trice ou tout autre membre de l'équipe, chacun contribue à une compréhension globale de la situation du patient. Cette perspective permet d'adapter les soins en fonction des besoins spécifiques de la personne et de ses proches et de fournir un soutien adéquat

à la fois sur le plan médical, psychologique et social (Aubry & al., 2020; Blacker & al., 2016; Doornebosch & al., 2022).

En outre, des recherches menées en hébergements de soins de longue durée ont démontré que les équipes interprofessionnelles contribuent à augmenter la satisfaction des résident·e·s en fin de vie et de leurs proches (Blacker & al., 2016; Doornebosch & al., 2022; Lessard & al., 2014). À cet effet, Lessard et coll. (2014) soulignent que les professionnel·le·s se doivent de travailler ensemble pour élaborer des plans de soins individualisés, en prenant en compte les souhaits et les valeurs de la personne hébergée, tout en assurant une communication ouverte et transparente avec les proches. Cette démarche collaborative favorise un climat de confiance et de soutien, ce qui peut grandement améliorer l'expérience des personnes en fin de vie et de leurs familles.

Puis, les équipes interprofessionnelles permettent une meilleure répartition des tâches, ce qui entraîne une diminution de la charge de travail pour chaque professionnel·le impliqué·e. Chacun peut se concentrer sur ses domaines de compétence et contribuer de manière complémentaire aux soins prodigués en autant que ces domaines de compétences soient bien définis entre les professionnel·le·s (Aubry & al., 2020; Couturier & Belzile, 2018). Cela permet non seulement d'optimiser l'efficacité des interventions, mais aussi de prévenir l'épuisement professionnel. En partageant les responsabilités et en travaillant ensemble, les professionnel·le·s peuvent mieux gérer les exigences liées aux soins en fin de vie.

1.2.2 Collaboration actuelle en contexte de soins de fin de vie

En se questionnant sur la réalité de l'interprofessionnalité en contexte de soins de fin de vie, force est de constater que le personnel fait face à de nombreux défis qui ralentissent l'effort de collaboration. Premièrement, la surcharge de travail présente dans les établissements du système de santé ne peut être négligée puisqu'elle pousse particulièrement les infirmier·ère·s, les préposé·e·s et les ts à entrer dans une rapidité des interventions, limitant ainsi les possibilités d'adapter leurs pratiques selon l'état de chaque individu (Elkouri, 2023; Gagnon, 2021; Lessard, 2021; Soulières, 2019). Iels se retrouvent donc dans un déséquilibre entre ce que le système de santé actuel encourage à adopter comme approche et la réalité dans laquelle les professionnel·le·s n'ont pas la possibilité de l'intégrer à leur pratique (Leclerc & al., 2014b). D'ailleurs, dans leur

ouvrage décortiquant l'organisation actuelle des CHSLD, Aubry et coll. (2020) précisent que les normes et cadres ministériels québécois promeuvent l'importance du travail interdisciplinaire. Toutefois, leurs observations sur le terrain les ont amenés à conclure que « [les] ressources, qu'elles soient humaines, économiques ou matérielles, sont insuffisantes pour que les normes soient respectées » (Aubry & al., 2020, p.220). De plus, ce même manque de temps et de ressources entrave la possibilité de se consulter entre collègues sur les cas de personnes en fin de vie. Ceci peut ainsi devenir un grand obstacle à la prise de décision en contexte de situations complexes et nuire aux interventions qui ne peuvent plus autant s'aligner aux besoins de l'individu. Par exemple, une des spécificités de ce domaine est le passage des soins curatifs aux soins de fin de vie, c'est-à-dire que la personne concernée et ses proches acceptent d'arrêter les soins permettant de prolonger la vie. Cette décision est difficile à prendre et implique nécessairement un membre du personnel qui se doit de bien expliquer à la famille et surtout de se résoudre à aborder la question avec celle-ci (Charmillot & Wälti-Bolliger, 2010). Ainsi, dans les établissements de soins de longue durée, trop souvent, les professionnel·le·s ne se consultent pas et doivent par conséquent s'arrêter sur des choix seul·e·s sans passer par à un consensus entre collègues, ce qui peut notamment nuire à une fin de vie digne (*Ibid.*).

Dans un même ordre d'idées, alors que les soins de fin de vie nécessitent chez l'équipe interprofessionnelle une vision et une compréhension communes de chaque cas, les pratiques mises en place dans les établissements ne sont pas faites pour permettre des lieux où sont discutés ces éléments. Puis, avec cette lacune, il est très fréquent d'observer un manque de clarification des rôles et des définitions de tâches de chacune, ce qui entraîne des confusions et des problèmes dans les contextes cliniques des résident·e·s (Blacker & coll, 2016; Charmillot & Wälti-Bolliger, 2010; Couturier & Belzile, 2018; Doornebosch & al., 2022; Leclerc & al., 2014a). Il a donc été démontré que la collaboration interprofessionnelle est en effet vivement optimisée par une communication claire et ouverte entre les différents membres de l'équipe, ce qui favorise une répartition équilibrée du travail et assure que toutes les responsabilités soient prises en charge de manière adéquate (Leclerc & al., 2014b).

En bref, bien que les soins de fin de vie demandent une rigueur quant à l'interprofessionnalité, le système dans lequel évolue les CHSLD ne met pas en place les outils nécessaires à la collaboration,

ce qui peut non seulement nuire au bien-être des résident·e·s, mais à celui des professionnel·le·s qui se retrouvent trop souvent isolé·e·s dans leurs milieux de travail.

1.2.3 La création d'espaces de discussion interprofessionnelle

Au regard de la réalité des professionnel·le·s en établissement de soins de longue durée, il est possible de constater qu'il y a un grand besoin d'améliorer la collaboration d'équipe pour s'assurer d'offrir des soins les plus adéquats possibles pour les personnes en contexte de fin de vie. L'élément qui revient fréquemment dans les solutions à explorer pour viser cet objectif est la création d'espace de discussion interprofessionnelle, et ce, peu importe la forme qu'il prend (Blacker & al., 2016; Bourgeois-Guérin & al., 2022; Doornebosch & al., 2022; Durivage & al., 2021; Jauvin & Feillou, 2020; Lessard & Leclerc, 2017). En effet, un des éléments facilitateurs de la collaboration interprofessionnelle se trouve à être une structure organisationnelle qui met de l'avant l'élaboration de lieux collaboratifs où se développent des relations ainsi que des compétences d'équipe (Doornebosch & al., 2022). Ceci peut avoir un effet direct sur la santé mentale au travail, le bien-être des professionnel·le·s et même sur les pratiques en tant que telles (Doucet & Dubois, 2016).

Ainsi, il pourrait être cohérent pour un établissement de donner l'espace tant physique que mental pour se concerter et se comprendre mutuellement en interdisciplinarité. Cette demande de créer un environnement propice aux discussions interprofessionnelles est bien représentée par les espaces interstitiels tels que décrits par Furnari (2014). Ces espaces font référence à des contextes où des individus positionnés dans différents domaines interagissent occasionnellement et informellement autour d'activités communes auxquelles ils consacrent un temps limité. De plus, en mettant en place des lieux d'échanges, il est possible de travailler entre collègues pour arriver à une perspective et à une interprétation communes des champs d'expertise de chacun (Furnari, 2014). Cependant, le manque d'opportunité pour se rencontrer obstrue cette construction d'une communication saine et entraîne nécessairement davantage de travail en silo, sans consultation entre collègues (Blacker & coll, 2016; Couturier & Belzile, 2018; Doornebosch & al., 2022; Furnari, 2014; Jauvin & Feillou, 2020).

À ce sujet, Kilbride et coll. (2011) se sont penchés sur la question du manque de lieux permettant d'interagir entre professionnel·le·s sur des enjeux précis en mettant en place une communauté de

pratique interprofessionnelle. Celle-ci a permis à des professionnel·le·s du milieu hospitalier de discuter de leurs pratiques en soins de patients ayant subi une crise cardiaque. Cet espace a amené chaque participant·e à repenser leur manière d’agir et leurs techniques lorsque vient le temps de travailler dans ce cadre spécifique. Ainsi, la CoP a créé un espace qui s’est inséré dans l’organisation de l’hôpital et qui est même devenu une partie intégrante des échanges quotidiens entre les professionnel·le·s. Blacker et coll. (2016) soulignent à cet effet la nécessité d’avoir des moments de consultations interdisciplinaires en hébergement pour personnes âgées, puisqu’elles permettent de faire émerger ce qu’ils nomment des communautés informelles dans ces milieux de travail. Tout comme le prouve la CoP de Kilbride et coll. (2011) —qui peut s’apparenter à un espace interstitiel— ceci permet d’engendrer des discussions improvisées et spontanées à l’extérieur des lieux de rencontres et ainsi d’ouvrir le dialogue sur des sujets non naturellement exploités sur le terrain par manque de temps, d’intérêt ou de confort (Furnari, 2014). Ces derniers éléments permettent de comprendre l’importance de créer un endroit où plusieurs sujets peuvent être abordés et où l’alignement des interventions devient une priorité pour répondre tant aux besoins des professionnel·le·s que des résident·e·s qui en bénéficient.

1.2.4 La communauté de pratique comme piste de solution

En réponse aux besoins soulevés par les professionnel·le·s des hébergements de soins de longue durée, la nécessité d’avoir accès à un espace de discussion où serait abordés les soins de fin de vie tant au niveau théorique qu’expérientiel devient évidente. Plusieurs interventions pourraient convenir afin d’offrir ce lieu de dialogue et de partage de vécus, mais c’est toutefois la communauté de pratique qui sera ici abordée en raison de sa capacité à couvrir un grand éventail de contenus axés sur la pratique. De plus, les communautés de pratiques prennent de plus en plus en compte les milieux multidisciplinaires en santé publique et ce n’est que récemment que celles-ci ont été adaptées à des contextes interprofessionnels pour réfléchir différemment à la mise en commun des expériences et des savoirs tacites et par conséquent créer une intercompréhension du domaine en question (Kilbride & al., 2011; Laloo & al., 2021). Ce groupe de discussion s’enracine dans trois éléments principaux qui permettent de sélectionner des participant·e·s dont le métier diverge, mais dont les interventions se recoupent les unes les autres : un domaine, une communauté et une pratique (Arcand & al., 2017; Kilbride & al., 2011). Ainsi, il est possible de regrouper plusieurs membres du personnel travaillant dans le domaine de la gérontologie d’une même communauté et

dont la pratique abordée serait la fin de vie. Bref, c'est par une part de contenu informatif, expérientiel et collectif que la communauté de pratique pourrait permettre aux professionnel·le·s des CHSLD de se sentir outillé·e·s face à la mort omniprésente dans ces établissements.

Les CoP tentent aussi de venir répondre à des besoins précis de milieux professionnel·le·s. Par exemple, la pandémie a mis en lumière l'importance de soutenir les professionnel·le·s œuvrant en CHSLD et c'est ce qui a amené le collège des médecins à créer une communauté de pratique dédiée aux médecins qui y œuvre (CPMCHSLD, 2025). Ceci prouve qu'il est possible de créer un groupe du genre dans les établissements de soins de longue durée pour répondre à la spécificité de ce milieu qui amène un besoin de soutien par les pairs. Cependant, peu de communautés de pratique dans le réseau de la santé offrent un regard issu du travail social dans sa mise en place ainsi que dans son analyse. Il est toutefois intéressant de s'y attarder puisque la communauté de pratique comme dispositif d'intervention interprofessionnelle apparaît être particulièrement pertinente à amener sous cette perspective. En effet, en cohérence avec les valeurs de ce domaine, les CoP adoptent une approche centrée sur la transformation des pratiques professionnelles à partir d'une démarche collective et réflexive. Ceci s'accorde étroitement avec les normes de pratiques pour le travail social de groupe qui valorisent la participation active des membres du groupe, la reconnaissance des savoirs expérientiels tout en misant sur l'égalité entre les participant·e·s (OTSTCFQ, 2024). De plus, en choisissant une intervention de ce type, cela permet de donner une place bien particulière à la mise en lumière des enjeux sociaux, qui, sans lieux dédiés à l'interprofessionnalité, sont trop souvent invisibilisés. Le travail social gagne effectivement à être davantage mis de l'avant lorsqu'on met en place un espace de discussion clinique (Blacker & al., 2016). C'est donc vers cette forme d'intervention que nous nous sommes tournés afin d'aborder le sujet de la fin de vie en CHSLD, et ce, sous l'œil du travail social. Nous en exposerons plus en détail ses composantes dans le prochain chapitre.

1.3 Synthèse

À la lumière de la problématique présentée, il est possible de mieux comprendre la pertinence d'aborder la fin de vie en CHSLD comme un enjeu non seulement organisationnel, mais social. Effectivement, le vieillissement de la population augmente la charge des professionnel·le·s de la santé en CHSLD avec des listes d'attente plus longues et des résident·es· souvent plus malades, le

tout dans un contexte où les soins de fin de vie comportent plusieurs lacunes (Durivage & al., 2021; Leclerc & al., 2014a; Lessard & Leclerc, 2017). Par conséquent, on ne peut omettre que dans les CHLSD, au-delà du milieu de vie, il s'agit aussi d'un milieu de fin de vie. Puis, l'importance d'aborder la question d'une perspective interprofessionnelle est non négligeable, puisque les résultats des recherches prouvent bien la nécessité d'y adhérer en contexte de soins de fin de vie. En effet, la collaboration et la communication interprofessionnelle permettent d'augmenter le degré de satisfaction des résident·e·s et de leurs proches, d'améliorer la qualité des soins et d'optimiser leur qualité de vie jusqu'au décès (Blacker & al., 2016; Debbiche & Paignon, 2019). Les besoins sont grands et, il devient nécessaire de soutenir les professionnel·le·s de ces milieux pour leur permettre de se sentir plus outillé·e·s et ainsi offrir des soins de fin de vie adéquats et dans la dignité pour tous·tes les résident·e·s.

Un grand nombre d'écrits se concentrent sur les soins de fin de vie chez les personnes âgées de manière générale, cependant, peu d'entre eux s'attaquent à cette question cruciale de la perspective de la collaboration interprofessionnelle au sein des établissements de soins de longue durée. Alors que la littérature se focalise principalement sur l'expérience des professionnel·le·s de la santé dans ce domaine, il est possible de constater le manque d'auteurs·trices qui proposent des interventions concrètes afin de doter ces professionnel·le·s d'outils adaptés et de leur offrir un espace dédié à l'échange constructif et nécessaire au déploiement de la collaboration. De plus, il est important de noter que l'intégration des communautés de pratique en tant qu'approche collaborative interprofessionnelle dans le domaine de la santé est encore relativement récente. Par conséquent, il n'est pas surprenant que leur application à un secteur interprofessionnel tel que les soins de longue durée soit encore peu répandue. Pourtant, l'implantation de communautés de pratique interprofessionnelles pourrait constituer un cadre propice à la discussion, à l'échange d'idées et à l'apprentissage mutuel entre les divers·es professionnel·le·s impliqué·e·s. En somme, il est essentiel de combler le vide existant dans la littérature, tant en termes de collaboration interprofessionnelle que de développement d'interventions visant à soutenir les employé·e·s travaillant auprès de la fin de vie.

1.4 Question centrale et objectifs du projet d'intervention

La problématique présentée a permis de soulever les enjeux les plus fondamentaux quant à la réalité des professionnel·le·s en CHSLD travaillant en contexte de fin de vie. La collaboration interprofessionnelle ne pouvant être dissociée du travail en soins de fin de vie, il est évident que cet aspect se doit d'être approfondi et mis de l'avant pour s'assurer que les interventions des employé·e·s des CHSLD s'alignent les unes avec les autres dans le sens des individus y étant hébergés. Ces divers éléments mis ensemble mettent en lumière la pertinence scientifique et sociale d'une question de recherche à explorer : « Comment est-ce qu'une communauté de pratique interprofessionnelle pourrait permettre d'améliorer les pratiques des professionnel·le·s en contexte de fin de vie au sein des CHSLD ? ». C'est sous cette interrogation que le projet d'intervention qui sera présenté et mis en pratique à travers ce mémoire-intervention pourra permettre de faire avancer les connaissances théoriques et pratiques. L'objectif principal qui jouera le rôle de ligne directrice du projet d'intervention est *d'expérimenter une communauté de pratique interprofessionnelle spécifique aux interventions en contexte de fin de vie dans un CHSLD*. Pour évaluer l'atteinte de cet objectif, nous nous attarderons à la perception des participant·e·s vis-à-vis le choix d'intervention, mais aussi sur ce qui sera soulevé comme étant particulièrement spécifique à la communauté de pratique plutôt que tout autre choix de groupe que nous aurions pu mettre en place. Puis, à l'intérieur même de cette visée de recherche, des objectifs spécifiques se dessinent. Nous commençons à entrevoir que la CoP va être un lieu qui offrira aux participant·e·s la possibilité de coconstruire un groupe, mettra de l'avant les connaissances en matière d'intervention en soins de fin de vie et travaillera l'interprofessionnalité dans ce contexte. Pour préciser nos objectifs, nous passerons à travers un cadre conceptuel qui met l'accent sur ces les pratiques professionnelles dans le contexte de la fin de vie en CHSLD ainsi que les dimensions d'une communauté de pratique comme dispositif d'intervention.

CHAPITRE 2

CADRE CONCEPTUEL

Dans le présent chapitre, les pratiques en contexte de fin de vie seront définies dans le but de comprendre ce qui détermine des soins de qualité pour les professionnel·le·s . Ensuite, nous explorerons ce qu'est une communauté de pratique (CoP) afin de bien saisir ce qui les caractérise ainsi que la manière dont elles peuvent contribuer à soutenir et outiller les participant·e·s dans un domaine particulier. Le tout se terminera avec une description sommaire de la perspective compréhensive qui a guidé notre animation à travers ce projet d'intervention.

2.1 Pratiques professionnelles en contexte de soins de fin de vie

Afin de comprendre le contexte dans lequel s'inscrit l'intervention qui sera mise en place, il faut rappeler qu'on estime à 20% la proportion des CHSLD offrant des services spécifiques aux résident·e·s en fin de vie (CSBE, 2022). Cette réalité soulève une réflexion sur les pratiques en vigueur au sein de la majorité des établissements, où les soins dispensés dans ces circonstances demeurent largement inchangés et sont rarement dissociés des traitements de santé conventionnels (Lessard, 2021; Nickner & Dumont, 2018; Shang & Jancarik, 2013; Soom Ammann & al., 2016). Dans le cadre de ce mémoire, nous examinerons la prise en charge optimale de la personne en phase terminale en nous penchant sur l'offre de soins psychosociaux adéquats ainsi que l'accompagnement de la personne et de ses proches dans l'expérience de la fin de vie en plus de faire ressortir l'aspect fondamentalement interprofessionnel nécessaire à ces deux dimensions.

2.1.1 Pratiques des soins de fin de vie

Dans les prochaines lignes seront décrits les divers soins de fin de vie prodigués par les professionnel·le·s . Il ne s'agit pas ici de décrire précisément ce qui doit être fait et comment le faire puisque cela relève davantage du domaine biomédical. Il s'agit plutôt de saisir ce qui devrait être l'essence même du savoir-faire et du savoir-dire à privilégier par les professionnel·le·s dans les pratiques communes, spécifiques à chaque profession ainsi que celles s'inscrivant dans la collaboration interprofessionnelle.

D'abord, il est essentiel que toutes les professionnel·le·s gravitant autour de la personne en fin de vie prennent le temps de décoder les besoins de celle-ci. En effet, il est important pour bien comprendre leur réalité et agir convenablement auprès de ces personnes de démystifier leurs réactions, gestes et paroles pour en faire ressortir la réponse la plus adaptée (Métayer, 2014; Soulières, 2021). On peut donc comprendre que le jugement adéquat du niveau d'aide requis est à la base de l'établissement d'une pratique alignée avec le·la résident·e. Également, on retrouve comme élément central à la pratique de chaque membre du personnel œuvrant dans ces contextes l'accentuation mise sur le confort de l'individu dont la mort approche. Ceci passe par des petites attentions dans les actions ou les discussions qui peuvent paraître anodines, mais qui permettent foncièrement d'optimiser le bien-être des résident·e·s, par exemple, repositionner les oreillers, remplacer les vêtements et les couvertures ou aider la personne à s'hydrater (Gagnon, 2021; Gagnon & Jeannotte, 2019; Sussman & al., 2017). Il peut être parfois difficile de garder ces objectifs en tête considérant la charge de travail élevée, le manque de ressources et de temps. Toutefois, il est important de se questionner et de sans cesse se remettre en question pour se demander si les besoins sont répondus et si le confort se situe toujours au centre des interventions (Sussman & al., 2017). À ce sujet, dans son ethnographie des centres d'hébergement québécois, Gagnon (2021) mentionne qu'il peut être ardu de prendre ce temps, puisqu'en empruntant un rythme effréné et peu personnalisé, « les gestes et les pratiques cessent d'être soignants pour devenir des automatismes maintenant l'organisation fonctionnelle » (Gagnon, 2021, p.64). Ainsi, il devient important pour toutes les professionnel·le·s d'avoir accès à un espace où se poser ces questions et réfléchir pour s'attarder sur la façon idéale d'intégrer ces aspects à leur pratique.

Ensuite, maintenant que les pratiques optimales communes à toutes viennent d'être élaborées, il est pertinent de se pencher sur ce qui est de l'ordre de l'individuel pour le personnel au chevet des résident·e·s. Premièrement, pour les infirmiers·ère, la gestion de la souffrance, de la douleur et des symptômes est fondamentale à leurs interventions auprès des personnes en fin de vie (Verreault & al., 2018). Celles-ci sont aussi portées à reconnaître les premiers signes de phase terminale, monitorer tout le long de la trajectoire de fin de vie ainsi qu'effectuer les soins médicaux (Shang & Jancarik, 2013; Verreault & al., 2018). Deuxièmement, les infirmiers·ères auxiliaires, quant à iels, soutiennent les infirmiers·ères en reconnaissant les signes d'inconfort, de souffrance et aident à contrôler les symptômes (Verreault & al., 2018). Troisièmement, pour ce qui est des préposé·e·s

aux bénéficiaires, ayant moins de chambres à s'occuper, plus de temps est accordé à chaque résident·e, ne diminuant pas pour autant la charge de travail. Ceux-ci sont les personnes les plus en contact quotidiennement avec les résident·e·s en fin de vie et sont parfois sous-estimés alors que, dans les faits, elles s'assurent quotidiennement du bien-être et connaissent davantage les habitudes, les comportements et attitudes de l'individu, facilitant ainsi la personnalisation des soins (Aubry, 2020; Lessard, 2021; Soulières, 2021). Chacun de ces membres du personnel soignant constitue aussi une certaine continuité des proches aidant·e·s et travaille en étroite collaboration avec ceux-ci, les soutenant dans l'accompagnement de leur proche et dans l'apprentissage de certaines actions, telles que des techniques d'hydratation (Shang & Jancarik, 2013).

Puis, la dernière personne à intégrer dans une CoP sur les soins de fin de vie est le·la travailleur·se social·e qui offre le soutien psychologique, émotionnel et social pour les résident·e·s en fin de vie, ainsi que pour leurs proches (ACSP, 2023; Blacker & al., 2016; Bosma & al., 2010). En plus de cet accompagnement, les TS sont considéré·e·s comme les personnes de choix pour comprendre les aspects éthiques, légaux de la fin de vie qui approche puisqu'ils prennent le temps de vulgariser les termes médicaux et ont accès à un grand nombre de ressources (*Ibid.*). Les TS sont aussi considéré·e·s comme les professionnel·le·s appropriées pour promouvoir la collaboration interprofessionnelle, puisqu'ils connaissent bien les résident·e·s, parlent à toutes les professionnel·le·s et font souvent office de pont entre les différents acteurs·trices (*Ibid.*). Finalement, il est pertinent de souligner le rôle crucial qu'occupent les TS dans la défense des intérêts et droits des résident·e·s (PCCC, 2021). En effet, les TS vont s'assurer de faire valoir auprès de leurs collègues le respect des croyances et des volontés de la personne. Par les fondements de leur profession, ils tenteront à chaque étape du processus de fin de vie de mettre de l'avant l'individu comme être unique et ayant un droit à la dignité jusqu'à la fin (ACSP, 2023).

Enfin, les soins de fin de vie sont grandement enrichis lorsque les bonnes pratiques sont renforcées par une collaboration interprofessionnelle saine et cohérente. Alors que l'organisation des CHSLD actuelle entraîne ses employé·e·s dans une rapidité des interventions et que le temps manque pour se concerter, il ne faut pas perdre de vue l'importance capitale d'adopter une approche collaborative (Gagnon, 2021; Jauvin & Feillou, 2020; Métayer, 2014). En effet, la phase terminale d'un·e résident·e requiert de prendre une posture holistique étant donné le caractère très complexe et diversifié de chaque situation. Pour y parvenir, il semble pertinent d'offrir aux professionnel·le·s

un espace de discussion, tel qu'une communauté de pratique, qui permet de faire ressortir l'expertise de chacune ainsi que d'échanger des informations spécifiques concernant la personne résidente, offrant ainsi la possibilité d'intervenir en accord avec son profil (Shang & Jancarik, 2013; Jauvin & Feillou, 2020; Métayer, 2014). Une personnalisation des pratiques favorise aussi la mise en commun des connaissances et savoirs pour arriver à des prises de décisions qui sont réfléchies et prenant en compte toutes les caractéristiques de la personne, tant sur le plan biomédical que psychosocial (Fortin & Dumont, 2018; Nickner & Dumont, 2018; Sussman & al, 2017). Par conséquent, il est clair que la mise en place d'une intervention dont l'objectif est de promouvoir le travail collaboratif serait un bon moyen pour créer un alignement des pratiques dans les derniers jours de vie d'une personne.

2.1.2 Pratiques d'accompagnement de fin de vie

De prime abord, il est indispensable de comprendre l'accompagnement d'une personne, non pas comme une intervention précise ou un cadre, mais bien sous une forme de comportements et d'attitudes formant le savoir-être en présence d'une personne approchant la mort, et ce, qu'importe son niveau de conscience ou le stade de sa phase terminale (Châtel, 2010 ; Ricoeur, 2006 ; Métayer, 2014). Pour en cerner les composantes essentielles dans le travail plus spécifique aux professionnelles d'un CHSLD, il faut se pencher sur la notion de présence, l'ajustement du rythme des pratiques et la conceptualisation partagée de ce qu'est une mort digne.

En premier lieu, l'accompagnement dans ce domaine se définit comme étant une présence dans la relation entre l'intervenant·e et le·la résident·e qui va au-delà du physique, peu importe le motif de contact avec iel, que ce soit pour donner un repas, pour parler à un proche ou pour communiquer une information (Jauvin & Feillou, 2020; Nickner, 2017; Ricœur, 2006). En mettant cette connexion au cœur du travail, il est possible de respecter une certaine dignité jusqu'aux derniers instants, tout en soutenant la personne dans son expérience du mourir. Bien que le ministère de la Santé et des Services sociaux (2008) intègre la présence comme compétence essentielle dans leur plan directeur de développement des compétences des intervenant·e·s en soins palliatifs, cette notion n'est pas définie et est encore bien incomprise à ce jour (Goyette & Vachon, 2019). Dans une recherche effectuée auprès d'infirmières du domaine des soins palliatifs, Goyette et Vachon (2019) ont justement tenté de démystifier ce concept. Les résultats ont démontré qu'un consensus

émergeait sur le fait qu'il s'agit d'aller à la rencontre de l'autre en étant attentif·ve, réceptif·ve, en établissant un lien de confiance authentique que la personne soit consciente ou inconsciente, agressive ou non, réceptive ou fermée. Ensuite, la présence est aussi considérée comme une attitude à adopter dans sa posture et dans son regard lorsqu'un soin est prodigué (Gagnon, 2021; Nickner & Dumont, 2018; Soulières, 2021). Il s'agit en effet de faire sentir à la personne que nous sommes là pour elle et que nous voulons l'aider à vivre sa mort en protégeant son image de soi et en respectant qui elle est et qui elle a été.

En deuxième lieu, l'accompagnement passe par la prise en considération du contraste manifeste du rythme des professionnel·le·s et des personnes en fin de vie. Effectivement, le personnel des CHSLD œuvre dans un lieu où s'opère un système à deux vitesses. Ces lieux sont considérés comme des milieux où la lenteur est omniprésente que ce soit dans les déplacements, dans les activités ou bien simplement dans l'attente que quelque chose se passe (Aubry, 2020; Gagnon, 2021). Toutefois, l'équipe soignante se trouve prise d'une part dans la volonté d'effectuer un travail profondément relationnel qui demande de suivre les résident·e·s dans leur rythme au quotidien, et d'autre part de maintenir une cadence rapide exigée par l'organisation. Par exemple, des limites de temps sont imposées aux préposé·e·s aux bénéficiaires dans leurs tâches, ce qui les oblige à passer d'une chambre à une autre en ne prenant pas le temps de prendre le temps (Aubry, 2020; Aubry & al., 2020). Dans un même ordre d'idées, la fin de vie ne fait pas exception et demande davantage un respect du rythme des résident·e·s dont la mort approche. Dans cette rapidité d'intervention, les professionnel·le·s se trouvent à devoir aider les résident·e·s à se mouvoir, à les écouter dans leur débit ralenti et à bien saisir que la fin de vie peut s'échelonner sur une longue période (Soulières, 2021).

Prendre le temps ne signifie pas tout arrêter pour la personne, mais bien de toujours garder en tête que la personne dans la chambre ne vit pas sur la même cadence et demande une adaptation alignée avec l'aboutissement de sa trajectoire de vie. Que ce soit en tamisant la lumière ou en décélérant ses gestes de soins, il est possible de s'adapter à la personne et de faire sentir à la personne et à ses proches qu'elles sont respectées et qu'elles ont le droit d'expérimenter une fin de vie digne de la personne qui vit dans cette chambre (Goyette & Vachon, 2019; Nickner & Dumont, 2018; Soulières, 2021). En somme, c'est en respectant le rythme de la personne, de ses émotions et de ses pratiques qu'il est possible de fournir un accompagnement respectant la vie des résident·e·s. Gagnon (2021)

va même jusqu'à considérer l'accompagnement comme étant étroitement lié à l'administration d'un soin, puisque « de la naissance à la mort, les soins permettent de maintenir la personne dans le monde, de pouvoir continuer à l'habiter » (p.65). On peut ainsi saisir qu'il y a une importance de reconnaître le statut de la personne comme une personne vivante dont la trajectoire de soins tire à sa fin.

Finally, bien que l'accompagnement de fin de vie puisse sembler être davantage issu de l'individuel, il ne faut pas oublier la nécessité de collaborer pour adapter globalement les attitudes. Considérant que le rapport à la mort est quelque chose de très personnel et prend souvent racine dans les sensibilités individuelles et le vécu de chacun, il est important dans un lieu tel que les CHSLD de prendre une certaine distance avec sa propre subjectivité (Lessard, 2021; Goyette & Vachon, 2019; Jauvin & Feillou, 2020). En se concertant et en ayant l'espace pour se questionner sur ses dimensions, il est possible d'arriver à une vision commune de ce qu'est une bonne mort et qui permet donc de synchroniser les pratiques dans une même direction.

2.2 La communauté de pratique interprofessionnelle

À travers la problématique, il a été possible de soulever l'intérêt de créer une intervention dans un CHSLD pour les infirmiers·ères, les infirmiers·ères auxiliaires, les préposé·e·s aux bénéficiaires et les TS qui sont amené·e·s à pratiquer en contexte de fin de vie. Pour bien comprendre comment une communauté de pratique peut être mise en œuvre dans ce milieu, nous nous pencherons sur ce qui est mis à profit dans ce type d'intervention, sur l'aspect collaboratif de celle-ci, sur les retombées possibles ainsi que les défis pouvant être rencontrés.

2.2.1 Dimensions d'une communauté de pratique

Opter pour une communauté de pratique afin d'explorer un domaine d'exercice apporte plusieurs bénéfices à une organisation qui a la volonté d'offrir à ses membres la possibilité de se développer professionnellement. Il est important de noter qu'originellement les communautés de pratique étaient mises en place de manière spontanée, mais que ce concept a été par la suite popularisé pour son caractère intentionnel qui permet d'aller répondre à des besoins et préoccupations spécifiques à une organisation (Arcand, 2017; Gosselin & al., 2017; Savard & Côté, 2021). De ce fait, le milieu de la santé et des services sociaux a repris cette intervention pour l'appliquer dans ses

établissements afin de permettre aux professionnel·le·s de partager et d'échanger sur des enjeux vécus dans le cadre d'une pratique distincte (Arcand, 2017). Il s'agit en quelque sorte de mettre en lumière et reconnaître les pratiques d'un domaine particulier pour lequel plusieurs professionnel·le·s partagent un intérêt commun. De plus, il a été observé, dans plusieurs de ces groupes, que cela a permis aux professionnel·le·s de la santé de non seulement initier la conversation sur le domaine, mais aussi d'explorer de possibles opportunités de changement de pratique (Kilbride & al., 2011; Laloo & al., 2021; White & al., 2008). Ainsi, il semble qu'une CoP puisse offrir la possibilité aux professionnel·le·s de se sentir mieux outillé·e·s sur un domaine de pratique trop souvent invisibilisé. Par exemple, dans une recherche menée par Kilbride & coll. (2011), la mise en place d'une communauté de pratique interprofessionnelle abordant les pratiques en soins de patients ayant subi une crise cardiaque a permis à chaque membre de celle-ci de repenser leur manière d'agir et leurs techniques lorsque vient le temps de travailler dans ce cadre spécifique. Cela a aussi permis de reconnaître que ce type de soin demande une attention qui diverge des autres patient·e·s admis en milieu hospitalier. Dans un même ordre d'idées, Laloo & coll. (2021) soulignent qu'à travers une CoP, il est possible d'offrir la possibilité aux professionnel·le·s d'acquérir de nouvelles connaissances qu'ils n'auraient pas eu la chance d'explorer autrement. Ainsi, il semble que la CoP puisse répondre à ce besoin nommé comme nécessaire par les professionnel·le·s des CHSLD de lever le voile sur les pratiques en contexte de fin de vie qui sont inévitables dans un milieu où la mort fait partie du quotidien.

L'objectif principal des communautés de pratique réside dans l'acquisition de savoirs et le développement de compétences adaptées à un domaine particulier (Arcand, 2017). Plus précisément, il s'agit d'un espace d'approfondissement des connaissances déjà acquises, enrichies par celles de leurs collègues permettant ainsi la construction de nouvelles notions applicables sur le terrain (Arcand, 2017; Savard & Côté, 2017). Ceci leur permet d'amener un regard nouveau sur leur pratique tout en poussant leur réflexion lorsque vient le temps d'y être confronté dans leur quotidien. Pour en optimiser le succès, c'est par une flexibilité et une grande marge de manœuvre existante dans la mise en place d'une CoP qu'il est possible de faire appel à plusieurs stratégies pour appuyer les professionnel·le·s. Différents processus d'apprentissages peuvent être déployés afin de s'assurer de maintenir l'attention de chacune, mais aussi de permettre à toutes de rester le plus proche possible de leur réalité vécue sur leur milieu de travail (Gosselin & al., 2017). Le

recours à des études de cas, des ateliers informatifs, des partages de vécu ou bien la présence d'experts dans le domaine permet de diversifier le contenu des séances de groupe garantissant ainsi l'accès à une vaste gamme de savoirs (Gosselin & al., 2017; Pichon & al., 2015; Savard & Côté, 2021). Il est ainsi possible de saisir que chaque séance d'une CoP permet de manière différente d'amener ces professionnel-le-s à mieux comprendre leur pratique, à s'outiller pour faire face aux défis qu'entraîne leur domaine, le tout en adoptant une posture d'apprentissage.

Enfin, là où se démarquent les communautés de pratique, c'est dans la grande place qui est donnée aux savoirs expérientiels. En effet, ces lieux d'échange permettent de regrouper divers-e-s professionnel-le-s et les amener à partager leur vécu, démontrer leur expertise, le tout en apprenant les un-e-s avec les autres (Kilbride & al. 2011; Savard & Côté, 2021). Alors que le développement professionnel dans le domaine de la santé et des services sociaux est davantage issu de ce que Gosselin & coll (2017) nomment une « pratique fondée sur les preuves scientifiques », la réalité démontre que l'analyse de situations complexes sur le terrain demande aux professionnel-le-s d'avoir accès à une vaste sélection de connaissances qui vont au-delà des données probantes (p.37). Pour y arriver, les ateliers gagnent à être construits en laissant une place centrale à l'expérience de chacun-e (Savard & Côté, 2021). Ainsi, la pertinence de créer un groupe est soulevée puisqu'on peut comprendre que chez chaque professionnel-le- expérimentant le milieu de travail quotidiennement réside une multitude de savoirs qui, isolés, ne seront jamais aussi riches et significatifs qu'une fois exprimés et partagés.

2.2.2 Travail de collaboration dans les communautés de pratique

D'abord, il est nécessaire de connaître le contexte des milieux de la santé pour saisir comment une CoP interprofessionnelle peut permettre une percée dans un domaine. En fait, Grenier et Bourque (2016) décrivent les organisations issues de la nouvelle gestion publique comme des milieux trop souvent peu propices aux consultations interprofessionnelles puisqu'elle divise de manière marquée la sphère biomédicale et psychosociale ainsi que les corps de métiers. De cette division vont naître des enjeux hiérarchiques liés aux inégalités et aux rapports de pouvoir qui rendent difficile la prise de parole pour certain-e-s professionnel-le-s (McLoughlin & al., 2018; Parazelli & Ruelland, 2017). Ainsi, dans la constitution d'une CoP, on retrouve, à la différence des consultations interprofessionnelles, une atténuation de cette hiérarchie (McLoughlin & al, 2018;

Kilbride & al., 2011; White & al., 2008). Dans ces groupes, on base le recrutement des participant·e·s sur leurs connaissances plutôt que sur leur statut et on veut réduire les délimitations entre les professionnel·le·s pour viser une mise en commun des connaissances et créer des rapports plus démocratiques (Kilbride & al., 2011). Par exemple, considérant qu'un·e TS et un·e infirmier·ère n'ont pas les mêmes connaissances concernant la fin de vie et n'utilisent pas le même vocabulaire, il est facile de creuser l'écart entre eux lorsque tous deux interviennent pour un·e résident·e. Ainsi une communauté de pratique pourrait tenter de diminuer cet écart et réunir ces deux professionnel·le·s sous de mêmes significations et un vocabulaire partagé. Cette conception partagée des spécificités d'un domaine, des tâches à effectuer, des rôles et des cadres d'intervention permet à chacun·e d'adopter un regard croisé sur leur pratique, permettant ainsi d'avoir accès à une intelligence collective diminuant ainsi les rapports de pouvoir hiérarchiques (Arcand & al. 2017; Pichon & al., 2015). Cette notion fait référence au fait qu'à travers ce réseau collaboratif, les professionnel·le·s réfléchissent ensemble sur les manières de faire, repensent les pratiques communes ainsi que divergentes et mettent en commun chacune de leur individualité pour créer un résultat collectif (Pichon & al., 2015).

Ensuite, il faut savoir que l'implication active des participant·e·s dans la mise en œuvre d'une CoP est un élément clé pour assurer des résultats optimaux (Savard & Côté, 2021). Il est donc pertinent pour la mise en place d'une CoP de réfléchir de manière collective aux objectifs généraux ainsi qu'à ceux de chaque rencontre. Il est bénéfique que les thématiques présentées soient significatives pour les professionnel·le·s et aient une valeur à leurs yeux (Pichon & al., 2015; Savard & Côté, 2021). Cette élaboration participative des cibles du groupe permet entre autres d'assurer que les professionnel·le·s se sentent impliqué·e·s et que le contenu reflète la réalité vécue par ceux-ci. Ainsi, puisque la CoP prend racine dans un engagement de chacun·e dans un processus collaboratif, une cohésion d'équipe et une volonté de travailler en complémentarité peuvent prendre place (Pichon & al., 2015).

2.2.3 Retombées possibles sur les pratiques professionnelles

Les communautés de pratiques prenant place dans des établissements du domaine de la santé sont considérées comme des interventions entraînant des répercussions positives sur les pratiques tant sur le plan individuel que collectif (Arcand, 2017; Gosselin & al., 2015; Kilbride & al., 2011;

Savard & Côté, 2021). Effectivement, les personnes y participant ont l'opportunité de bénéficier de ces groupes pour se développer professionnellement tout en prenant part à un effort collectif d'amélioration du milieu de travail à court et à long terme.

D'abord, il est possible de mesurer l'évolution de l'expertise, le niveau de connaissances, la confiance en sa propre pratique ainsi que le sentiment de compétence des professionnel·le·s (Seibert, 2015; Gosselin & al., 2021). De plus, en évaluant l'atteinte des objectifs initialement établis, il est possible de mieux saisir les résultats concrets ayant découlé de la CoP. Comme mentionné précédemment, la coconstruction des intentions de départ d'une CoP permet d'aligner les rencontres du groupe et d'établir une base commune à chaque membre. Afin de s'assurer que celles-ci soient réalistes, que la CoP vise continuellement à y répondre et que les professionnel·le·s se sentent investi·e·s, il est pertinent d'évaluer tout au long des semaines l'évolution des participant·e·s ainsi que le degré d'atteinte des buts ciblés (Arcand, 2017; Bertone & al., 2013; Savard & Côté, 2021). En outre, ces groupes agissent aussi comme lieu d'échanges d'informations et de développement de pratiques selon les situations nouvelles auxquelles sont confronté·e·s les professionnel·le·s d'une rencontre à une autre (McLoughlin & al., 2018). Ainsi, le travail s'effectue en temps réel et il est possible d'étudier l'impact de l'expérimentation des nouveaux savoirs.

De plus, un bénéfice pouvant être observé directement à la suite de la constitution d'une CoP est l'élaboration d'outils pouvant devenir des éléments essentiels à la pratique des professionnel·le·s . Les discussions et les échanges ont en effet pu permettre dans plus d'une CoP de produire un résultat concret pouvant servir d'outil de travail dans le quotidien (Arcand, 2017; Laloo & al., 2021; McLoughlin & al., 2018; Savard & Côté, 2021). Ceux-ci peuvent prendre la forme de listes, de tableaux, de banques de vocabulaire, de schémas ou de livres de référence. En ayant facilement accès aux résultats qui en sont ressortis de manière virtuelle ou physique, les membres de la CoP ont ainsi la possibilité de maintenir un lien avec celle-ci en phase post-groupe (Bertone & al., 2013; Gosselin & al., 2015; McLoughlin & al., 2018; Savard & Côté, 2021). Ceci est un grand avantage des CoP pour les professionnel·le·s dans leur pratique individuelle, mais aussi sur le plan collectif, car ceci permet d'établir des bases communes et surtout faciliter la communication entre collègues.

Plus spécifiquement en lien avec le travail des TS, la communauté de pratiques peut permettre de donner une place à ces professionnel·e·s dont les tâches sont trop souvent méconnues aux yeux de leurs collègues. Occupant un poste foncièrement différent des autres, il n'est pas rare que les TS aient le sentiment de travailler en silo (Pelletier & Beaulieu, 2016). Les CoP ont justement cette capacité à créer un dialogue entre les différent·e·s professions pour amener à une compréhension et une meilleure prise de conscience des tâches spécifiques à chacune (McLoughlin & al., 2018). De plus, le rôle pivot qu'occupe les TS dans la coordination des soins et de l'accompagnement des résident·e·s peut être facilité par la mise en lumière de ce rôle à travers la CoP, amenant les participant·e·s à plus facilement se référer aux TS dans leur quotidien, valorisant ainsi le domaine du travail social dans l'établissement (Pelletier & Beaulieu, 2016).

Puis, concernant les effets à long terme, plusieurs recherches ont prouvé que des résultats peuvent être soulevés lorsque d'autres membres du personnel n'ayant pas participé à la CoP démontrent avoir acquis ces mêmes nouvelles connaissances. Ceci peut être le produit du transfert et de la transmission des savoirs de leurs collègues ayant été membres de la CoP, prouvant ainsi l'influence de celle-ci dans le milieu de travail. Il est également observé que les membres de la CoP ont plus facilement recours au soutien de leurs pairs lorsqu'ils font face à des situations complexes ou d'urgence qui nécessitent une décision rapide (Arcand, 2017). On peut ainsi mesurer l'efficacité d'une CoP par l'observation d'échanges davantage informels et intégrés au quotidien.

2.2.4 Défis potentiels des communautés de pratique

Un des défis principaux pouvant être rencontrés lors d'une CoP est le maintien de la participation des membres tout le long de la mise en œuvre de celle-ci considérant la charge de travail et le manque d'intérêt (McLoughlin, 2018). Pour surmonter cet obstacle, Ruelland & coll. (2022) soulignent l'importance d'évaluer les besoins préalablement et miser sur la coproduction des activités. De plus, l'animateur·trice se doit d'occuper aussi un rôle de facilitateur·trice qui soutient les professionnel·le·s, les aide à se sentir impliqué·e·s durant le processus et maintient l'intérêt en effectuant des allers-retours entre la théorie et le partage expérientiel (Gosselin & al., 2015; McLoughlin, 2018). C'est dans cet effort de mobilisation de la participation que l'animateur·trice peut stimuler le partage d'idées, soulever et canaliser les forces ainsi qu'apaiser les tensions. Ces éléments sont non négligeables, puisque c'est ce qui permet aux participant·e·s de sentir qu'ils

ont le champ libre dans l'expression de leur opinion et que, malgré les désaccords possibles, le groupe sera bien encadré (Savard & Côté, 2021).

De plus, le manque de temps pour s'investir est fréquemment nommé comme une contrainte à considérer dans la constitution d'une CoP (Arcand, 2017; McLoughlin, 2018; Ruelland, 2022; Savard & Côté, 2021; White & al., 2008). Il y a donc une importance d'accorder un temps à ces groupes et que ceux-ci soient reconnus par les supérieurs et même encouragés pour que les employé·es· ne ressentent pas de lourdeur à ajouter ces groupes dans leur horaire déjà si chargé, mais plutôt comme une partie intégrante de leur organisation du travail (*Ibid*). Finalement, il peut s'avérer difficile d'évaluer l'ampleur de certaines retombées étant donné que plusieurs d'entre elles vont être observées davantage à long terme, plus particulièrement sur les effets au niveau de l'organisation (Seibert, 2015).

2.3 Perspective épistémologique

À travers ce projet d'intervention, la perspective compréhensive a constitué la posture épistémologique guidant notre processus que ce soit dans la rédaction, dans la mise en lumière des pratiques en fin de vie ou bien dans la communauté de pratique. L'analyse de l'intervention s'est donc fait sous une perspective qui vise à comprendre plutôt qu'expliquer les phénomènes et a nourri notre animation de la CoP qui sera décrite plus en détails dans la méthodologie de l'intervention. Introduite par Weber, cette approche se concentre sur la compréhension des significations et des motivations qui guident le comportement humain dans un contexte social et ne s'intéresse donc pas qu'aux actions et aux faits, mais plutôt à ce qui amène les individus à agir ou à penser de certaines façons (Revault D'allonnes, 2006). On s'intéresse donc au « comment » plutôt qu'au « pourquoi », car cela incite le·la participant·e à développer son expérience et réfléchir sur ce qui l'amène à intervenir d'une manière spécifique plutôt qu'une autre (Morrissette, 2020). En outre, une des particularités de cette perspective est la présence d'un va-et-vient entre la théorie et le terrain qui permet d'exposer les enjeux et dynamiques qui autrement ne seraient pas soulevés. En effet, ceci permet justement de s'intéresser au sens donné aux phénomènes par les professionnel·le·s qui côtoient au quotidien la mort et qui sont bien plus que des objets de recherche, mais des acteurs·trices actif·ve·s dans la construction de connaissances dont elles bénéficient (Charmillot & Seferdjeli, 2002; Schurmans, 2009). Le but est donc de développer une connaissance qui puisse se

constituer dans le cadre du collectif (Morrisette, 2020, Schurmans, 2009). À ce sujet, Morrisette (2020), considère que lorsqu'on adopte une posture compréhensive, la démarche collaborative est optimisée et la création d'un savoir commun est plus facilement atteignable. Ainsi, dans le cadre spécifique d'un projet de recherche sur la fin de vie en CHSLD, il était pertinent de considérer la posture compréhensive comme perspective globale orientant notre démarche.

2.4 Synthèse et objectifs spécifiques

En somme, adopter une approche d'accompagnement de fin de vie, c'est considérer la personne telle qu'elle est, respecter son rythme et reconnaître son statut de personne traversant la dernière étape de sa vie pour orienter ses interventions sur la personne et non sur la tâche. La communauté de pratique comme intervention à mettre en place dans un CHSLD permettrait l'émergence et la consolidation d'un effort collectif pour s'assurer que les résident·e·s reçoivent un traitement égal et que la mort soit reconnue par l'ensemble des professionnel·le·s comme un ensemble de pratiques et de postures spécifiques. Ainsi, en adoptant une perspective réflexive et compréhensive, il sera possible de saisir ce qui permettrait de prioriser conjointement la dignité dans son travail et de s'assurer collectivement d'avoir les conditions pour bien le faire. Tout bien considéré, il est possible de mieux saisir ce qu'Arcand (2017) souligne comme l'essence de ce type de groupe : « la communauté de pratique permet le rapprochement entre l'apprentissage (savoir) et l'action (faire) » (p.3). En effet, c'est par le croisement entre le dialogue, la connaissance, l'expérience et la collaboration qu'il est possible de créer cette interrelation entre ce que les professionnel·le·s connaissent et ce qu'elles font de leur pratique.

En tenant compte du cadre conceptuel présenté ci-haut, nos objectifs de recherche spécifiques se sont précisés. Premièrement, nous avons la tentative de *créer un savoir collectif pour l'intervention en accompagnement de fin de vie*. Il est ainsi possible de comprendre qu'il y a une volonté de s'attarder à la création d'une meilleure collaboration interprofessionnelle qui pourrait avoir un réel impact positif sur le travail du personnel des CHSLD. Cet objectif passe entre autres par la réflexion au sujet des pratiques actuelles pour en arriver à une compréhension commune de ce qui serait bénéfique pour tous·tes. Deuxièmement, il y a la volonté de *sensibiliser les participant·e·s à une approche d'accompagnement de fin de vie dans leur pratique professionnelle*. On espère que les participant·e·s puissent intégrer à leurs pratiques la dimension de la présence de l'intervenant·e et

du rythme des résident·e·s pour créer un travail digne s’alignant avec l’individu. Nous espérons aussi que, par cette sensibilisation, les membres du groupe se sentent plus outillés pour faire face à cette réalité au quotidien. Troisièmement, nous visons la *confection d’outils dont les participant·e·s de la communauté de pratique ainsi que leurs autres collègues puissent bénéficier afin de mieux saisir les pratiques de fin de vie*. En fait, nous espérons qu’à travers les séances, il y ait des réflexions sur ce qui pourrait les aider dans leur quotidien et que ce travail collectif permette d’élaborer des produits concrets.

CHAPITRE 3

MÉTHODOLOGIE

Maintenant que nous avons précisé ce qu’implique une approche d’accompagnement de fin de vie ainsi que conceptualisé la communauté de pratique qui en abordera la question, ce chapitre s’attardera aux détails de celle que nous avons mise en place tout en explicitant le champ méthodologique pour bien saisir la démarche entreprise. Il sera d’abord décrit le chemin parcouru pour accéder au milieu dans lequel s’est effectuée l’intervention pour ensuite expliciter son cadre organisationnel et la manière dont il encadre la fin de vie. Ensuite, la phase préliminaire, les critères de sélection utilisés pour constituer le groupe ainsi que la structure projetée et réalisée de celui-ci seront exposés en plus de clarifier notre posture d’animateur. Puis, les outils de collecte de données concomitante ainsi que subséquente à l’intervention seront mis de l’avant pour terminer avec les considérations éthiques de l’étude.

3.1 Présentation du milieu d’intervention

Dans la présente section, il sera exposé la phase d’intégration au milieu d’intervention. Nous y présenterons les informations qui ont été colligées sur le CHSLD lors des premiers jours en discutant avec certains professionnel·le·s ainsi qu’en effectuant la lecture des documents mis à disposition par le CIUSSS dans lequel le projet d’intervention se situe. Un journal de bord a été créé et nous y avons consigné toutes informations pertinentes ainsi que résumer nos rencontres avec les professionnel·le·s en phase pré-intervention. Ainsi, il sera possible de bien cerner le contexte dans lequel s’inscrit notre communauté de pratique sur la fin de vie dans cet hébergement de soins de longue durée.

3.1.1 À la recherche d’un CHSLD, je dirais même plus, d’un CIUSSS

La Communauté de pratique qui a été instaurée s’est effectuée dans un CHSLD, lieu dans lequel une approche Milieu de vie oriente les interventions des divers·e·s professionnel·le·s, influençant directement les pratiques de soins de fin de vie (Gagnon, 2021; Lessard, 2021). Rappelons-le, cette approche vise à faire du CHSLD un lieu de vie substitut mettant l’emphase sur une pratique des soins qui soutient l’autonomie des résident·e·s (Aubry & al., 2020). Afin de se pencher sur cet enjeu, il a été déterminé que le CHSLD dans lequel allait être implémentée l’intervention devait

être un établissement public ne disposant actuellement pas de service spécifique offert aux soins de fin de vie, c'est-à-dire ni équipes ni chambres dédiées aux résident·e·s rendu·e·s à cette étape. Ainsi, nous étions à la recherche d'un milieu où l'accompagnement de fin de vie n'est que peu intégré aux approches générales de soins et pour ce faire, nous devions passer par l'accès à un CIUSSS qui accepterait notre projet.

D'abord, une première constatation s'est manifestée, soit qu'intégrer un projet d'intervention dans un CIUSSS n'est pas chose simple et confronte l'étudiant·e-chercheur·e à plusieurs obstacles ainsi qu'à un grand nombre d'étapes telles que présentées dans le tableau en annexe A. En effet, dans la recherche d'un CHSLD, il a fallu d'abord passer par un CIUSSS qui démontrait un intérêt envers notre projet et nous permettrait d'intégrer un de leurs établissements. Ceci a entraîné plusieurs refus et nous a poussés à être créatifs dans notre sollicitation jusqu'à la prise de contact avec une infirmière-cadre en soins palliatifs qui nous a proposé de commencer les démarches auprès du CIUSSS dans lequel elle travaillait. Une fois passé par cette étape préliminaire, qui a duré environ deux mois, il a fallu rencontrer des membres de l'équipe administrative du comité éthique du CIUSSS. Ces procédures se sont soldées par l'acceptation de notre projet et la considération de celui-ci comme un projet de stage. C'est donc sous cette posture de stagiaire que nous avons intégré en février 2024 le CHSLD-XXXX avec notre projet de communauté de pratique en main.

3.1.2 Structure de l'organisation du CHSLD

Afin de mieux comprendre la structure des CHSLD, il est utile d'utiliser l'organigramme comme un outil de référence (voir annexe B). Le CIUSSS constitue une vaste entité comportant plusieurs secteurs, chacun étant placé sous une direction spécifique (CIUSSS-XXXX, 2022). Au sein de cette configuration, on y retrouve la direction générale adjointe des programmes sociaux et de réadaptation qui gère divers domaines, parmi lesquels on retrouve la direction ainsi que la direction adjointe de l'hébergement ayant à leur charge les CHSLD.

Plus spécifiquement, au CHSLD-XXXX, ces gestionnaires se concertent pour émettre des directives à la coordonnatrice des soins postaigus gériatriques du CIUSSS et la coordonnatrice responsable du milieu de vie de l'hébergement, qui prennent ensuite les mesures nécessaires pour les mettre en application (voir annexe C). D'une part, aux soins postaigus gériatriques, la

coordonnatrice est en lien avec les chef·fe·s qui coordonnent les services professionnels (professionnel·le·s de la réadaptation, technicien·ne de loisir, intervenant·e en soins spirituels, TS et psychologue). D'autre part, la coordonnatrice responsable du milieu de vie a à sa charge les médecins, les pharmaciens·ne·s, les chef·fe·s d'activités et les chef·fe·s d'unité qui s'occupent des équipes de soins composés des infirmiers·ères, des infirmier·ères auxiliaires et des préposé·e·s aux bénéficiaires. Puis, on retrouve sous les chef·fe·s d'unité l'infirmier·ère clinicien·ne assistant·e au supérieur immédiat (ICASI) qui soutient le personnel infirmier en supervisant les soins, en coordonnant les interventions cliniques et en assurant le respect des normes de qualité.

Ainsi, l'établissement que nous avons intégré correspond aux CHSLD publics de manière générale et s'arrime avec les critères que nous nous étions fixés, c'est-à-dire un lieu où il n'y a ni chambre ni équipe se consacrant exclusivement aux soins de fin de vie. Cet hébergement concorde aussi avec l'organisation usuelle prévue par le ministère de la Santé et des Services sociaux (Gouvernement du Québec, 2021). Nous y retrouvons sept étages divisés en trois ailes où se trouvent des chambres exclusivement individuelles (voir annexe D). La personne occupant le poste de TS a un bureau sur un étage à part dédié aux services professionnels ainsi qu'à l'équipe de soutien administratif, les infirmières-chefes et l'infirmière-chefesse assistante du supérieur immédiat (ICASI). Les infirmiers·ères, les infirmiers·ères auxiliaires et les préposé·e·s aux bénéficiaires se retrouvent quant à eux à intervenir chacun·e sur leurs étages et changent rarement d'équipe de travail. Puis, il n'y a pas d'étages intervenant avec une clientèle cible comme certains autres CHSLD qui ont des équipes qui se consacrent qu'aux personnes avec un trouble cognitif ou bien un trouble de santé mentale.

3.1.3 Le programme de fin de vie

Sur le terrain de recherche, il a été possible de rapidement constater l'omniprésence de la mort. En effet, plusieurs cadres ont confirmé que la réalité spécifique à l'établissement s'accorde avec les données mises de l'avant par le gouvernement, à savoir que le tiers des résident·e·s y décèdent chaque année (Lessard, 2021; Soulières, 2019). De plus, la majorité des divers·e·s professionnel·le·s approché·e·s nomment avoir remarqué, dans les dernières années, que les résident·e·s arrivent de plus en plus malades et observent une durée de séjour grandement raccourcie, statistique confirmée par le rapport annuel de gestion 2022-2023 (CIUSSS-XXXX,

2023b). De plus, on remarque un nombre croissant de résident·e·s qui meurent dans la première semaine qui suit leur arrivée. On peut donc comprendre que la fin de vie n'est pas anecdotique, mais bien manifeste.

Pour répondre à ce besoin grandissant et tel que la loi concernant les soins de fin de vie le stipule, le CHSLD s'est muni d'un programme d'accompagnement qui encadre les soins palliatifs et de fin de vie (CIUSSS-XXXX, 2023a). Celui-ci met de l'avant les tâches à effectuer ainsi que les différentes composantes à mettre en œuvre lorsque vient le temps pour une résident·e d'être considéré·e en fin de vie. C'est à travers le symbole de la colombe que s'est déployé ce programme à travers tous les hébergements du CIUSSS. Lorsqu'une personne entre dans la période de ses derniers jours, une colombe bleue est apposée devant sa chambre, confirmant ainsi le début de l'application du programme d'accompagnement de fin de vie et une colombe blanche la remplace lorsque le décès est prononcé. Il est à souligner que plusieurs professionnel·le·s ont relevé que la période entre l'installation des deux colombes est globalement très courte. Alors que le programme du CIUSSS met de l'avant l'approche palliative intégrée, il est plus fréquent d'observer que l'approche palliative est mise en place dans les derniers instants de vie de la personne plutôt que de manière précoce. Cette approche vise à s'assurer qu'une personne ait accès à une approche palliative tôt dans la trajectoire de sa maladie pour améliorer sa qualité de vie le plus longtemps possible en anticipant, prévenant et en traitant les symptômes physiques, psychologiques, sociaux et spirituels associés à sa maladie, quel que soit le stade de la maladie (CIUSSS-XXXX, 2023a).

De plus, il y est décrit les différentes composantes qui encadrent les soins de fin de vie en général, la sédation palliative, l'aide médicale à mourir, les pratiques partagées et collaboratives, les ressources disponibles, les pratiques cliniques et organisationnelles en soins de fin de vie ainsi qu'à la suite du décès. Ce programme, pouvant être consulté à travers l'intranet du CIUSSS, décrit les aspects techniques et les tâches à effectuer selon chaque profession, mais n'aborde pas les aspects entourant les attitudes et la posture à adopter dans ce contexte. En effet, à travers le programme de fin de vie, plusieurs responsabilités contribuant aux soins adaptés aux résident·e·s à l'approche de leurs derniers jours sont prescrites aux professionnel·le·s. D'abord, les infirmiers·ères, en plus de veiller au soulagement physique et psychologique des résident·e·s en fin de vie, s'assurent de la bonne application du programme de fin de vie. Les infirmiers·ères auxiliaires, quant à iels, observent et soulève à l'infirmier·ère toute manifestation de douleurs ou d'inconfort. Les

préposé·e·s aux bénéficiaires sont ceux qui ont le plus de contact auprès des résident·e·s à chacune des étapes de la fin de vie. Ils offrent et prodiguent les soins d'assistance, apportent un soutien moral aux résident·e·s et à leurs proches et, dans les derniers moments, restent auprès de la personne lorsque ses proches ne sont pas là jusqu'au décès. Avec le personnel du complexe funéraire, ils accompagnent aussi le corps jusqu'à la sortie. L'ICASI offre du soutien à l'équipe de soin dans l'application et le respect des procédures en fin de vie en plus de mettre en place des rencontres interprofessionnelles si nécessaire. Les TS sont moins présent·e·s, mais sont toutefois la ressource principale pour tout ce qui concerne les informations administratives et juridiques du décès en plus d'apporter un soutien psychosocial. Puis il est à noter qu'alors que le personnel soignant œuvre sur un étage seulement, les services professionnels quant à eux ont à leur charge tous·tes les résident·e·s de l'établissement.

Afin d'encadrer ces interventions, le personnel du centre d'hébergement adopte une approche centrée sur les besoins de l'utilisateur et de ses proches et vise des objectifs de performance (CSBE, 2022). Plus spécifiquement, cela veut dire que chaque intervention doit être liée à un besoin et est quantifiée afin d'établir des statistiques pouvant en justifier le financement, ce qui fut confirmé par les professionnel·le·s rencontré·e·s une fois sur le terrain. La personne résidente se trouve au centre des interventions et les soins s'alignent en fonction des besoins de celle-ci.

3.1.4 Contexte dans lequel s'inscrit la communauté de pratique

À partir de 2015, la loi concernant les soins de fin de vie amène les CIUSSS à se doter de formations pour répondre à la demande du ministère de développer les compétences en soins palliatifs dans l'ensemble de ses établissements (Cadre de référence sur le développement des compétences en soins palliatifs et de fin de vie, 2015). Cependant, dans les faits, les conseillers·ères cadres du CIUSSS affirment n'avoir jamais mis en place des formations spécifiques sur celles-ci par manque de temps et de ressources, mettant davantage de l'avant le développement des mesures médicales telles que les soins de détresse respiratoire, la sédation palliative ou bien l'aide médicale à mourir. Pour les préposé·e·s aux bénéficiaires, un programme de mentorat a été créé dans le domaine spécifique aux derniers instants de vie des résidentes, mais celui-ci n'a jamais été appliqué à ce jour. Afin de rattraper ce retard, à l'automne 2023, une série de formations a été lancée pour les infirmiers·ères et sera sous peu appliquée aux préposé·e·s aux bénéficiaires.

Ceci a donc permis au projet de communauté de pratique d'être relativement bien accueilli par les cadres du CHSLD, la considérant comme complémentaire au programme de formations qui s'installe progressivement ainsi que répondant à un besoin grandissant dans le milieu. Puis, le document du programme de fin de vie est devenu pour nous un outil de travail qui nous a permis d'évaluer l'écart entre ce qui est prescrit et la réalité du milieu.

3.2 Structure de l'intervention

3.2.1 Phase pré-groupe

Malgré un long périple à travers les démarches administratives du CIUSSS-XXXX afin d'intégrer un milieu, l'arrivée au CHSLD s'est faite de manière fluide et notre volonté de travailler sur les pratiques de fin de vie a été bien reçue par l'ensemble des employé·e·s rencontré·e·s. Dès la première journée, nous avons appris que le projet avait déjà été préalablement présenté aux équipes de professionnel·le·s par notre répondant, travailleur social, et que certaines personnes avaient même d'entrée de jeu démontré un intérêt pour y participer. Plusieurs étapes s'en sont suivies afin de mettre progressivement en place la communauté de pratique (voir annexe A). Une cheffe d'unité nous a rapidement interpellés afin de discuter de notre projet du fait qu'elle est porteuse du projet de fin de vie de l'établissement, c'est-à-dire qu'elle assure la mise en œuvre du programme. Celle-ci, nous a démontré sa volonté à nous aider à travers le recrutement et la mise en place du projet nous permettant de nous assurer que notre projet était réalisable et qu'il était possible de libérer des professionnel·le·s selon l'horaire proposé de notre communauté de pratique.

Une fois bien installés dans le CHSLD, nous avons pu mettre en branle notre première étape de la phase pré-groupe. En effet, de manière générale, lorsqu'on élabore une nouvelle intervention dans un milieu, il est essentiel d'assurer la validité de ses aprioris de recherche auprès des personnes concernées, car les éléments de connaissance constituant la problématique ne forment qu'une portion de la réalité du milieu (Alain & Dessureault, 2009; Turcotte & Lindsay, 2019). Étant donné que nous sommes arrivés dans ce milieu sans connaître le personnel ni le fonctionnement précis de l'établissement, il a été pertinent de commencer l'intégration au milieu d'intervention graduellement. Cette immersion a permis d'une part de broser le portrait général de la fin de vie dans ce CHSLD et d'autre part d'établir un premier lien de confiance avec le personnel. Une demande a été effectuée préalablement à l'infirmière-cheffe responsable du volet fin de vie afin

d'obtenir une autorisation pour passer quelques heures à travers les étages de l'hébergement. Alors que nous avons prévu passer quatre jours sur deux semaines au CHSLD avant de débiter la CoP pour faire connaissance avec les professionnel·le·s , c'est plutôt dix jours divisés sur cinq semaines que nous y avons passé. Nous avons sous-estimé le temps que pouvait prendre l'intégration d'un groupe récurrent à l'horaire des professionnel·le·s . Toutefois, ce délai nous a permis de recruter le plus grand nombre possible d'informations en plus de nous permettre de mieux comprendre la réalité de leur pratique et de cette manière créer une CoP représentative et qui s'accorde avec leur vécu, confirmant la pertinence de consacrer une période conséquente à la phase de planification lors de la mise en place d'une intervention de groupe (Turcotte & Lindsay, 2019). Cela a aussi été un moyen de tâter le pouls du milieu en s'intéressant aux données factuelles telles que le nombre de personnes en fin de vie dans la semaine courante, le profil de ces personnes et connaître celles qui travaillent au chevet de celles-ci.

Plusieurs rencontres informelles et d'autres plus structurées ont permis de comprendre globalement la place de la fin de vie dans l'établissement. Nous sommes allés à la rencontre des services professionnels et de tout le personnel de soins sur les différents étages afin d'avoir l'opinion de personnes qui travaillent sur le terrain et qui sont confrontées à la fin de vie quotidiennement. En outre, nous avons pris rendez-vous avec certain·e·s employé·e·s occupant des postes de gestion afin d'avoir accès au regard de personnes qui connaissent le milieu, les normes, les programmes existants et les retombées de ceux-ci. Nous avons donc pu rencontrer des cheffes d'unité, une préposée aux bénéficiaires en chef, une cadre infirmière en soins palliatifs du CIUSSS, une conseillère en soins infirmiers du CIUSSS et une conseillère cadre au milieu de vie du CHSLD. Ainsi, cela nous a aidés à cerner le profil désiré des participant·e·s potentielles, nous amenant à assurer la représentativité du groupe en plus de nous aider à confirmer nos critères d'inclusion (Savard & Côté, 2021).

Ensuite, plus spécifiquement aux communautés de pratique, il est pertinent de se rappeler que l'implication active des participant·e·s dans leur mise en œuvre joue un rôle clé dans l'obtention de résultats optimaux (Savard & Côté, 2021). La coconstruction du groupe agit donc comme un engagement mutuel qui garantit non seulement la pertinence des contenus abordés, mais renforce également l'adhésion et la participation des membres à la CoP. Il a donc été favorable de commencer par une recension des besoins effectuée dans le milieu de travail des participant·e·s, ce

qui a permis de cibler les enjeux auxquels sont confrontées les professionnel·le·s ainsi que ce qui se devait d'être approfondi au fil des semaines (Arcand, 2017; Laloo & al., 2021; Savard & Côté, 2021). En adoptant une posture d'écoute et en donnant la parole aux professionnel·le·s, nous avons pu entamer le processus de coconstruction de la communauté en faisant comprendre à celles-ci que nous étions là pour les impliquer à travers tout le processus d'élaboration de l'intervention.

3.2.2 Critères de sélection des participant·e·s

En recherche qualitative, certain·e·s chercheur·e·s considèrent qu'on gagne à sélectionner intentionnellement les participant·e·s pour des caractéristiques bien précises permettant d'avoir une représentation réaliste du milieu dans lequel s'effectue l'étude (Mongeau, 2008). Puisque nous nous intéressons précisément au contexte de fin de vie d'un point de vue interprofessionnel, nous avons décidé de sélectionner des personnes exerçant différentes professions qui accompagnent et interviennent quotidiennement auprès des résident·e·s et de leurs proches ainsi que des personnes qui prodiguent des soins de fin de vie. Les communautés de pratique sont considérées comme plus optimales lorsqu'il y a une diversification des participant·e·s mais aussi lorsque les personnes se portent volontaires (Arcand, 2017). Nous avons donc d'abord sélectionné les corps de métiers que nous voulions inclure pour ensuite tenter d'avoir des volontaires de chacun de ceux-ci.

Premièrement, nous avons cherché à donner la place à des infirmiers·ères, des infirmiers·ères auxiliaires ainsi que des préposé·e·s aux bénéficiaires puisque, comme mentionné précédemment, ils font partie du personnel au chevet des résident·e·s (Lessard, 2021). Ainsi, nous espérions avoir accès à des personnes qui vivent la réalité du milieu et qui connaissent le profil des habitant·e·s du CHSLD, permettant ainsi de représenter adéquatement le personnel travaillant dans les contextes de fin de vie. Ne connaissant pas encore suffisamment l'établissement précis dans lequel nous allions intervenir, nous ne pouvions prévoir la structure des équipes. Chaque CIUSSS ayant ses particularités concernant le programme de soins de fin de vie, nous ignorions quel·le·s professionnel·le·s travaillaient auprès des patient·e·s en fin de vie. Ainsi, nous avons décidé de garder la porte ouverte à l'inclusion de personnes exerçant d'autres métiers auxquels nous n'aurions peut-être pas pensé, mais qui occupent un rôle important dans ce domaine.

Deuxièmement, considérant que la sphère psychosociale est essentielle et prend une grande place dans la conceptualisation de l'accompagnement de fin de vie, le recours à un travailleur social était nécessaire. Il a été ainsi possible de s'intéresser aux soins psychosociaux et tenter de soulever certains éléments de l'accompagnement de fin de vie qui font fondamentalement partie des compétences du TS (Blacker & al., 2016; Durivage & al., 2021).

Puis, il est intéressant de rassembler des professionnel·le·s de divers niveaux d'expérience dans le domaine, car cela offre la possibilité d'inclure des individus ayant vécu les multiples évolutions de l'organisation des CHSLD, ainsi que la perspective d'employé·e·s nouvellement embauché·e·s amenant des regards nouveaux (De Carvalho-Filho, 2020).

3.2.3 Recrutement

Lors des premiers jours présents dans le milieu d'intervention, nous avons consciencieusement appliqué nos critères de sélection pour nous assurer d'approcher les professionnel·le·s concerné·e·s. Pour les recruter, plusieurs discussions ont eu lieu avec l'infirmière-chef·fe responsable du volet fin de vie à savoir si nous allions sélectionner les participant·e·s à partir d'un seul étage ou bien à l'ensemble de l'hébergement. Bien que l'idée d'avoir une équipe qui travaille déjà ensemble sur un étage et se connaît pour pouvoir analyser la collaboration au sein même d'une équipe s'avérait pertinente, la faisabilité de cette option et la volonté d'avoir accès à une diversité de réalités vécues nous ont amenés à sélectionner les participant·e·s travaillant dans différentes équipes.

En outre, tous·tes les professionnel·le·s ont accepté de faire partie de la communauté de pratique de manière volontaire. En effet, certaines personnes ont démontré leur intérêt lorsque le projet a été présenté par les cheffes d'unités lors d'une rencontre interdisciplinaire. Pour d'autres, c'est lors des discussions que nous avons eues sur les étages qu'elles ont pu me faire part de leur volonté de faire partie de ce groupe. Certaines personnes ont dû toutefois être exclues en raison de leur manque de disponibilité comme l'intervenant en soins spirituels, présent au CHSLD qu'un jour par semaine.

Puis, bien que non ciblée au départ, une infirmière clinicienne assistante du supérieur immédiat (ICASI) s'est montrée fortement intéressée par le projet, voyant une pertinence à aborder la question dans le cadre de ses fonctions. Nous avons donc décidé de l'inclure, car les communautés

de pratique sont considérées comme des lieux où il est possible de créer des liens collégiaux avec des supérieures et où la hiérarchie est atténuée (Kilbride & al, 2011). Nous avons cependant décidé d'y porter une attention particulière d'une séance à une autre pour nous assurer qu'aucun enjeu hiérarchique ne restreint les participant·e·s qui répondent au quotidien à l'ICASI. Effectivement, cette personne décrit son travail comme un accompagnement clinique de proximité et qui l'amène à mettre en place des programmes et exécuter des directives de ses supérieur·e·s. Bien qu'elle n'occupe pas un poste de gestion par rapport à ses collègues, son encadrement peut être vu comme une façon d'influencer les pratiques du personnel. Seul le TS ne vit pas cette dynamique, travaillant peu avec elle. Pour être sensible à ces enjeux, nous avons gardé un œil ouvert sur le nombre d'interactions de chaque participant·e pour veiller à ce que l'ICASI ne prenne pas plus de place qu'une autre et qu'elle ne devienne pas non plus la seule référence, mais plutôt une collègue comme une autre.

À une semaine du début de la communauté de pratique, nous avons donc officiellement huit participant·e·s provenant d'étages distincts et ayant un nombre d'années d'expérience hétérogène, soit deux infirmières, une infirmière auxiliaire, trois préposé·e·s aux bénéficiaires, une ICASI et un TS. Nous ferons référence à chacun·e des participant·e·s en utilisant des prénoms fictifs (voir annexe E). Toutefois, à partir de la quatrième rencontre, l'infirmière auxiliaire a dû se retirer en raison d'un congé maladie et nous avons décidé de ne pas la remplacer à ce stade du processus. C'est donc avec un bassin de sept participant·e·s occupant quatre postes différents que nous avons pu poursuivre la CoP.

3.2.4 Mise en place de la communauté de pratique

Afin de répondre aux besoins soulevés dans la problématique, la communauté de pratique a été retenue comme intervention à mettre en place et nous détaillerons ici sa structure projetée et réalisée.

D'abord, considérant la plus petite ampleur du projet d'intervention dans le cadre d'une maîtrise en travail social, il était prévu que la CoP se déroule pendant 6 séances, suivie d'un entretien collectif, ce qui fut le cas (voir annexe A). Cette fréquence a été choisie, car elle permet un moment

de réflexion et de mise en application des nouvelles connaissances acquises entre les rencontres (Cohendet & al., 2010; Savard & Côté, 2021).

Pris en compte dès les balbutiements de ce projet, nous étions conscients de l'impact que pourrait avoir le rythme effréné des CHSLD ainsi que le manque de temps sur la possibilité d'implanter un groupe récurrent. Cet enjeu a été non seulement soulevé par les cadres du milieu, mais a aussi confirmé nos hypothèses, nous poussant ainsi à ne pouvoir bénéficier que d'une heure aux deux semaines au lieu d'une heure et demie prévue. On nous a expliqué qu'il serait difficile de libérer plus longtemps les préposé·e·s aux bénéficiaires puisque, sur chacun de leur étage, iels doivent s'alterner pour effectuer certaines tâches spécifiques.

Déterminé selon les disponibilités des différentes employé·e·s, nous en sommes arrivés à l'horaire de six rencontres les mercredis de 14h à 15h à chaque deux semaines. Cependant, l'intervalle entre la cinquième et la sixième rencontre n'a été que d'une semaine pour ne pas rentrer en conflit d'horaire avec le lancement d'une campagne de vaccination.

Le local qui nous a été attribué est une salle de formation pouvant accueillir une quarantaine de personnes. Celle-ci est remplie d'un grand nombre de chaises et de tables. Afin de rendre la salle plus conviviale, nous avons décidé de rapprocher les tables pour créer une atmosphère plus intime (voir annexe G).

Pour que tout soit mis en place de manière adéquate et que les horaires des professionnel·le·s puissent être libérés, nous avons débuté la CoP le mercredi 13 mars et nous l'avons conclu le 29 mai avec une moyenne de six personnes par séance.

3.2.5 Déroulement de la communauté de pratique

D'abord, nous avons prédéterminé comme plan général pour chaque rencontre trois phases. La phase initiale de début durait approximativement cinq minutes. Celle-ci a consisté à accueillir les participant·e·s, ainsi qu'à faire un petit retour sur la séance précédente et répondre aux questions s'il y avait lieu. En cours de route, nous y avons ajouté la présentation de l'infographie ayant résulté de la dernière rencontre pour que chaque personne puisse en prendre connaissance et que celles qui étaient absentes puissent être au fait de ce qui a été discuté. Ensuite, c'est à la phase de travail que

nous avons accordé le plus de temps, durant de quarante-cinq à cinquante minutes. Lors de cette période, un atelier avait été préparé et nous donnions la chance aux participant·e·s d'échanger sur différents sujets et réaliser une activité. Puis, le tout se terminait par une phase de fin à laquelle nous avons originalement attribué cinq à dix minutes. L'idée était de résumer les discussions, poser nos questions de compte-rendu (voir section 3.3.1) et demander ce qu'ils voulaient aborder dans les rencontres subséquentes. Toutefois, c'est cette phase qui a été le plus écourtée par manque de temps, nous empêchant d'avoir accès aux impressions des participant·e·s sur l'atelier.

Durant les rencontres, nous avons prévu une alternance entre des éléments théoriques permettant de comprendre les bonnes pratiques d'accompagnement de fin de vie et les vécus expérientiels facilitant l'intégration des nouvelles connaissances à celles déjà enregistrées (Arcand, 2017; Savard & Côté, 2021; Gosselin & al., 2017). Une grande partie des rencontres s'est effectivement passée dans un contexte d'échanges entre les participant·e·s où ceux-ci ont tenté d'aligner leurs visions et de réfléchir ensemble sur leur travail dans les contextes spécifiques aux soins à l'approche de la mort d'un·e résident·e. Des activités ludiques, des capsules informatives ainsi que des ateliers d'élaboration d'outils ont été préparés et proposés aux professionnel·le·s pour répondre à leurs attentes (Pichon & al., 2015). Il était possible de faire appel à un ou des experts dans le domaine qui aurait pu répondre précisément aux questionnements et aux interrogations du groupe (Arcand, 2017; De Carvalho-Filho, 2020; Savard & Côté, 2021). Toutefois, le temps manquait et les participant·e·s n'y ont pas démontré d'intérêt marqué.

En première séance, il était important de laisser les participant·e·s se présenter et apprendre à se connaître au-delà de leurs échanges formels du cadre professionnel puisqu'ils travaillent sur différents étages et ne se connaissaient pas nécessairement. Ensuite, nous nous sommes assurés qu'ils saisissent bien ce que la CoP implique et que nous allons travailler ensemble pour clarifier les modalités ainsi que les règles de fonctionnement. Ces étapes étaient pertinentes afin de mettre en place un climat de confiance et mettre l'unité de groupe de l'avant pour maximiser la collaboration tout le long du processus (Richard & al., 2020; Savard & Côté, 2021). Cette rencontre a aussi servi d'espace pour les faire interagir et mettre en dialogue leurs idées pour cibler les problèmes pratiques vécus par chacune des professionnel·le·s et tenter de comprendre quels sont leurs plus grands enjeux (Savard & Côté, 2021). C'est à cette séance que nous avons pu coconstruire petit à petit le plan des rencontres, mais aussi souligner aux participant·e·s le rôle clé

qu'ils allaient occuper dans cette CoP. En effet, nous voulions qu'ils prennent conscience dès le début que ce groupe allait être constitué à partir de ce qu'ils voulaient aborder et ce qui les intéressait.

Comme mentionné précédemment, nous avons porté une attention particulière aux besoins des professionnel·le·s en termes de fin de vie. Ceux-ci, une fois ciblés et regroupés, ont permis de servir de contenu de base pour la première séance où les professionnel·le·s ont pu les mettre en ordre de priorité et ainsi déceler ceux sur lesquels la communauté de pratique allait précisément travailler à travers les semaines. Pour y arriver, nous avons placé chaque besoin recensé sur des pastilles collées sur le mur, en laissant également des pastilles vides sur lesquelles les participant·e·s pouvaient inscrire des besoins supplémentaires. Les participant·e·s ont appliqué un collant vert sur les besoins qu'ils souhaitaient travailler et un collant rose sur ceux qu'ils ne jugeaient pas pertinents d'aborder dans le cadre du groupe (voir annexe F). À partir de ces premières informations colligées, les objectifs de la CoP se sont précisés ainsi que des thèmes de rencontres qui ont pu servir de ligne directrice à travers les séances (Arcand, 2017; De Carvalho-Filho, 2020; Savard & Côté, 2021). Ce sont donc quatre objectifs sur lesquels ils voulaient concentrer leurs efforts qui ont été choisis :

- Se familiariser davantage avec le programme de fin de vie du CIUSSS
- Prendre connaissance des aide-mémoires existants pour intervention en contexte de fin de vie
- Être mieux outillé·e·s pour communiquer avec les proches, les faire cheminer et travailler le déni
- Réfléchir à des recommandations à faire aux cadres du CHSLD

Ensuite, dans le but de maintenir un intérêt constant entre les rencontres et d'aider les membres de la communauté à voir ce groupe comme ayant un réel impact sur leurs pratiques, il était important qu'à travers les rencontres des outils se mettent en place. On parle ici de réfléchir ensemble sur la façon de rendre accessibles les informations qui ressortent des séances et ainsi avoir plus facilement recours à leurs nouveaux apprentissages (Arcand, 2017; De Carvalho-Filho, 2020). De cette manière, nous désirions voir les participant·e·s réfléchir, se questionner au fil des semaines et

pouvoir revenir à chaque CoP avec une vision bien définie de ce qu'ils souhaitaient discuter et ce qui leur manquait dans leur quotidien auprès des résidentes en fin de vie. De plus, dans une perspective de pérennisation, en créant des outils précis et mis à disposition de tous (voir annexe H, I, J et K), il est possible de non seulement permettre à un grand nombre de personnes d'en bénéficier, mais aussi d'intégrer la CoP à la culture d'organisation comme une pratique commune (White & al., 2018). En revanche, tout au long des séances, nous n'avons pas créé des outils comme nous nous les imaginions, mais plutôt des infographies qui résumaient le contenu abordé ainsi que les éléments essentiels à garder en tête. Ceci nous a donc permis de faire ressortir les bonnes pratiques en fin de vie, les perspectives de personnes impliquées dans un cas clinique d'acharnement thérapeutique, les obstacles des professionnel·le·s à intervenir en contexte de fin de vie, les pistes de solutions pour chaque profession et les éléments qui peuvent contribuer à faire cheminer des familles dans l'acceptation de la fin de vie (voir annexe H, I, J et K). Ces documents leur étaient présentés à chaque début de séance et un carnet regroupant chacune des infographies leur a été remis à la dernière journée.

Finalement, dans la détermination des objectifs du groupe, un élément que nous n'avions pas prévu à inclure dans la CoP et qui est ressorti fortement comme une volonté collective est la mise en place de recommandations à faire aux cadres. Nous avons donc décidé de garder cet objectif en tête tout le long des séances et de noter tout élément qui reflète ce que les professionnel·le·s veulent que leurs supérieur·e·s sachent et tentent de changer ou d'ajouter aux pratiques en CHSLD. Plus précisément, nous avons souligné dans notre compte-rendu de rencontre, et en utilisant les mots précis utilisés, chaque élément que les participant·e·s proposaient et qui pouvait être perçu comme une recommandation à formuler aux gestionnaires². À la sixième rencontre de la CoP, nous avons donc ressorti et exposé toutes ces suggestions pour que les participant·e·s puissent déterminer ce qu'ils veulent mettre de l'avant comme recommandations tout en leur laissant la possibilité d'en ajouter. Nous avons aussi détaillé chaque point pour nous assurer que toute personne qui le lit comprenne bien l'enjeu auquel il fait référence. De cette manière, nous nous sommes assurés que cette liste soit coconstruite et donne l'occasion aux participant·e·s de sentir que celle-ci reflète ce

² Recommandations proposées : S'assurer d'avoir toutes les informations juridiques à l'arrivée de la résidente; Informer les proches des résidentes que l'arrivée en CHSLD est aussi le début de la fin de vie; Offrir un groupe d'information sur la fin de vie; avoir plus de matériel de fin de vie; sensibiliser les autres professionnels aux pratiques en fin de vie

qu’iels pensent et ce qu’iels espèrent voir comme changement dans leur milieu. C’est donc avec six indications précises que nous avons pu créer une infographie résumant les recommandations à proposer aux cadres (voir annexe L). Puis, afin de maintenir une approche de coconstruction et d’autonomisation du groupe, nous avons demandé à deux volontaires de les présenter avec nous à l’infirmière-cheffe responsable du volet fin de vie, rencontre qui s’est effectuée juste après l’entretien collectif et qui a été bien reçue.

3.2.6 Thématique des séances de la communauté de pratique

Pour déterminer les sujets abordés, grâce à la recension des écrits et l’analyse des besoins, des thématiques avaient déjà été répertoriées et plusieurs ateliers en lien avec celles-ci ont été préparés et mis en banque en restant conscients que ceux-ci allaient pouvoir être mis en œuvre ou non, selon l’avancement et l’intérêt du groupe. Ainsi, il était crucial d’adopter une grande flexibilité pour permettre de changer le contenu des rencontres et de suivre les professionnel·le·s dans leur rythme (Savard & Côté, 2021). Cette sensibilité a justement permis de se réajuster constamment et de créer une CoP où chaque rencontre influençait la suivante tout en restant ancrée dans les volontés du groupe. À la lumière de ce qui a été décidé collectivement lors de la première rencontre, une première esquisse du déroulement des séances qui allaient suivre s’est formée. En s’attardant à ce qui a été abordé préalablement, il a été possible de mieux saisir ce qui, aux yeux des participant·e·s, offre la possibilité à chacune d’entre iels de se sentir investi·e et de s’outiller. Bien que nous gardions ce plan en tête, les thématiques principales ont été choisies au fur et à mesure que les semaines avançaient et chaque rencontre se construisait à partir de la précédente. Les thèmes et les dates de chacune de ces rencontres sont résumés dans le tableau en annexe A.

3.2.7 Posture d’animation

Dans le cadre de l’intervention de recherche qui a été implantée dans le CHSLD, nous avons occupé le rôle d’animateur afin de soutenir la communauté de pratique dans son évolution d’une séance à l’autre. En d’autres termes, on peut parler ici d’un rôle de facilitateur que les chercheurs définissent souvent comme étant une personne qui organise le groupe, guide les échanges et favorise l’engagement (De Carvalho-Filho, 2020; Savard & Côté, 2021; White & al., 2008). Dans ces discussions, c’est en approfondissant l’expression du vécu expérientiel qu’il a été possible pour les participant·e·s d’atteindre leurs savoirs tacites, ces connaissances qui sont intuitives et imprégnées

dans leurs gestes au travail, mais qui sont parfois difficiles à exprimer (Savard & Côté, 2021). Plus spécifiquement, ce type de savoir nécessite d'être mis en interaction avec d'autres personnes pour en faire ressortir un maximum de contenu (Arcand, 2017). Cela a donc été notre rôle d'aider les professionnel·le·s à les expliciter pour ainsi créer une opportunité pour chacune de se comprendre et de réfléchir sur leur propre pratique au regard de celle des autres.

De plus, l'animation visait à aider les professionnel·le·s dans leurs réflexions en allant chercher les réponses aux questionnements n'ayant pas pu être répondus collectivement à l'aide par exemple d'une recherche théorique. Suivant la même logique, nous étions en constant travail pendant les rencontres ainsi qu'en dehors de celles-ci pour nous assurer que le contenu reflète les besoins des professionnel·le·s. Par exemple, alors que nous avons débuté le groupe avec des aprioris provenant de la littérature scientifique et de la phase pré-groupe, nous avons dû nous adapter à la réalité des huit participant·e·s. Effectivement, alors que nous pensions nous retrouver devant des professionnel·le·s inconfortables avec la fin de vie, nous nous sommes davantage retrouvés devant des participant·e·s qui démontraient un intérêt marqué pour cette thématique et avaient une grande aisance à en discuter. Ceci nous a amenés à modifier un atelier que nous avions prévu pour aider le groupe à être plus confortable et à davantage utiliser cette motivation comme un levier pour stimuler l'engagement du groupe.

Ensuite, bien que présent tout le long des rencontres, en tant que facilitateur, il était essentiel de laisser une grande place aux professionnel·le·s pour miser sur la coconstruction des séances. Comme mentionné précédemment, les objectifs, les thématiques, le choix des ateliers et des modalités revenaient aux membres du groupe. Ceci visait à maximiser le degré d'investissement et le sentiment de mettre en place quelque chose qui leur ressemble (Richard & al., 2014; Savard & Côté, 2021). Pour ce qui est des objectifs co-déterminés par les professionnel·le·s, nous nous sommes assurés qu'ils soient bien précis et mesurables afin de pouvoir s'en servir adéquatement lors de la collecte de données post-intervention (Savard & Côté, 2021).

Parallèlement, telle que précédemment présentée, la perspective épistémologique qui a influencé nos choix et nos actions en matière d'animation est la posture compréhensive. Dans notre animation, nous avons tenté de faire ressentir au groupe une bienveillance et une réelle volonté de les

comprendre, soutenant ainsi les confidences et l'approfondissement de sujets plus délicats. Le développement d'une posture compréhensive amène en effet les participant·e·s à :

s'ouvrir à d'autres référentiels professionnels pour les considérer et parfois redéfinir certaines situations vécues, de prendre des risques conversationnels telle la mise en mots de critiques et de tabous relatifs aux institutions et aux cultures de travail concernées. (Morrissette, 2020, p.69)

Ainsi, en adoptant cette approche, nous croyons avoir réussi à aider les professionnel·le·s à réfléchir sur ce qui les affecte dans l'adaptation de leurs interventions au contexte de la fin de vie, tant en lien avec leur propre subjectivité qu'avec les contraintes organisationnelles.

Dans la même perspective, nous avons la volonté de nous questionner sur notre animation et sur ce qui nous a amenés à agir d'une manière ou d'une autre. L'accès à un superviseur d'activité d'intervention nous a grandement aidés dans cet objectif en nous amenant à prendre un pas de recul et à nous poser les bonnes questions sur nos interventions. Considérant que le contenu des séances se coconstruisait au fil des semaines, il était important que notre supervision soit un espace où nous pouvions adopter une vision d'ensemble grâce à un regard extérieur et ainsi arriver à la CoP suivante avec un contenu qui ait du sens tant pour nous que pour les participant·e·s. De plus, les réflexions que nous avons partagées à chaque rencontre entre les séances de CoP nous aidaient aussi à mettre en mots ce que nous ressentions en lien avec le processus de groupe.

3.3 Analyse de l'intervention

Afin d'analyser l'intervention, nous avons décidé d'utiliser le compte-rendu de rencontres ainsi que l'entretien collectif comme outils de collecte de données. À partir de ceux-ci, nous avons pu mieux cibler les sujets principaux et faire ressortir les éléments les plus importants. Ceci nous a donc amenés à effectuer une analyse thématique qui sera présentée dans la section discussion.

3.3.1 Compte-rendu des rencontres

À toutes les fins de rencontre, nous voulions conclure en évaluant collectivement la séance et en recensant les besoins qui ont émergé durant les discussions. Nous voulions ouvrir cet échange avec trois questions et en noter les réponses: Qu'avez-vous pensé de cette rencontre? Avons-nous atteint nos objectifs de rencontre? Quels sont vos besoins pour la prochaine séance? Ceci avait pour but

d'ajuster les séances CoP suivantes, et de ce fait même, mesurer la vitalité et l'efficacité de chacune au fur et à mesure de son évolution (Arcand, 2017; De Carvalho-Filho, 2020). Cependant, dès la première séance, nous avons réalisé que le temps était un enjeu et que la phase de fin était souvent écourtée, ne nous permettant pas d'aller chercher ces informations. Nous avons tenté de nous réajuster puisque la fin d'un groupe ne doit pas être minimisée afin de permettre aux participant·e·s de comprendre où se dirige le groupe (Turcotte & Lindsay, 2019). Ainsi, à partir de la quatrième rencontre, nous avons essayé de garder cinq à dix minutes pour aborder ces points.

De plus, nous avons prévu que dès la fin de la rencontre nous allions nous mettre directement à la rédaction d'un compte-rendu. Celui-ci s'est effectué sous la forme d'une grille de quatre thématiques : dynamique de groupe/collaboration, acquisition de connaissance/application dans la pratique, outils mis en place et autres thématiques émergentes (voir Annexe M). Dans ces notes terrain, nous avons inscrit ce qui est ressorti des échanges, mais aussi ce que nous avons remarqué en tant qu'animateur. Afin de faciliter la mémorisation de ce qui méritait d'être consigné dans cette grille, pendant la séance nous écrivions des mots clés dans un carnet qui ont par la suite été détaillés dans la rédaction de compte-rendu. Celui-ci a été par la suite conservé jusqu'à la fin du projet rendant ainsi possible l'utilisation de ces informations pour mieux comprendre les résultats qui sont ressortis une fois l'analyse de l'intervention effectuée (Alain & Dessureault, 2009). Alain et Dessureault (2009) nomment cette étape de l'élaboration d'un programme d'intervention, le « monitoring continu intégré aux activités régulières » (p.128). De cette manière, il a été possible de se questionner tout le long du processus d'implantation de l'intervention et de se pencher sur l'adéquation entre l'intervention et les besoins des professionnel·le·s leur offrant la possibilité de se sentir impliqué·e·s.

3.3.2 Entretien collectif

Après les six séances de la communauté de pratique, c'est une entrevue collective semi-dirigée qui a constitué la dernière source pour l'analyse de l'intervention. Considérant que la création d'une compréhension commune est une partie intégrante de la conceptualisation de la CoP, il paraissait logique d'avoir recours à cette méthode. En effet, celle-ci permet de saisir les opinions et prises de position en interaction les unes avec les autres et non de manière isolée, permettant à la fois l'analyse des significations partagées et individuelles (Duchesne & Haegel, 2008; Van

Campendhoudt & al., 2022). Les convergences soulevées, tout comme les divergences, donnent accès à une vaste étendue de nouvelles connaissances en lien direct avec l'intervention mise en place et pouvant ainsi faciliter l'analyse de son efficacité (*Ibid.*). À cet effet, un guide d'entrevue (voir annexe N) a permis de guider la rencontre avec des questions larges permettant d'explorer des thèmes ciblés tout en laissant la place aux participant·e·s de s'exprimer librement (Duchesne & Haegel, 2008; Van Campendhoudt & al., 2022). Puis, avec le consentement des participant·e·s, cette rencontre a été enregistrée afin d'avoir accès à tout le contenu qui en est ressorti et ainsi faciliter la retranscription de phrases clés ainsi que l'analyse des données. Ces questions ont été regroupées en trois catégories approfondissant chacune une perspective de la CoP, soit par rapport à chaque personne de façon individuelle, par rapport aux autres de façon interprofessionnelle et par rapport à la CoP comme dispositif d'intervention. Cet entretien a duré une heure et dix minutes et cinq membres du groupe y ont participé.

3.4 Considérations éthiques

3.4.1 Risques et avantages de participation

Ce projet comportait plusieurs avantages dont les participant·e·s à la communauté de pratique ont pu bénéficier. Plusieurs de ceux-ci ont été mis en lumière dans la description des retombées possibles de la CoP, telles que la possibilité de se développer professionnellement et de s'outiller pour mieux intervenir en contexte de soins de fin de vie. De plus, la création potentielle d'outils pouvant être utile dans leur pratique quotidienne a rendu la participation à ce groupe encore plus avantageuse puisqu'elle a été collectivement construite, s'est imprégnée dans leur réalité et a permis une possible pérennisation de la CoP par le partage des nouvelles connaissances à leur équipe de travail. Dans cette optique, en adoptant une posture compréhensive comme chercheur, nous avons porté une grande attention à ce que la recherche se nourrisse du terrain, mais que le terrain puisse tout autant bénéficier de la recherche, une fois celle-ci terminée (Schurmans, 2009). Nous nous sommes donc engagés à partager les résultats de l'étude à tous·tes les participant·e·s.

Concernant les risques associés à la recherche, il était pertinent de souligner que le sujet de la mort est très sensible pour certaines personnes. Plus précisément, cela aurait pu faire remonter des émotions ou faire replonger les professionnel·le·s dans des deuils personnels ou même ayant été vécus dans le cadre de leur travail en CHSLD (Marcella & Kelley, 2015; Lessard, 2021). Afin de

bien encadrer les participant·e·s dans cette éventualité, une liste de références leur a été offerte au début de la CoP et nous avons porté une attention particulière à l'état émotionnel de ceux-ci tout au long de l'intervention en restant soutenant et ouvert à les rencontrer individuellement. Avec l'expérience que nous avons acquise à travers nos années d'intervention et d'animation de groupe ajoutée à notre expérience en accompagnement de fin de vie, nous avons eu la capacité de bien soulever les blocages personnels ainsi que faire sentir aux participant·e·s que nous pouvions les soutenir à travers ce processus.

Deuxièmement, il fallait envisager la possibilité que les professionnel·le·s considèrent la CoP comme trop exigeante et leur rajoutant du travail dans un horaire déjà surchargé. Afin d'éviter ce risque, nous avons réfléchi à effectuer la CoP sur l'heure du dîner, mais après discussion avec les professionnel·le·s, c'est l'horaire d'après-midi qui leur permettait le mieux de se retirer de leur étage et ne pas sentir le groupe comme un fardeau dans leur charge de travail.

Ensuite, un troisième risque résidait dans la possibilité que certains corps de métier ne se sentent pas inclus pour discuter d'un sujet qui touche l'entièreté du personnel. Pour éviter que cela se produise, dès la présentation de la CoP au début de l'intégration au milieu, nous avons bien spécifié que nous nous attarderions seulement aux soins prodigués de manière quotidienne aux résident·e·s en fin de vie en plus de garder la porte ouverte à inclure d'autres acteurs·trices concerné·e·s.

Puis, un risque a été calculé dès la constitution du groupe, soit l'inclusion de l'ICASI qui se trouve à être la supérieure hiérarchique au personnel de soin. Nous étions conscients que cela pouvait créer un malaise auprès des participant·e·s et certaines personnes pourraient se censurer et craindre d'exprimer ce qu'iels pensent vraiment. Afin d'éviter cet enjeu, nous l'avons rencontrée avant le début du groupe afin de lui nommer clairement ce risque et que nous voulions qu'elle ne voie pas son rôle dans le groupe comme celui d'une supérieure, mais plutôt d'une participante comme une autre qui est témoin des pratiques en fin de vie. Nous avons aussi gardé l'œil ouvert à chaque séance pour nous assurer qu'elle ne prenne pas plus de place que d'autres et que chaque personne soit à l'aise d'interagir. Une fois ces précautions mises en place, nous avons pu remarquer une grande aisance de chacune à s'exprimer librement et à interagir indépendamment de la hiérarchie.

3.4.2 Consentement et confidentialité

En accord avec les principes éthiques de l'Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains (*EPTC*), les individus impliqués dans ce projet d'intervention devaient être en mesure de donner un consentement qui soit libre, éclairé et continu (Gouvernement du Canada, 2022). De ce fait, nous nous sommes assurés que ces personnes participent de manière volontaire et en étant bien au fait de ce que cela implique. Ainsi, dès la sélection des participant·e·s à la communauté de pratique, un formulaire de consentement leur a été transmis afin d'être lu, puis signé lors de la première séance (voir annexe O). Ce document décrivait en détails les objectifs du projet, sa forme, la durée de la participation, les avantages et les risques liés à la participation ainsi que les mesures prises pour le respect de la confidentialité. Il y était aussi indiqué nos coordonnées pour que les participant·e·s puissent facilement nous contacter. De plus, pour tenir compte du bien-être des membres du groupe, nous avons bien clarifié qu'ils avaient la possibilité de se désister à tout moment.

Pour toutes recherches effectuées en sciences humaines, il est du devoir du chercheur de maintenir la confidentialité des participant·e·s pendant toute la démarche scientifique (Gouvernement du Canada, 2022). Nous avons donc fait savoir aux professionnel·le·s dès le début de leur implication dans la recherche les manières précises dont nous disposons pour atteindre cet objectif. D'abord, considérant qu'il s'agisse d'un groupe où le partage des connaissances était encouragé, nous avons tenté de bien distinguer en première rencontre la différence entre le contenu personnel dont nous assurerions la confidentialité ainsi que les informations pouvant être divulguées hors du groupe et qui relève davantage de la transmission de nouvelles connaissances. Une entente d'engagement et de non-divulgence leur a été remise dès cette première séance afin de s'assurer que tous les échanges personnels effectués dans ces rencontres resteront dans le groupe, permettant ainsi de respecter chaque collègue ainsi que garantir des discussions effectuées le plus librement possible (voir Annexe P). De notre côté, nous leur avons fait part de notre engagement à ne pas traiter précisément, mais bien globalement des informations personnelles concernant elles-mêmes ou les résidentes dont il serait question dans les discussions. Dans la rédaction de ce mémoire, nous nous en tiendrons à des informations dépersonnalisées, anonymes qui mettront l'accent sur les apprentissages issus des discussions plutôt que les cas précis qui ont été discutés.

3.5 Limites de la méthodologie de recherche

Dans le chapitre qui suivra la méthodologie, nous mettrons en valeur les apports de la communauté de pratique ainsi que ce qui fait de ce dispositif d'intervention un espace adéquat pour entamer un processus de changement des pratiques des participant·e·s. Toutefois, il est important de mentionner les limites méthodologiques qui peuvent entraver la transférabilité des résultats afin d'adopter un point de vue objectif de ce qui a été mis en place.

En premier lieu, la CoP a été conçue afin de s'intégrer au cursus d'une maîtrise en travail social. Ainsi, les contraintes académiques nous ont amenés à nous contenter de six séances ainsi que d'un entretien collectif. En ayant eu recours à plus de temps, il est possible d'émettre l'hypothèse que nous aurions pu avoir accès à d'autres résultats et davantage observer l'impact durable de l'intervention. En nous étalant sur une période prolongée, nous aurions aussi eu plus d'opportunités d'aller en profondeur sur les sujets déterminés par les membres.

En deuxième lieu, le temps s'avère être un enjeu important de la communauté de pratique. Effectivement, considérant que nous n'avons accès qu'à deux méthodes de collecte de données qui ont été réalisées dans un temps restreint, nous n'avons pas pu observer des effets à long terme. Les retombées de la CoP sur les participant·e·s peuvent effectivement être mieux évaluées quand celle-ci s'effectue sur une plus longue durée et surtout en ce qui concerne l'impact qu'elle a pu avoir sur l'organisation dans laquelle elle a été intégrée (Seibert, 2015).

En troisième lieu, il ne faut pas négliger que les participant·e·s avaient toutes une volonté initiale d'explorer le sujet proposé au sein de la CoP, ce qui nous a amenés à les recruter. Nous avons donc fait face à huit personnes qui avaient à cœur les bonnes pratiques de fin de vie et considéraient toutes avoir un haut niveau de confort auprès des résidentes concernées. Alors que nous désirions sensibiliser les professionnel·le·s à une approche d'accompagnement de fin de vie en plus de les rendre plus à l'aise auprès de la mort, nous ne pouvions pas adopter cette approche auprès de notre groupe. Bien que l'aspect volontaire du recrutement fût crucial au bon fonctionnement du groupe, il serait intéressant d'avoir recours à des personnes pour qui le sujet crée un malaise et qui nous permettraient d'explorer davantage les motifs de celui-ci et les façons dont elles agiraient pour le surmonter.

3.6 Synthèse

En conclusion, l'implantation d'une communauté de pratique dans un contexte institutionnel tel qu'un CHSLD a demandé une grande flexibilité autant dans la mise en place qu'au cours des rencontres de groupe. Nos choix méthodologiques ont évolué au fil du temps et les contraintes organisationnelles nous ont amenés à revoir certaines modalités pour nous adapter à la réalité du milieu. De plus, la coconstruction du projet avec les professionnel·le·s s'est révélée essentielle pour assurer la pertinence et l'efficacité de l'intervention. En impliquant activement les participant·e·s dès la phase pré-groupe, nous avons pu recueillir des informations cruciales et ajuster notre approche en fonction des besoins spécifiques au personnel et au programme déjà existant. Chaque étape de ce projet a démontré son utilité et en ne sous-estimant pas le temps de préparation pour créer des rencontres qui reflètent le vécu des participant·e·s, nous avons pu nous rendre jusqu'à l'entretien collectif en sachant que des résultats significatifs allaient pouvoir être recueillis.

CHAPITRE 4

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Dans le présent chapitre seront présentés les résultats provenant de notre prise de contact avec les professionnel le·s en phase pré-groupe, des observations effectuées lors des séances de la CoP et consignées dans les comptes-rendus, ainsi que des réponses données par les participant·e·s lors de l'entretien collectif. À cette rencontre, ce sont cinq personnes qui ont été présentes, soit les infirmières Meriem et Alexandra, Paul le préposé aux bénéficiaires, Catherine l'ICASI ainsi que Julien le travailleur social³. Les préposées aux bénéficiaires Lina et Josette n'ont pu être présentes en raison de leur congé hebdomadaire. Leur contribution lors des séances de CoP a toutefois été notée dans les compte-rendus et certains éléments qu'elles ont apportés seront soulevés dans cette présentation des résultats. À travers ces méthodes de collecte de données, nous avons pu classifier les résultats selon les trois thèmes principaux de notre recherche : la communauté de pratique, le caractère interprofessionnel du groupe, ainsi que l'expérience de la pratique en contexte de fin de vie. Les informations recueillies nous ont permis de cibler les retombées de la CoP, ses effets positifs sur les participant·e·s et leur pratique, ainsi que les ajustements nécessaires en cas de reprise de ce groupe ou de mise à l'échelle à d'autres milieux pour surmonter les défis.

4.1 Perception des participant·e·s de la communauté de pratique comme dispositif d'intervention interprofessionnelle en contexte de fin de vie

D'abord, afin de répondre à notre objectif principal d'*expérimenter une communauté de pratique interprofessionnelle spécifique aux interventions en contexte de fin de vie dans un CHSLD*, nous devons nous pencher sur l'expérience-même des participant·e·s vis-à-vis ce dispositif d'intervention. Bien que large comme objectif, nous croyions qu'il était important dans ce mémoire d'évaluer les particularités de ce choix d'intervention et plus spécifiquement comment les membres du groupe ont perçu l'originalité de la CoP ainsi que le choix d'axer sur une formule coconstruite. En observant le groupe évoluer à travers les semaines et en allant chercher leur avis en fin de parcours, nous avons pu identifier comment les participant·e·s ont perçu la CoP comme étant une intervention adéquate pour cette thématique. En effet, iels ont souligné les avantages d'avoir accès

³ Afin de garantir la confidentialité, l'identité des participant·e·s a été anonymisée et un nom fictif leur a été attribué.

à un groupe qui diffère de ce qu'ils connaissent puisqu'il les implique activement dans son élaboration et place l'animateur·trice dans une posture collaborative.

4.1.1 Les caractéristiques singulières de la communauté de pratique

De semaine en semaine, il était pertinent de prendre le temps de se questionner en tant qu'animateur sur la forme que prenait le groupe. En voulant mettre en place une communauté de pratique, nous tentions le plus possible de rester proches de ce dispositif afin que les participant·e·s puissent en expérimenter le processus et nous aider à en voir les effets. Nous voulions nous éloigner des structures plus formelles comme les formations, les rencontres interdisciplinaires ou les groupes de soutien, car elles offrent moins de flexibilité, sont moins axées sur la coconstruction et n'amènent pas autant les professionnel·le·s à questionner leurs pratiques actuelles. À ce sujet, les participant·e·s se sont entendu·e·s pour dire que la CoP était réellement différente de ce qu'ils connaissaient et avaient rarement participé à un groupe similaire.

D'abord, comme il a été précisé dans le chapitre de méthodologie, des formations abordant la thématique de la fin de vie et des soins palliatifs ont été mises en place et ont commencé peu à peu à être instaurées dans les CHSLD. Selon les membres du groupe y ayant participé, ceux-ci abordent majoritairement la fin de vie d'un point de vue technique et mettent de l'avant les approches médicales afin d'outiller le personnel de soin. Toutefois, elles ne donnent presque pas d'informations sur les attitudes et la posture à adopter dans ces situations, mettant de l'avant le savoir-faire tout en omettant le savoir-être et le savoir-dire, composantes essentielles pour des soins de qualité. Lorsqu'elle participe à des formations, l'ICASI considère assister à des rencontres « purement théoriques qui ne présentent pas comment agir avec les résidents et part rarement de notre propre vécu » (Catherine). Au contraire, la communauté de pratique a été un moyen pour chacun·e de discuter de leur façon d'être auprès des personnes dont la mort approche et misait sur leurs savoirs expérientiels. Aussi, les formations, étant offertes de façon ponctuelle, elles ne permettent pas une intégration aussi approfondie des nouveaux savoirs, comme le permettent les communautés de pratique.

En outre, en plus de ces nouvelles connaissances, Meriem (infirmière) souligne le grand apport que la CoP a eu dans l'apprentissage du rôle de chacun·e en discutant et en échangeant sur les pratiques des autres membres du groupe, l'amenant à déplorer la manière dont sont réfléchies les formations :

OK, tu apprends sur ce que tu dois faire. Mais c'est quoi que le préposé doit faire? C'est quoi que l'auxiliaire doit faire? C'est quoi le rôle du chef d'unité là-dedans? Ils nous mettent pas en lien. On apprend sur nous, mais pas sur les autres, ce qui est pourtant tellement important dans notre travail. (Meriem)

En effet, les formations se veulent davantage éducatives, théoriques et ciblent les professions de manière individuelle. Alors que les participant·e·s considèrent qu'il est rare qu'on leur parle du rôle des autres employées du CHSLD dans les formations, la CoP interprofessionnelle a, quant à elle, permis de mettre les professionnel·le·s en relation, les aider à faire des liens entre leur pratique et de les connecter les un·e·s aux autres afin de viser un travail plus cohérent.

Ensuite, un autre type de groupe auquel il est possible de comparer à la CoP est la rencontre interdisciplinaire hebdomadaire de chaque étage du CHSLD-XXXX. Ces réunions offrent la possibilité aux infirmières-chefes, aux infirmiers·ères, à l'ICASI d'y participer et lorsqu'ils sont impliqué·e·s dans le dossier, on y trouve le·la TS, un·e ergothérapeute, un·e nutritionniste ou un·e médecin. Il est donc possible de constater que les PAB ainsi que les infirmiers·ères auxiliaires ne sont pas présent·e·s et n'ont donc pas de possibilité de partager leur opinion. Les cas cliniques qui y sont discutés sont très variés, mais les situations de fin de vie ne sont que rarement abordées. Il n'y a donc pas de lieu où se rencontrent tous les corps de métiers et qui permettrait à chacun·e d'être entendue. La communauté de pratique a eu cette capacité à réunir différentes professionnelles et de faire entendre leur voix. Paul (PAB) souligne même que :

C'est la première fois en dix ans depuis que je suis au CHSLD qu'on me donne la possibilité de participer à une rencontre inter, qui pourtant apporte tellement de richesse à mon travail. Ça me permet de grandir aussi parce qu'il y a des choses que les autres membres de l'équipe vivent que je ne savais pas. Et les préposés vivent tellement de choses, que les autres ne savent pas. (Paul)

Bien que le groupe fût un lieu où les participant·e·s pouvaient se confier sur des expériences vécues et aller chercher du soutien auprès de leurs collègues, les rencontres mettaient aussi de l'avant des éléments réflexifs et ciblaient d'abord et avant tout les pratiques. Ces derniers étaient donc à la

base de la conception du groupe et s'éloignent du format de groupe de soutien. Alexandra (infirmière) considère même qu'il s'agissait d'un « workshop qui change de [leurs] habitudes ». Plus précisément, la CoP a tenté d'être un lieu où cogitaient les pensées des professionnel·le·s et utilisait diverses méthodes pour les mettre en confrontation. Par exemple, en ayant recours à des notes autocollantes sur lesquelles chaque participant·e pouvait inscrire un élément qui lui est essentiel à de bonnes pratiques en contexte de fin de vie, il a été possible d'avoir accès à un vaste éventail d'idées. Les participant·e·s conviennent pour dire que cette méthode, qu'ils avaient rarement expérimenté·e par le passé, a permis à chacun·e, même les moins volubiles d'avoir leur mot à dire.

Bref, il est possible de comprendre que les participant·e·s ont eu une perception positive de la communauté de pratique et que le choix de ce dispositif a été bénéfique pour tout·e·s. La CoP a donc eu cette capacité d'offrir des ateliers singuliers qui sont à la fois « interactifs » (Meriem), « ludiques » (Alexandra), « enrichissants » (Meriem) et qui « a permis à chacun d'être entendu » (Julien).

4.1.2 La coconstruction de la communauté de pratique

Poursuivant cette ligne de pensée, la communauté de pratique s'est distinguée par la manière dont elle s'est constituée. Effectivement, c'est par un effort de coconstruction que nous avons mis en place notre communauté de pratique. Les membres du groupe ont en effet nommé lors de l'entretien collectif les bienfaits d'avoir été consultés tout le long du processus d'élaboration du groupe que ce soit dans le choix des modalités ou dans le contenu abordé, amenant un réel engagement envers le groupe.

La phase pré-groupe a été pertinente dans l'instauration de la CoP puisqu'elle a permis de déterminer avec les personnes concernées les modalités qui allaient être les plus facilitantes pour garantir la participation de chacune. Plusieurs plages horaires avaient été considérées et c'est en collaboration avec la cheffe d'unité et l'ICASI que nous avons finalement sélectionné le mercredi 14h. Ces deux personnes ont de bonnes connaissances de l'horaire des professionnel·le·s de chaque étage et il était donc normal d'avoir accès à leur opinion. Ce choix a été salué par les

participant·e·s qui considèrent que cette période était parfaite puisqu'elle s'imbriquait bien dans leur horaire et ne leur donnait pas une charge de travail supplémentaire.

En outre, lors de la rencontre ultime, nous souhaitions savoir si une heure de rencontre était la meilleure option ou si ajouter trente minutes, comme initialement prévu, aurait été plus optimal pour les séances régulières de CoP. Les membres du groupe s'accordent à dire qu'ils auraient difficilement conçu comment ils auraient pu participer à des rencontres plus longues comme le mentionne Meriem (Infirmière): « L'heure passée dans le groupe était juste assez pour ne pas s'inquiéter d'être retardée dans mes tâches quotidiennes ». Ceci prouve la pertinence de coconstruire les modalités pour s'assurer de se coller le plus possible avec la réalité des professionnel·le·s .

De surcroît, cette phase préliminaire a été le moment pour nous d'aller rencontrer chaque professionnel·le et de faire l'inventaire des besoins en termes de pratique de fin de vie dans le CHSLD. Ces données ont été utilisées dès la première rencontre et nous ont permis de coconstruire les objectifs du groupe. Lors de cet atelier où nous sommes repassés à travers chaque besoin recensé et où nous avons offert la possibilité aux participant·e·s d'en ajouter, nous avons pu remarquer que ceux-ci se sont reconnu·e·s et étaient enthousiastes d'y retrouver des besoins qui reflètent leur vécu. Paul (PAB) explique qu'il considérait la CoP comme un endroit où tout le contenu était « basé sur des faits expérimentés ici au [CHSLD-XXXX] et où tout ce dont on parlait venait d'ici à 100% ».

Dans cette même optique, nous avons tenté tout le long de la CoP de maintenir une grande flexibilité et de nous adapter aux participant·e·s pour construire en collaboration chaque rencontre. Chaque séance permettait de déterminer ce sur quoi la suivante allait porter. Par exemple, nous n'avions pas envisagé d'aborder l'acharnement thérapeutique en contexte de fin de vie comme une thématique. Cependant, l'omniprésence de ce sujet comme un grand obstacle à un travail bien fait nous a amenés à vouloir le mettre de l'avant pour soutenir les membres du groupe à se sentir plus outillé dans ces situations. Nous avons donc approché l'infirmière Meriem qui nous avait partagé une situation complexe qu'elle avait vécue mettant en avant-plan son malaise à intervenir auprès de proche d'une résidente qui refuse de la voir mourir. Nous lui avons demandé de présenter en détail ce cas à la quatrième rencontre. Ceci a permis de réfléchir collectivement à une situation

qu'ils ont tous·tes déjà expérimenté·e et qui crée chez chacun·e un inconfort. Ceci a permis de coconstruire un outil où se retrouvait le résultat de ces échanges et qui les aidait à comprendre ce qui se trouvait derrière les motivations de chaque personne concernée (voir annexe I).

Catherine (ICASI) considère que chaque nouvelle séance de la communauté de pratique était « une continuité de la précédente à partir de ce que nous avons décidé d'aborder, on sentait qu'on avait notre mot à dire ». Ce sur quoi Julien (TS) a renchéri : « Quand tu veux que les gens participent, tu veux que les gens se sentent interpellés, tu leur donnes le pouvoir de décider ou d'avoir un certain pouvoir sur ce qui va se discuter ici ». C'est effectivement dans cette volonté d'intégrer les participant·e·s au processus d'élaboration de la CoP que nous avons pu réaliser une intervention qui leur ressemble et qui représente leur vécu, leurs attentes, leurs besoins spécifiques ainsi que leur réalité quotidienne.

Puis, nous étions conscients de la difficulté de s'arrimer aux horaires des professionnel·le·s puisqu'en CHSLD ceux-ci varient fréquemment, entraînant des jours de congé différents chaque semaine. Paul (PAB) nous mentionne avoir à plusieurs reprises changé son horaire afin de s'assurer d'être présent aux rencontres : « C'est à ce point-là que le groupe était important pour moi, j'en ai même changé la date d'un de mes fériés ». Le préposé aux bénéficiaires qui nous avait exprimé son enthousiasme de faire partie d'un groupe nous démontre ici la valeur qu'il y accordait. Entre autres, c'est le recours à la coconstruction des rencontres qui a pu donner l'envie à chacune de revenir et de s'y impliquer. À cet effet, Alexandra (Infirmière) nous dit :

J'étais déçue de manquer une rencontre parce que j'aurais voulu parler avec vous de l'acharnement thérapeutique. C'est un sujet qui me tient à cœur et c'est justement ce que j'ai aimé de la CoP. Nous avons pu décider à 100% de ce qu'on allait parler et ça me donnait le goût de revenir chaque semaine. (Alexandra)

En somme, autant dans l'inclusion des participant·e·s dans la construction initiale du groupe que dans la constitution du contenu des séances, nous avons réussi à susciter un intérêt constant et un engagement de ceux-ci envers la communauté de pratique.

4.1.3 L'animation des rencontres

Une des spécificités de la communauté de pratique se trouve dans la cohésion de groupe qui se développe notamment grâce à l'engagement de l'animateur·trice à s'aligner avec les membres tout en encourageant la collaboration entre ceux-ci. En adoptant cette posture, nous voulions favoriser un environnement où chaque participant·e pouvait s'exprimer librement, tout en respectant les spécificités et les contraintes de leur travail. C'est donc avec cet objectif en tête que nous avons pris part à la CoP.

Afin d'y parvenir, nous sommes arrivés en nommant clairement que nous n'agissons pas en tant qu'expert, mais bien en tant que facilitateur ayant la volonté de soulever l'expertise des membres du groupe. Ainsi, à chaque séance, lorsqu'une question nous était posée directement, nous la relançons d'abord et avant tout vers le groupe et nous essayions de trouver collectivement la réponse. Cette posture d'animation a été relevée par Julien (TS) qui considère que nous nous distinguons des animateurs·trices de formation et que nous arrivions en nous positionnant au même niveau que les participant·e·s : « Au moment où tu adoptes une position plus basse, comme toi [l'animateur], tu laisses la place au groupe de s'autogérer de mettre de l'eau dans notre vin, ça nous donne le sentiment de contribuer ». En nous interpellant de la sorte, le TS met de l'avant la hiérarchie qu'il estime absente. Nous avons effectivement tenté de faire ressentir aux participant·e·s que nous étions sur le même pied d'égalité et que nous leur offrions la possibilité d'exercer une réelle influence sur l'évolution du groupe. En tant qu'intervenant, nous avons apprécié recevoir ce commentaire, puisque ceci s'imprègne dans le rôle d'un animateur, dans les valeurs du travail social, mais surtout des nôtres. Nous croyons en l'importance de mettre à profit ses propres convictions pour créer un groupe qui nous ressemble et qui permet à ses participant·e·s de ressentir notre authenticité et ainsi créer un véritable lien de confiance.

De plus, pour donner la chance à chaque personne de s'exprimer lors des rencontres, nous avons des activités qui leur permettaient de donner leur opinion, et ce, même si certaines personnes étaient moins volubiles. Comme mentionné précédemment, les ateliers comme ceux qui utilisaient des notes autocollantes nous ont aidés à nous assurer que personne n'était oublié et que chacun·e avait son mot à dire. Nous avons aussi constamment fourni un effort en tant qu'animateur pour cibler les participant·e·s qui prenaient moins la parole et nous leur avons donné la possibilité de se manifester.

En s'adressant à nous, Paul (PAB) suggère même que ce qui a le plus contribué à créer un espace facilitant l'expression des émotions est l'écoute que nous leur avons prodiguée :

Tu étais beaucoup plus à l'écoute et ça nous a permis de nous exprimer. Parce qu'une fois, j'étais dans un séminaire, on parlait également de la souffrance d'un soignant et on ne nous a pas écoutés. Ce n'est pas juste la famille d'un résident qui a un besoin pendant cette période, mais le personnel aussi. Avec des choses à dire, avec de quoi se plaindre. C'est parce qu'ici il y avait une ouverture de la parole qu'on a pu s'exprimer. (Paul)

Être à l'écoute est non négligeable comme attitude à avoir dans une animation. Ceci est à la base de la mise en place d'une intervention en milieu de travail. Il est possible de penser que notre posture adoptée en ce sens a permis de donner l'espace aux membres du groupe de s'ouvrir à nous. Pour qu'un changement des pratiques s'opère, il faut que les personnes impliquées sentent qu'elles peuvent réellement y participer. En effet, nous avons aussi transmis notre confiance en soulignant qu'ils puissent avoir un impact sur leur quotidien. En tant qu'animateur, nous croyons qu'il était important pour nous de croire en notre projet pour que les participant·e·s iels-mêmes y croient et aient l'espoir d'un changement.

Ensuite, à titre d'animateur, il était de notre devoir d'assurer une mise en place qui se voulait efficace et qui permettait d'explorer les thématiques dans leur entièreté. Cette cible n'a toutefois pas été facilement atteignable. Les professionnel·le·s du groupe ont en effet partagé le même avis concernant le manque de temps nous empêchant d'aborder tout ce qui était planifié. Plus précisément, Meriem (infirmière) considère qu'avec un groupe aussi volubile, elle aurait « voulu être parfois plus encadrée pour ne pas trop dévier du sujet principal ». Il s'agit justement d'un élément sur lequel nous avons tenté de travailler chaque semaine puisque nous étions bien conscients du manque de temps et de la volonté de chaque personne d'approfondir les sujets.

Dans un même ordre d'idées, dans notre heure de séance, nous avons plusieurs thèmes à aborder et nous avons prévu une courte phase de début, une phase de travail et une phase de fin. C'est cette dernière qui a, à plusieurs reprises, été écourtée, ce qui nous amenait à fréquemment terminer la rencontre à la hâte. Bien que cela n'a pas été nommé dans l'entretien collectif, nous avons noté dans plusieurs comptes-rendus notre impression de ne pas avoir assez recueilli de rétroactions pour

nous ajuster d'une CoP à une autre. Ceci est pourtant une étape phare des communautés de pratique qui nous permet de nous adapter et de créer une séance suivante qui se rapproche le plus possible de leurs volontés.

Enfin, le temps reste un enjeu de taille à l'intérieur comme à l'extérieur du groupe. En l'occurrence, nous considérons que nous aurions gagné à faire des rappels aux participant·e·s du moment et de l'heure de la prochaine séance. En effet, à plusieurs reprises, nous avons commencé le groupe avec un nombre restreint de personnes puisque plusieurs avaient oublié la rencontre. Nous avons donc appelé à tous les étages pour les inviter à se joindre à nous. Il faut effectivement considérer que la structure du travail de chaque corps de métier est bien différente. Comme le spécifie Catherine (ICASI) en parlant aux préposées aux bénéficiaires « L'organisation de votre travail ne vous amène pas à regarder un agenda ou à regarder vos courriels. Il faut donc penser autrement ». Cela nous rappelle l'importance de prendre en compte les spécificités du travail de chaque professionnelle afin de garantir la création d'un groupe qui les intègre pleinement. Puis, dans un temps aussi limité, il faut s'assurer de tirer pleinement parti du temps dont on dispose.

4.2 Avantages d'avoir eu accès à un groupe interprofessionnel dans le cadre d'une intervention de CoP axée sur les soins de fin de vie

Rappelons-nous que lors de la conception de l'intervention, nous avons décidé de mettre l'accent sur le caractère interprofessionnel du groupe puisqu'il a été démontré que la collaboration en contexte de fin de vie est optimale pour les bonnes pratiques de soins. Nous nous sommes donc fixé comme objectif de projet d'intervention de *créer un savoir collectif pour l'intervention en accompagnement de fin de vie*. La CoP a ainsi permis aux participant·e·s d'expérimenter l'apport de l'interprofessionnalité en petits groupes, de réfléchir ensemble aux contraintes organisationnelles et de créer des recommandations à faire aux cadres qui les reflètent tant au niveau individuel que collectif.

4.2.1 Réfléchir en interprofessionnalité

Une des particularités de la CoP mise en place dans ce projet est l'interprofessionnalité, non seulement comme cadre du groupe, mais aussi comme moyen d'atteindre un travail collaboratif efficace et bénéfique pour tous les membres. Nous y avons porté une attention particulière et en

avons ressorti des effets positifs et des défis spécifiques liés à cette composition interprofessionnelle du groupe, tant dans les choix qui ont été faits dans la phase pré-groupe que dans les observations soulevées par les participant·e·s.

De prime abord, il faut considérer la constitution du groupe comme une étape non négligeable pour assurer la mise en place d'un espace interprofessionnel qui offre la possibilité à chaque membre de trouver sa place. Pour y arriver, nous sommes allés chercher des personnes de diverses professions que nous avons ciblées. Il faut se rappeler qu'initialement nous avons considéré recruter sur un seul et même étage afin de pouvoir observer la dynamique de groupe à travers des professionnel·le·s qui travaillent quotidiennement ensemble et qui partagent la même réalité. Ne pouvant retirer un trop grand nombre de professionnel·le·s sur leurs étages, nous avons dû opter pour le recrutement de participant·e·s provenant chacun d'un étage différent, ce qui maximise la possibilité de participation. Nous avons donc surveillé attentivement la dynamique qui s'installait dans le groupe ainsi que les effets d'avoir créé un groupe hétérogène en termes d'équipe de travail. Effectivement, nous avons observé ce qui se manifestait d'une séance à l'autre en s'attardant sur les interactions entre chaque professionnel·le, les sujets qu'iels abordaient et l'unité de groupe qui se construisait. C'est ainsi que nous avons pu soulever la grande facilité des participant·e·s à interagir entre iels indépendamment de leur profession et à discuter avec des personnes qu'iels connaissaient moins. Nous avons pu remarquer une grande fluidité dans les échanges et même une complicité se créer. Le groupe a semblé aimer ajouter une touche d'humour dans chaque rencontre et personne n'a paru être mis à l'écart ou moins considéré dans ces situations. Cependant, lorsqu'un cas spécifique était discuté, il est arrivé que certain·e·s participant·e·s ne comprennent pas ce dont il était question. Ainsi, nous devons, en tant qu'animateur, nous assurer que tous·tes comprennent bien ce qui était discuté. À plusieurs reprises, nous avons dû interpeller le groupe pour qu'une personne puisse détailler la situation.

En ce qui concerne l'unité de groupe, nous avons remarqué qu'elle s'est installée rapidement et qu'en débutant avec une activité de priorisation des besoins, nous avons pu mettre de l'avant la réalité commune des professionnel·le·s. La mise en commun des opinions des professionnel·le·s tout comme les échanges sur des cas cliniques généralisables à des situations vécues sur d'autres étages ont aidé les participant·e·s à connecter rapidement les un·e·s avec les autres. De plus, certaines personnes ont nommé les avantages d'avoir eu accès à l'expertise d'autres collègues

puisqu'elles sont bien conscientes qu'il y a des personnes avec plus d'expérience pour pratiquer certains soins spécifiques comme l'aide médicale à mourir. Effectivement, certains étages l'ont plus expérimentée que d'autres et sachant qu'iels risquent toutes d'y être de plus en plus confrontées, elles considèrent qu'il est crucial de pouvoir échanger avec des collègues qui l'ont vécue. Alexandra (Infirmière) précise que « c'est encore nouveau pour nous l'AMM, mais pas pour le 3^e étage. Alors comment ça se fait qu'il a fallu avoir ce groupe pour que j'en entende parler, on dirait que le CHSLD attend qu'on le vive pour nous y préparer ». Ainsi, nous pouvons comprendre que bien que les participant·e·s travaillent dans le même établissement, il y a une réelle variation des expériences entre les étages et le manque de concertation entre ceux-ci les empêche de pouvoir y avoir accès. La communauté de pratique s'est donc révélée être un espace contribuant à la réflexion et outillant les professionnel·le·s sur des pratiques moins connues. De plus, ceci prouve que le domaine de la fin de vie s'avère être en constante évolution étant donné l'augmentation du nombre de décès et les nouvelles lois qui sont créées et mises en application. Ainsi, il devient essentiel d'avoir accès à une variété d'opinions et d'expertise pour pouvoir travailler ensemble pour le bien des résidentes, exposant ainsi la pertinence d'avoir une équipe interprofessionnelle dans ce milieu. Ceci permet aussi de soulever la pertinence de la présence de chacune. Par exemple, les préposées aux bénéficiaires ont nommé qu'elles ressentaient fréquemment que leurs opinions étaient moins considérées. Nous nous sommes donc engagés à interpeller les PAB directement lorsque nous considérons que leur opinion pourrait contribuer à la discussion ce qui permettait de souligner leur expertise.

De plus, toujours en lien avec la constitution d'un groupe interprofessionnel, il est important de veiller à ce que chaque participant·e ait sa place et qu'iel ne se sente pas inférieur·e, moins écouté·e ou marginalisé·e. À cet effet, lorsque nous avons accepté la présence de Catherine, l'ICASI, qui occupe un poste supérieur au niveau hiérarchique, nous avons décidé de porter une attention particulière aux interactions et à son implication dans le groupe. Dans le chapitre méthodologique, nous avons précisé que nous avons observé le nombre d'interventions de l'ICASI et les moments où elle était interpellée pour son rôle. Ce qui a été noté par rapport à ces éléments est la considération des autres participant·e·s indépendamment de sa position hiérarchique. Le nombre d'interactions était relativement similaire entre chaque professionnel·le et Catherine, l'ICASI, n'a pas pris plus de place qu'elle ne le devrait. Il n'y a pas eu de moment qui lui donnait plus

d'importance puisque nous nous sommes assurés de donner la parole à toutes de manière égale. Julien, le TS, explique qu'il n'a jamais senti que certaines personnes prenaient plus la parole que d'autres : « J'ai trouvé que la façon qu'étaient pensés les ateliers comme les post-it, ça nous aidait chacun à mettre notre grain de sel de manière égale ». Ainsi, les ateliers effectués de manière créative ont permis de prendre en considération l'avis de chacun·e indépendamment de leur profession. Il est vrai que puisque l'ICASI occupe un rôle de coordonnatrice clinique des soins, elle amenait un point de vue parfois plus pragmatique, nous rappelant l'existence d'un programme ou d'une formation qui pourrait compléter nos discussions. Toutefois cela a semblé plus aidant et soutenant pour le groupe, sans pour autant prendre une place disproportionnée.

Ensuite, l'entretien collectif qui a eu lieu deux semaines après la dernière séance de CoP, a été un lieu riche en discussions qui nous ont permis de comprendre ce qu'ont vécu les membres du groupe d'une séance à l'autre. Bien que le caractère interprofessionnel n'ait pas été abordé en début de communauté de pratique comme étant un enjeu sur lequel travailler, c'est toutefois sur cet aspect précis qu'a débuté l'échange de fin de parcours. À partir de la simple question qui visait à savoir si le groupe avait atteint leurs attentes, le travailleur social a souligné que la CoP l'a aidé à prendre un temps d'arrêt pour « se mettre dans les bottines de l'infirmière [...] et dans les bottines du préposé qui est confronté à une personne qui peut arrêter de respirer d'une minute à l'autre » (Julien). Ce sur quoi, l'ICASI a renchéri en nommant l'importance qu'a eue ce groupe pour offrir un lieu de dialogue interprofessionnel, lieu qu'il n'« est pas évident de créer à travers [notre] rythme de travail, ça permet vraiment de plus discuter au lieu de jaser dans un coin de couloir, cinq minutes par-ci, cinq minutes par-là» (Catherine). Les participant·e·s sont bien conscient·e·s du rôle de leurs collègues occupant un autre poste, mais lorsque vient le temps de connaître les spécificités de chaque profession et les tâches qu'ils effectuent auprès des résidentes en fin de vie, ils avouent n'être que peu au courant. Alexandra (Infirmière) explique que même dans les formations, on ne traite jamais du travail des autres ce qui :

[...] empêche de savoir quand interpeller le TS, quand interpeller l'ICASI. Et si on le sait pas, comment veux-tu qu'on sache comment travailler ensemble? Enfin, ici, on a réussi à en savoir plus. Je sais maintenant que Julien est là pour des choses très spécifiques auxquelles j'aurais pas pensé. (Alexandra)

Cette collectivisation des savoirs dont parle l’infirmière est un élément commun que nous avons retrouvé à travers les réponses données par les professionnel·le·s lors de l’entretien collectif. En fait, elles s’entendent pour dire que le groupe a été un moyen pour elles de réfléchir à des façons de mieux travailler auprès des personnes en fin de vie grâce à une meilleure connaissance de ce qui est fait par les autres. Lors des ateliers, nous avons ressorti à plusieurs reprises l’apport du travail de chaque personne comme le montre l’infographie résumant les obstacles et solutions à des soins adaptés aux résidentes en fin de vie (voir annexe K). Effectivement, nous avons continuellement tenté d’aider les participant·e·s à voir les pratiques en contexte de fin de vie comme quelque chose qui met à contribution les savoirs de chacune d’entre iels. Catherine (ICASI) amplifie ce discours concernant l’interprofessionnalité en soulignant la pertinence d’œuvrer en collaboration dans le CHSLD: « On est là pour travailler ensemble et on va travailler ensemble, on est fort ensemble, c’est ce que la communauté de pratique a démontré ».

Cependant, iels sont bien au courant des grandes difficultés auxquelles iels sont confronté·e·s quand vient le temps de collaborer : « Il y a ce qu’on rêve de faire comme travail, et il y a la réalité » (Meriem). Cette phrase énoncée par Meriem démontre qu’iels aimeraient pouvoir travailler ensemble, mais que la vérité est que le temps est limité et qu’il manque définitivement de lieux pour pouvoir considérer l’avis de chaque membre du personnel. Des groupes comme la communauté de pratique permettent donc de réfléchir à des moyens de rendre leur travail plus collaboratif.

4.2.2 Réfléchir aux contraintes organisationnelles

Considérant les résultats précédemment exposés, il est manifeste que la communauté de pratique a été pour les participant·e·s un lieu leur permettant de discuter, mais aussi d’exprimer leurs inconforts ou leur mécontentement concernant leur pratique. Effectivement, il a été possible de réfléchir collectivement à ces éléments pour ensuite analyser certaines situations afin d’en ressortir des solutions.

En phase pré-intervention, nous avons rencontré plusieurs personnes pour dresser le portrait général de l’organisation du CHSLD et noté toutes nos observations ainsi que les éléments clés provenant de nos entretiens. Notre rencontre avec la conseillère cadre au milieu de vie nous a aidés

à confirmer nos hypothèses selon lesquelles la structure organisationnelle du CHSLD exerce une influence directe sur les pratiques en contexte de soins de fin de vie. Elle nous a expliqué que son emploi l'amène à s'assurer de la bonne application des mesures et des programmes mis en place. Cela inclut notamment la politique d'hébergement et de soins et services de longue durée qui comprend des orientations à suivre concernant la fin de vie et les soins palliatifs. Cependant, elle nous a avoué que ces initiatives étaient presque exclusivement réfléchies par des personnes ayant un statut hiérarchique élevé et qui ne passent que très peu de temps sur le terrain. À cet effet, ces réflexions résonnent avec ce que le travailleur social nous a précisé quant au fait que lorsqu'une visite ministérielle a lieu dans l'établissement, il n'est jamais consulté et ne fait jamais partie des rencontres prévues par ces cadres. Ainsi, en mettant en place un groupe dans un CHSLD, nous avons démarré avec des participant·e·s qui considéraient ne pas avoir la capacité de changer quoi que ce soit dans leur organisation. Il est donc devenu important de réfléchir à des moyens d'intégrer dans la CoP des stratégies facilitant la reconnaissance collective de leur potentiel à opérer un réel changement. Celleuc-ci ont soulevé en fin de parcours que c'est entre autres la création d'outils, mais aussi de recommandations qui les a aidés à observer qu'elles avaient la chance de prendre part à l'amélioration de leurs propres pratiques.

De plus, la conseillère déplore que l'organisation vise l'optimisation plutôt que la personnalisation des services. Les professionnel·le·s n'ont donc pas d'autres options que de se conformer à certaines directives qui sont difficilement compatibles avec la réalité. Pour y arriver, il leur arrive de déroger à certaines indications et d'adapter leurs interventions. Ceci a été fréquemment soulevé dans la CoP et a permis à chaque professionnelle de comprendre à quel point elles vivent des enjeux similaires : « Ça a fait tellement de bien de savoir que c'est pas juste nous les préposés qui contournent les règles » (Paul, PAB). Ceci met donc en lumière le contexte dans lequel la communauté de pratique s'est implantée, soit un milieu qui confronte le personnel à des contraintes organisationnelles qui affectent leur travail.

Par exemple, lorsque nous parlions de la phase post-décès, une PAB a nommé l'inconfort vécu par ses collègues de prendre l'ascenseur avec le corps mort et les employés de la morgue lors de la phase d'accompagnement vers la sortie, prescrite par le programme du CIUSSS. À ce propos, une autre PAB a expliqué que sur son étage personne n'était obligé de prendre l'ascenseur et on leur proposait de descendre par l'escalier afin de rejoindre le corps au rez-de-chaussée. Ceci est un

exemple clé qui soutient la position d'Alexandra (infirmière), selon laquelle le groupe lui a permis de « réfléchir à une solution, aussi petite soit-elle, mais qui apporte une grande différence » dans leur quotidien. Effectivement, dans la séance qui a suivi celle où ce sujet a été abordé, tous·tes les préposé·e·s ainsi que les infirmières ont indiqué avoir mis en pratique cette méthode sur leurs étages. On peut donc comprendre qu'il existe des exigences contraignantes de l'organisation, mais qu'en offrant un espace aux professionnel·le·s pour partager leur vécu, il est possible de se pencher sur des moyens de les contourner ou bien de les faire autrement pour effectuer un travail qui leur ressemble.

De surcroît, Meriem (infirmière) a soulevé lors de l'entretien collectif qu'elle considère, au sein du CHSLD, n'avoir aucun endroit semblable à la CoP qui leur permet de « discuter ensemble, s'organiser ensemble, de verbaliser [leurs] frustrations et d'aller en profondeur sur des sujets importants ». Plus spécifiquement, elle mentionne que non seulement le CHSLD n'offre pas l'espace pour ces échanges, mais « n'est pas structuré pour faire ça » (Meriem). L'infirmière fait entre autres référence au manque de temps, enjeu abordé à de maintes reprises à travers les séances de communauté de pratique. En effet, les participant·e·s considèrent que le temps est un grand obstacle et les empêche de pouvoir se concerter, mais aussi d'appliquer les mesures recommandées par le CIUSSS. À cet égard, Lina (PAB) s'est exprimée en première rencontre en attirant l'attention sur le fait que : « C'est bien beau le programme de fin de vie, mais souvent on n'a pas le temps de faire ce que ça demande »⁴. Ainsi, la CoP crée non seulement un lieu, mais aussi une période prédéfinie à laquelle les participant·e·s peuvent entièrement se consacrer au travail interprofessionnel et aux interventions dans les contextes de fin de vie.

Il est vrai qu'à chacune des séances de la CoP, le groupe a eu la possibilité d'aller en profondeur sur des sujets qui leur tiennent à cœur. Nous avons tenté à travers ces échanges de ne pas tomber dans la simple plainte sans action, mais plutôt de transformer ces préoccupations en une réflexion collective visant à les analyser et les comprendre. En tant qu'animateur, nous les avons fréquemment questionné·e·s pour savoir ce qui les amène à agir ainsi ou bien ce qu'elles font dans

⁴ À noter que Lina, tout comme Josette, n'était pas présente lors de l'entretien collectif. Les seules citations issues de leurs réflexions proviennent des comptes-rendus de rencontre, où plusieurs des paroles significatives des participant·e·s ont été consignées.

leur quotidien pour surpasser les obstacles. Ceci les a poussés plus d'une fois à remettre les choses en perspective et se ramener au contexte actuel. Les employé·e·s avec plus d'expérience ont nommé ce changement qui s'observe dans leur travail dû au changement démographique : « C'est parce qu'avant il y avait moins de personnes en attente pour aller en CHSLD » (Catherine, ICASI), « On le voit le gros changement dans la population » (Meriem, infirmière), « la population est de plus en plus vieillissante. Les services à domicile de CLSC sont saturés. Donc nous on se retrouve avec un travail multiplié » (Julien, TS). Julien ajoute à ces diverses remarques que : « ce sont nous les intervenants qui subissent ces pressions-là et on a besoin de pouvoir se partager entre collègues ce qu'on vit et comment on le vit ». Le personnel des CHSLD vit donc directement l'impact des changements démographiques et doit apprendre à pallier les lacunes de l'établissement. Ce que le TS met de l'avant est le besoin de pouvoir réfléchir aux manières de s'outiller mutuellement et de partager leur expérience commune pour normaliser leur vécu.

Dans la CoP, nous avons aussi été confrontés à des discussions sur certaines difficultés vécues sur lesquelles le personnel n'aura jamais aucun contrôle. Certains enjeux vont parfois au-delà de l'organisation et appartiennent davantage à l'institution et à ses politiques qui la gouvernent. Un de ces principaux défis est le manque de considération envers les proches d'un défunt dû au rythme auquel s'attend le CIUSSS. En effet, lorsqu'un·e résident·e décède, le personnel doit s'assurer que les proches viennent vider la chambre dans les 24 heures suivantes. Ceci est requis afin de laisser la place à une nouvelle personne et s'accorde avec la volonté de promouvoir l'efficacité de l'établissement. Paul (PAB) déplore cette pratique et considère que travailler en CHSLD, c'est être témoin d' : « une mort à la chaîne », ce à quoi Meriem (Infirmière) ajoute : « une journée, tu pleures avec quelqu'un, le lendemain tu dois rire avec l'autre pour qu'il se sente accueilli dans sa nouvelle chambre, là où la veille quelqu'un est mort » (Meriem). Cette dure réalité est celle à laquelle toutes les employées font face et les empêche de prodiguer des soins dans le respect de chacun. Julien (TS) exprime également un sentiment d'épuisement face à ces circonstances, en disant : « Après ça, si seulement on pouvait attendre que la poussière retombe et que les sandwiches pas de croûte soient mangés, là on pourrait vraiment être présent pour la famille » (Julien). Des idées pour répondre à cette problématique sont ressorties, par exemple la création d'une salle d'entreposage en attendant que la famille puisse venir chercher les effets personnels. Les participant·e·s sont toutefois bien conscient·e·s que parfois il faut simplement accepter de s'adapter

comme le souligne Alexandra (Infirmière): « Parfois il n’y a pas de réponses à nos questionnements et à nos problèmes, mais en parler, c’est ça qui fait du bien. On peut se comprendre et voir qu’on est tous affectés par ce quelque chose qui est plus grand que nous ».

En outre, la communauté de pratique a été un lieu où les professionnel·le·s se sont donné la chance de rêver à ce qu’iels souhaiteraient, à ce qui rendrait les soins plus humains envers les personnes mourantes et leurs proches. Ceci les a aidées à cibler et comprendre plus précisément les lacunes qui sont présentes et qui leur ont nui. Par exemple, le préposé aux bénéficiaires visualise le scénario idéal où « demain matin, on se retrouve avec un psychologue dans la bâtisse et un travailleur social par étage » (Paul). Ici, le PAB met l’accent sur la surcharge de travail du travailleur social et accepte donc qu’il faille parfois effectuer des tâches pour aider le TS au lieu de « toujours appeler Julien pour tout et rien » (Paul). Cette remarque a permis au travailleur social de se sentir compris alors qu’avant le début de la communauté de pratique, nous avons noté dans notre journal de bord le sentiment vécu qu’on lui réfère tout ce qui n’est pas de l’ordre médical, ce qui l’empêche parfois d’effectuer pleinement son travail. Plus précisément, il considérait que son excès de travail était en partie causé par une méconnaissance de son rôle par le personnel soignant, ce qui entraînait des sollicitations pour des tâches qui ne relevaient pas de sa responsabilité. Cela nous ramène une fois de plus à la pertinence d’avoir eu accès à un groupe interprofessionnel où les participant·e·s ont pu comprendre le travail des autres et pallier les contraintes organisationnelles qui exercent une pression sur chacun·e d’entre iels.

En bref, il a été possible de collectivement reconnaître que l’organisation influence grandement le travail du personnel. Néanmoins, c’est en tant que groupe qu’il est possible de s’organiser pour composer avec les circonstances et viser un travail bien fait.

4.2.3 Réfléchir à des recommandations

Dès la première rencontre, lorsque nous avons recueilli les attentes de chaque personne à l’égard de la communauté de pratique, nous avons décelé une volonté commune de se pencher sur des moyens pour surmonter les obstacles auxquels elles sont confrontées dans leur travail en contexte de fin de vie. C’est donc ce qui a mené le groupe à considérer la formulation de recommandations comme un objectif devenant même un élément clé de la CoP (voir annexe L).

Ce but qui a été déterminé collectivement permet d'observer des résultats concrets. Il s'agit en quelque sorte d'une manière pour les membres de voir un aboutissement au groupe et ainsi s'assurer d'avoir participé à quelque chose qui sert à elles-mêmes, mais aussi à leurs collègues n'ayant pas fait partie de la CoP. À ce sujet, la préposée aux bénéficiaires Lina a nommé dès le début son enthousiasme à participer à un groupe comme celui-ci : « Si ça permet de trouver ne serait-ce qu'une solution, je sens que ça va avoir valu la peine » (Lina). Étant conscient·e·s de la difficulté à faire changer les choses dans un milieu comme le CHSLD qui fait partie d'une grande institution, iels se sont penchées sur des recommandations réalistes et qui proposent des effets tangibles.

Pour y arriver, nous avons noté à chaque séance tous les éléments pouvant s'apparenter à une recommandation et nous les avons relevés dans nos comptes-rendus. Avant la dernière séance, nous les avons regroupés et écrits sur des pastilles de papier en plus d'en laisser quelques-uns vides, tout comme lors de la première séance où nous avons recensé les besoins. Ceci a mené à la détermination de six recommandations que nous avons clarifiées en détails pour favoriser la compréhension de celles-ci. Lorsque nous avons demandé à deux volontaires de présenter cette liste, nous avons constaté l'intérêt que pouvait susciter cette étape. Bien que ce soit seulement Julien (TS) et Catherine (ICASI) qui ont accepté de le faire, les autres membres de la CoP ont considéré qu'iels étaient bien représentés puisque ces recommandations, ce sont celles d'un groupe et reflète l'opinion de tous·tes. Alexandra (Infirmière) souligne qu'effectuer cet exercice les a aidées à voir qu'il est possible de contribuer à l'amélioration du CHSLD, et ce, même si elles ne font pas de la gestion : « On a trouvé des solutions. On ne sait pas si on va les accepter ou non, mais on a espoir qu'on va nous écouter. Nos recommandations vont peut-être avoir une suite qui va aider pas seulement nous, mais tout le CHSLD, nos résidents en fin de vie et leur famille » (Alexandra). Effectivement, comme le nomme l'infirmière, le fait qu'une cheffe d'unité, une supérieure hiérarchique accepte de les rencontrer pour prendre connaissance des résultats du groupe renforce l'optimisme quant à la prise en compte de leurs opinions et un éventuel changement.

Finalement, bien que la rédaction des recommandations ait été un grand bénéfice de la participation au groupe, les membres auraient voulu aller encore plus loin dans l'approfondissement des moyens pouvant être mis en place pour travailler sur ces indications. À ce sujet, Meriem (Infirmière) considère que si la CoP avait duré plus longtemps, elle aurait aimé pouvoir développer davantage

les recommandations, mais aussi réfléchir collectivement à des solutions à court terme, d'où la pertinence de la pérenniser. Alexandra (Infirmière) met l'emphase sur le souhait qu'elle a de réfléchir davantage à des solutions dans l'éventualité d'une reprise de cette communauté de pratique, remarque qui suscita des réactions favorables de l'ensemble des participant·e·s :

On pourrait ajouter plus les pistes d'amélioration pour des meilleures conditions en fin de vie [...] Comment on peut les travailler en considérant le titre de chaque personne? Donc, c'est quoi l'amélioration à faire au niveau de préposé, l'infirmière, infirmière auxiliaire, travailleur social, ICASI. Comment on peut travailler ensemble pour répondre par nous-mêmes à ces recommandations. (Alexandra)

Cet extrait nous amène à comprendre qu'au-delà de l'intention d'établir des recommandations aux cadres du milieu, le groupe veut pouvoir réfléchir collectivement à ce qui rend leur travail plus efficient et aligné avec les bonnes pratiques en contexte de fin de vie. De plus, l'infirmière nomme qu'elle aurait souhaité donner plus d'espace à la réflexion aux ajustements à faire dans chacune des professions menant à une plus grande cohérence dans leur travail commun.

4.3 Retombées de la CoP sur les pratiques interprofessionnelles en contexte de fin de vie

La mise en place de la CoP visait à permettre aux participant·e·s de réfléchir, d'échanger, mais aussi de se questionner leurs pratiques en contexte de fin de vie. Dans cette section, nous verrons la manière dont les professionnel·le·s ont pu ouvrir le dialogue dans le cadre qu'offre le CHSLD, élaborer des outils et observer un changement dans leurs pratiques. Nous y verrons de quelle manière nous avons réussi à répondre à nos objectifs de *sensibiliser les participant·e·s à une approche d'accompagnement de fin de vie dans leur pratique professionnelle* ainsi que de *créer des outils dont les participant·e·s de la communauté de pratique ainsi que leurs autres collègues puissent bénéficier afin de mieux saisir les pratiques de fin de vie.*

4.3.1 Ouvrir le dialogue sur la fin de vie

Lorsque la communauté de pratique a été sélectionnée comme intervention à implanter dans le CHSLD, nous espérions que ceci allait être un moyen d'ouvrir le dialogue sur la fin de vie dans un milieu où le sujet reste encore tabou. La réalité du terrain a effectivement mis en lumière le contraste entre la présence constante de la mort et la rareté des discussions à son sujet.

Dès les premières minutes où nous sommes arrivés au CHSLD, nous avons entendu la réceptionniste au téléphone demander si Mme X qui est arrivée 3 jours avant était bel et bien décédée, n'ayant eu d'autre information que par l'entremise du dossier de lits occupés. Ceci a pu mettre le ton sur les semaines qui ont suivi dans le CHSLD et sur la mise en lumière d'une augmentation des décès qui surviennent rapidement en hébergement de soins de longue durée. À la deuxième semaine dans le milieu, quatre décès ont eu lieu dans les trois jours précédents et un nombre similaire a été constaté chaque nouvelle semaine.

Ensuite, nous avons appris qu'il y avait dans l'établissement, un programme de fin de vie, une responsable à l'intégration de ce programme et plusieurs initiatives et pratiques en place pour encadrer cette étape de la vie des résidentes. Lorsque ce programme a été instauré, une présentation a été créée afin d'en expliquer les particularités pour que les professionnel·le·s puissent en prendre connaissance. Toutefois, en allant à la rencontre des différent·e·s professionnel·le·s concernées par ce programme, nous avons pu réaliser que plusieurs aspects qui y sont exposés sont encore méconnus. Effectivement, bien qu'il existe un cadre, cette réalité reste encore peu explorée par les professionnel·le·s confirmant ainsi notre hypothèse du tabou. Lors d'une des séances, Josette (PAB) a noté : « Nous, [les participant·e·s de la CoP] on est très à l'aise d'en parler, mais je sais que sur mon étage, je suis une des seules. Les gens sont pas confortables alors qu'on en voit tous les jours, ça devient difficile d'en parler en équipe » (Josette).

Dans un même ordre d'idées, en rencontrant les professionnel·le·s avant la mise en place de la CoP, nous avons réalisé que peu de personnes étaient au courant que le programme mettait à disposition des outils pour les encadrer dans leurs pratiques. Effectivement, on y retrouve entre autres des aide-mémoires qui expliquent chaque tâche à faire lorsqu'on intervient en contexte de fin de vie. Cet outil nous a été exposé par l'infirmière auxiliaire à la première séance et puisque la maîtrise du programme a été choisie comme objectif de la CoP par ses membres, nous avons décidé d'utiliser l'aide-mémoire comme base de notre deuxième séance. Au fil de cette heure, nous avons tenté d'aider les participant·e·s à s'approprier ces listes de tâches en soulignant ce qu'iels effectuaient adéquatement ainsi que ce qu'iels n'avaient pas le temps de faire ou n'étaient tout simplement pas au courant. L'ICASI nous mentionne avoir été très surprise de l'existence de cet aide-mémoire et que non seulement elle a appris sur ses responsabilités, mais aussi sur celles de ses collègues: « Je trouve ça fou qu'on ne nous en a jamais parlé avant parce que ça m'aide à cibler

ce que je dois faire, pis d'aider les autres à savoir quoi faire. Même dans la formation que j'ai suivie sur la fin de vie le mois passé, on nous en a jamais parlé » (Catherine). De surcroît, en interrogeant les participant·e·s sur les bénéfices qu'ils ont notés de cet atelier, iels ont nommé que cela les a aidées à mieux comprendre à qui se référer en plus de voir comment cela peut les aider pour intervenir auprès des résidentes et de leurs proches. Alexandra (Infirmière) précise qu'elle a commencé à « consulter fréquemment l'aide-mémoire » et à « poser plus de questions sur les fins de vie des résidents de [son] étage » (Alexandra). Ainsi, mettre de l'avant des instruments qui peuvent aider tout le personnel est en soi une façon de soulever le sujet de la mort.

Malgré cet enthousiasme, il ne faut pas négliger le rythme du CHSLD et les routines qui sont ancrées chez les professionnel·le·s . À cet effet, Catherine (ICASI) nous explique qu'après avoir pris connaissance des aide-mémoires, elle a tenté le plus possible d'appliquer ce qui était prescrit, mais « Ça a duré une semaine, deux semaines. Après ça, j'ai repris mes vieilles habitudes, c'est trop difficile d'intégrer quelque chose de nouveau ». Il serait donc avantageux dans une autre communauté de pratique, de mettre l'emphase sur le statut d'ambassadeur·rices des participant·e·s et de les aider à transmettre les nouvelles connaissances acquises sur leurs étages. Ceci permettrait à la fois d'ouvrir le dialogue avec leurs collègues, mais aussi d'elles-mêmes intégrer les apprentissages à leur pratique quotidienne. L'échange qui suit présente justement la réalisation des participant·e·s qu'ils peuvent être la référence auprès de leurs collègues quand iels font face à des situations de fin de vie :

Maintenant, on a des petites solutions aux problèmes quotidiens et on peut les partager aux autres. (Alexandra, infirmière)

Exactement, [...] je ne veux pas m'ériger en formateur en fin de vie, mais s'il y a un besoin, une situation qui se pose, je peux être bien placé pour partager mes idées. (Paul, PAB)

Je pense que [la communauté de pratique] a semé quelque chose en nous. C'est maintenant à nous, [...] de nourrir la flamme, de parler de la fin de vie, puis de comment toujours nous améliorer. Je pense que c'est à nous de faire durer ça, de maintenir le feu. (Julien, TS)

Sur une note similaire, les membres du groupe considèrent que la CoP devrait fortement encourager les employé·e·s, qui n'ont pas autant de confort qu'ils avec la mort d'y participer. Iels soulignent l'importance d'offrir un espace pour « extérioriser leurs craintes, leurs appréhensions » (Catherine) et « mieux comprendre la mort en général » (Meriem). Selon elles, c'est ce qui pourrait faire la

différence dans leur travail auprès des résident·e·s en fin de vie et viser une cohérence entre les attitudes et la posture de chacun·e dans cette période terminale.

4.3.2 Élaborer des outils d'intervention

En plus d'aider les participant·e·s à s'approprier leur aide-mémoire, nous avons essayé de regrouper tous les savoirs et les conclusions des discussions sur des infographies résumant chaque atelier. Tous les termes qui se retrouvent dans les outils sont ceux utilisés par les professionnel·le·s . Nous avons simplement rassemblé tout ce qui s'est dit afin d'en schématiser les synthèses. Ceci a permis de créer quatre outils qui leur ont été remis en fin de parcours, la semaine précédant l'entretien collectif, nous permettant de les voir comme des résultats immédiats de la CoP.

Le premier présente les éléments au cœur de l'intervention en contexte de fin de vie (voir annexe H). Ceci est la résultante du troisième atelier où nous avons demandé à chacune de mettre sur une note autocollante toutes les choses qui, selon iels, permettent d'effectuer un travail aligné avec les résident·e·s en fin de vie. Nous avons ensuite créé trois petits groupes afin qu'iels priorisent deux éléments qui sont primordiaux et qui devraient toujours être au centre de leurs interventions. Comme le présente l'infographie, ce sont les mêmes deux pratiques qui ont été mises de l'avant par chacun des trois groupes, soit « Assurer le confort du résident » et « Accompagner les proches dans le processus de fin de vie ».

En quatrième séance, nous nous sommes penchés sur un cas clinique d'acharnement thérapeutique dont certain·e·s professionnel·le·s ont été témoins. Ceci a été soulevé plus d'une fois dans les rencontres précédentes et un besoin d'être plus outillé pour soutenir les proches des résident·e·s s'est fait ressentir. Meriem (Infirmière) nous a d'abord présenté le cas spécifique qu'elle a vécu et à partir de celui-ci, nous avons collectivement fait ressortir toutes les motivations et les préoccupations de la famille (voir annexe I). Pendant cette même séance, nous avons aussi recensé tous les éléments pouvant contribuer à faire cheminer des familles dans l'acceptation de la fin de vie, ce qui nous a permis de créer une infographie présentée en annexe J. Cet atelier a permis de mieux saisir ce qui pousse certains proches à agir ainsi. Julien (TS) précise qu'il a senti que cela lui a permis de « mieux comprendre où se positionne chaque personne et si on comprend d'où ils viennent, on peut mieux comprendre comment intervenir auprès d'eux ». En ayant accès à cet outil,

on peut donc espérer que les participant·e·s puissent dans le futur mieux cerner les besoins de chaque personne concernée.

Finalement, le dernier outil créé à travers la communauté de pratique met en image les principaux obstacles à des soins adaptés aux résident·e·s en fin de vie ainsi que leurs pistes de solution divisées par profession (voir annexe K). Il s'agit de l'infographie qui a été la plus appréciée par les participant·e·s puisqu'ils considèrent que cela résume très bien la richesse des discussions qui ont eu lieu lors de la cinquième séance. Josette (PAB), qui n'a pas pu se présenter lors de l'entretien collectif, a toutefois pu nous partager qu'elle a présenté cet outil à ses collègues préposées aux bénéficiaires et qu'elle a eu des rétroactions positives. Elle a apprécié qu'il soit facile de comprendre le schéma d'un premier coup d'œil et que cela devienne une référence pour savoir à qui se référer pour s'assurer d'être le plus présent possible pour la résidente qui est dans ses derniers jours.

De manière globale, la mise en forme des infographies a été soulignée par les participant·e·s comme un élément bénéfique à l'interprétation de celles-ci. Ils considèrent que c'est « facile à comprendre pour quelqu'un qui n'a pas fait partie du groupe » (Paul, PAB) et « ça résume exactement ce qui s'est dit pendant nos rencontres » (Alexandra, infirmière). En allant chercher les mots précis utilisés par les membres du groupe et en notant dans nos comptes-rendus chaque spécificité qui a été soulevée lors des séances, nous avons pu aisément synthétiser les propos pour en faire des infographies reflétant la CoP. De plus, ce travail s'est effectué de manière collaborative afin de regrouper les savoirs de chacune. Julien (TS) nomme qu'il « Y' a un peu de chacun de nous dans ça » (Julien), ce qui nous permet de confirmer que nous avons bel et bien maintenu le fil conducteur de la coconstruction.

4.3.3 Changer ses pratiques

Comme le nom le dit, les communautés de pratiques se penchent sur les pratiques de ses membres et tentent de les réfléchir, de les analyser et de voir comment les choses peuvent être faites différemment. La CoP, mise en place dans le CHSLD, ne fait pas exception puisqu'elle a, semaine après semaine, donné la chance aux professionnel·le·s de se questionner et d'en apprendre davantage sur leurs interventions en contexte de fin de vie. Bien que nous ne disposions que de six

séances, les participant·e·s ont tout de même soulevé des changements qui ont émergé dans leur pratique individuelle, mais aussi collective.

D'abord, la CoP a été un lieu où le sujet de la fin de vie a pu être abordé exhaustivement, poussant la réflexion de chaque membre à la fois lors des rencontres ainsi qu'à l'extérieur de celles-ci. Effectivement, les participant·e·s considèrent avoir fait plusieurs apprentissages et revenaient chaque semaine avec des rétroactions positives de la mise en application de ceux-ci dans leur quotidien au travail. Julien explique, qu'en tant que TS, il n'est pas nécessairement au courant de tous les dossiers concernant les résident·e·s en fin de vie et se sent donc parfois limitée dans sa capacité à offrir du soutien adapté aux besoins spécifiques de ces résident·e·s. Cependant, il nous partage que la CoP l'a aidé à se sentir plus confortable dans ces situations : « Plus on en parle, plus je me sens interpellé, plus je me sens concerné et plus ça devient un réflexe pour moi ». Ce réflexe, dont parle le TS s'aligne avec ce que les autres participant·e·s considèrent comme un des impacts principaux de la communauté de pratique. Plus précisément, iels ont toutes été d'accord lorsque Julien a expliqué qu'il se sent beaucoup plus sensibilisée aux situations de fin de vie. Lorsqu'un cas se présente, il a maintenant tendance à mettre plus d'efforts dans ses interventions et peut mettre en application ses apprentissages de la CoP.

De plus, un autre type de réflexe a été acquis par les participant·e·s, soit se référer aux bonnes personnes dans leurs interventions. En s'appuyant sur les aide-mémoires qui ont été présentés et en mettant de l'avant les tâches de chaque professionnel·le, il a été possible de les aider à mieux intégrer le travail des autres. À ce sujet, Meriem (Infirmière) souligne une situation qui a eu lieu la semaine précédente et s'adresse à Julien (TS) :

Il y a eu un changement de cap pour un résident, on s'est enligné vers la fin de vie. Et j'ai eu le réflexe de t'appeler pour ça et j'ai eu le réflexe de m'assurer qu'une PAB soit présente en tout temps vu que les proches du résident étaient en voyage. Dans un autre contexte avant la CoP, je pense pas que j'y aurais aussi rapidement pensé. (Meriem)

Cet automatisme est en quelque sorte une preuve du changement des pratiques des professionnel·le·s . En les poussant à réfléchir davantage sur la question et en les outillant pour mieux connaître les spécialités de chacune, il est possible de viser un travail plus aligné avec les bonnes pratiques d'accompagnement de fin de vie.

Il faut se rappeler que Catherine occupe un poste supérieur au niveau hiérarchique et coordonne la mise en place de plusieurs pratiques dans le CHSLD. Son opinion était donc pertinente pour nous permettre d'avoir une vue d'ensemble des effets potentiels de la CoP sur tous les étages. Selon elle, « Le simple fait d'avoir réuni plusieurs personnes pour en parler c'est super positif, on sait qu'il y a maintenant une personne qui en connaît un peu plus que les autres sur presque tous les étages, ça crée une certaine cohérence entre les étages » (Catherine, ICASI). À cet effet, il ne faut pas sous-estimer l'importance qu'a eue la mise en place d'un groupe interprofessionnel avec des participant·e·s de différentes équipes de travail. Cela a en quelque sorte permis d'étendre les retombées du groupe.

Finalement, il est vrai que la CoP a offert l'espace aux professionnel·le·s de critiquer ce qui est mis en place et de mettre de l'avant les défis et obstacles de la pratique, toutefois, il est important de prendre en compte que cela a été un moyen pour les professionnel·le·s de valoriser leurs réussites. Par exemple, Julien qui, en tant que travailleur social, passe moins de temps sur les étages, est souvent là pour soutenir les proches des résident·e·s et leur dire qu'elles sont entre bonnes mains pour les derniers instants. En s'adressant au groupe, il nomme que : « vous avez réussi à me convaincre par vos propos. Moi, ça m'a rassuré. En fait, c'est comme si ça m'a permis de croire à ce que je dis et croire en notre travail » (Julien, TS). Cette phrase apporte une lumière intéressante aux ateliers puisqu'elle nous aide à noter cette particularité qu'a eue la CoP de faire réaliser au groupe que c'est ensemble que les professionnel·le·s peuvent réaliser un travail bien fait. Si iels se concertent davantage, iels peuvent encore plus y croire et donc améliorer peu à peu leurs pratiques. Que ce soit dans la présence continue d'un·e PAB dans les derniers jours de vie d'une personne ou bien, dans le soutien offert aux proches, chaque tâche accomplie aide les professionnel·le·s à comprendre que ce qu'ils font a une importance et peut avoir un réel impact sur la vie de leurs résident·e·s.

4.4 Synthèse

En résumé, la communauté de pratique a offert aux participant·e·s un espace dédié à l'exploration de la fin de vie et à la réflexion collective sur leurs pratiques. La particularité de ce dispositif d'intervention, ainsi que son processus de coconstruction, ont été soulignés comme des facteurs clés de l'engagement des participant·e·s. Le choix d'un groupe interprofessionnel a été bénéfique,

permettant aux participant·e·s d'en apprendre davantage sur leurs collègues, de partager leurs expériences, et de réfléchir ensemble aux contraintes organisationnelles pour élaborer des recommandations à destination des cadres du CHSLD. Des impacts sur leur pratique ont également été observés, notamment la mise en valeur du travail en contexte de fin de vie et le développement de réflexes d'intervention. De plus, en soutenant les professionnel·le·s dans l'appropriation des aide-mémoires mis à disposition par le CIUSSS ainsi qu'en créant des infographies devenant des outils, il a été possible de renforcer leurs bonnes pratiques et de leur donner accès à des résultats concrets issus de la CoP. Cependant, les membres du groupe ont exprimé le souhait d'une CoP où ils auraient eu un plus grand encadrement de la part de l'animateur·trice pour éviter de commencer en retard ainsi que maximiser le temps mis sur les échanges. Nous aurions aussi gagné à accorder plus de temps à la phase de fin pour s'assurer de suivre le rythme des professionnel·le·s. Une telle structuration aurait facilité l'organisation du temps pour aborder les sujets essentiels et se concentrer davantage sur la mise en œuvre de mesures collectives pour répondre aux enjeux soulevés. Toutefois, dans une possible reprise de la CoP, nous pouvons espérer que les participant·e·s s'assureront chacune de leur côté de viser des interventions en fin de vie de qualité et comme le dit si bien le travailleur social, « de nourrir la flamme » et « de maintenir le feu » (Julien).

CHAPITRE 5

DISCUSSION

Dans le chapitre qui suit, nous nous attarderons aux effets de la communauté de pratique mis en lien avec notre problématique et notre cadre conceptuel qui ont servi de lignes directrices à notre projet. À travers l'implantation de la CoP, nous tentions de répondre à la question : *Comment est-ce qu'une communauté de pratique interprofessionnelle pourrait permettre d'améliorer les pratiques des professionnel·le·s en contexte de fin de vie au sein des CHSLD?* Bien que nous ne croyions pas avoir changé drastiquement les pratiques des professionnel·le·s, nous avons cependant pu observer plusieurs avenues intéressantes de la CoP comme dispositif d'intervention dans le contexte interprofessionnel de la fin de vie en CHSLD. Des conditions nécessaires à la mise en place d'une CoP ont été relevées et nous les décrirons plus en détails pour ensuite approfondir la pertinence de ce type d'intervention pour atteindre nos objectifs de recherche. Ceux-ci étant la création d'un savoir collectif, la sensibilisation des professionnel·le·s aux interventions en contexte de fin de vie et la création d'outils. Puis, la présentation des pistes prometteuses ressortant de ce projet conclura ce chapitre.

5.1 Conditions nécessaires pour mettre en place une communauté de pratique en contexte d'intervention de fin de vie en CHSLD

Les résultats présentés précédemment nous ont démontré que les participant·e·s ont vécu une expérience globalement positive les amenant à relever principalement des effets bénéfiques d'avoir participé à la communauté de pratique. À travers ces réflexions, nous avons pu mieux saisir les éléments qui ont contribué à la mise en place de la CoP. Ce sont plus précisément trois conditions qui se sont présentées comme étant avantageuses et même nécessaires pour que la CoP puisse avoir un impact concret sur le travail des professionnel·le·s . On y retrouve le rythme et le temps accordés tant par l'organisation, les participant·e·s et l'animateur, la coconstruction comme modèle de conception de la CoP, l'élaboration d'une liste de recommandations ainsi que le déploiement de stratégies pour dépasser les obstacles potentiels.

5.1.1 Prendre en compte la dimension temporelle comme facteur influençant la CoP

Dans plusieurs articles scientifiques ayant comme thème l'implantation d'une communauté de pratique, on expose des astuces et conseils qui permettent à une personne voulant créer sa propre intervention dans un milieu d'être bien guidée à travers ce processus (Arcand, 2017; Carvalho-Filho & al, 2020; Savard & Côté, 2020). Ces pistes de réflexion abordent entre autres les intentions, la constitution du groupe, la prise de contact avec le milieu et la facilitation. Toutefois, à la lumière de notre projet, nous avons pu ressortir un élément crucial qui n'est que brièvement abordé dans ces documents et qui pourtant a eu un grand impact sur notre CoP, soit la considération de la dimension temporelle. Cette thématique est abordée de diverses façons dans la documentation, mais n'est pas présentée de manière unique comme nous le ferons dans cette section. Nous la fractionnerons sous un triptyque d'acteurs·trices concerné·e·s et dont le temps a influencé leur implication, soit le CHSLD, les participant·e·s ainsi que l'animateur.

Premièrement, en choisissant le CHSLD comme milieu dans lequel nous allions explorer les pratiques, nous savions que nous courrions la chance d'être confrontés à plusieurs obstacles quant au rythme dans lequel évoluent les professionnel·le·s. Effectivement, nous savions que les CHSLD étaient reconnus pour être des établissements où l'on retrouve une surcharge généralisée du travail des employé·e·s et où il est difficile de trouver du temps pour réfléchir collectivement aux pratiques (Aubry & al., 2020; Gagnon, 2021). Ces appréhensions ont été rapidement confirmées, à la fois dans la recherche d'un milieu qui accepte notre projet et dans le temps qui allait nous être alloué pour le mettre en place. Dans les discussions avec certains gestionnaires de site de CHSLD pour voir la possibilité d'y faire notre intervention, on nous a, à plusieurs reprises, nommé qu'ils voyaient difficilement comment allouer une période pour un projet du genre. Ensuite, bien que le CHSLD-XXXX a accepté notre projet, nous anticipions tout de même une certaine difficulté à créer un groupe dans un milieu considéré comme rigide. Cependant, l'accueil que nous avons reçu témoigne de l'importance d'avoir un soutien organisationnel pour assurer notre autonomie en tant que chercheur-intervenant (Arcand, 2017; Carvalho-Filho & al., 2020). Effectivement, on nous a aidés dans le recrutement de participant·e·s, dans l'accès à un local et surtout, l'accès à une période prédéfinie pour animer notre groupe. En libérant leurs employé·e·s une heure à chaque deux semaines, nous nous assurions que les participant·e·s qui désiraient volontairement en faire partie ne se sentent pas contraint·e·s dans le temps à participer au groupe et ressentent l'approbation de

leurs cadres dans cette initiative. Nous pouvons donc affirmer que, pour que la CoP génère des retombées positives, l'organisation doit offrir un soutien à l'implantation du groupe en allouant un temps précis aux employé·e·s y participant.

Dans la création d'un groupe tel que la CoP, nous avons aussi pu démontrer la pertinence d'accorder du temps pour que les employé·e·s occupant différentes professions puissent se rencontrer et discuter de leurs enjeux. Lorsque Meriem (infirmière) a mentionné que le CHSLD n'était pas structuré pour offrir un espace de concertation, elle nous amène à saisir que l'établissement n'accorde pas de temps aux employé·e·s pour se remettre en question ou pour réfléchir sur les manières dont iels peuvent collectivement changer leurs pratiques. Dans la même veine, il est difficile de trouver le temps et l'espace nécessaires pour rencontrer d'autres collègues afin d'échanger et enligner leurs interventions dans une perspective interprofessionnelle et collaborative. L'organisation du travail ne priorise donc pas la mise en œuvre d'espace de prise de parole ou de supervision clinique interprofessionnelle. Ces réflexions s'accordent avec le manque de ressources souligné par Aubry et al. (2020) pour respecter les normes d'interprofessionnalité promues par le gouvernement. En plus de cet effort de regrouper différentes employé·e·s, la CoP a su offrir un temps auquel elles n'ont habituellement pas accès pour en apprendre sur le travail de leurs collègues. La mise en place d'une communauté de pratique a donc eu la capacité d'offrir au personnel un espace qui leur est dédié et dans lequel on leur a permis de mieux connaître les autres pour mieux effectuer leur propre travail.

Deuxièmement, le temps exerce une influence directe sur les participant·e·s de la communauté de pratique et il importe de prendre en considération chacune des conditions dans lesquelles iels travaillent pour en garantir l'engagement. Rappelons-nous que le manque de temps pour s'investir dans la CoP fait partie des défis soulignés par plusieurs chercheur·e·s lorsque vient le temps d'analyser l'implication des professionnel·le·s dans un groupe (Arcand, 2017; McLoughlin, 2018; Savard & Côté, 2021; White & al., 2008). Ceci a pu être souligné dans notre communauté de pratique puisque les participant·e·s ont nommé que la période qui leur était allouée était optimale. Cela était juste assez pour pouvoir aborder plusieurs sujets, mais pas trop pour les retarder dans leurs tâches quotidiennes. Ceci nous prouve qu'il faut, dans la mise en place d'une CoP, se coller le plus possible à la réalité des professionnel·le·s. Si nous avons eu une heure et demie, tel que

planifié, il est possible d'émettre l'hypothèse que les professionnel·le·s se seraient senti·e·s plus stressé·e·s de participer à nos rencontres et possiblement moins investi·e·s.

En outre, au-delà de la structure de leur travail, il faut considérer le contexte de leurs pratiques. Comme mentionné dans notre cadre conceptuel, le travail des professionnel·le·s de CHSLD s'opère dans un système à deux vitesses (Aubry, 2020; Gagnon, 2021). Ceux-ci doivent enchaîner les interventions pour assurer l'efficacité de l'établissement tout en les adaptant pour se mettre au niveau des résident·e·s dont le rythme est grandement ralenti. C'est cette particularité qui nous amène à considérer qu'une CoP doit non seulement ne pas être vue comme un lieu de discussion, mais comme un temps où chaque personne se permet de ralentir pour réfléchir et mettre en commun leurs connaissances. Cette pause insufflée peut en quelque sorte servir de pont entre les rythmes existant dans le travail des participant·e·s. Ceux-ci, une fois de retour sur le terrain, peuvent agir différemment dans leur pratique en mettant en pratique ce qui a été appris dans le groupe ou bien tout simplement en se replongeant dans l'état d'esprit de la CoP. Cela correspond, en quelque sorte, à une démarche réflexive qui a été notée par les participant·e·s dans les changements observés dans leur pratique. Ce sont donc des réflexes qui ont été acquis et qui amènent les professionnel·le·s à prendre ce temps d'arrêt comme pour Julien (TS) qui a réalisé que grâce au groupe, il se voyait plus rapidement prendre une disposition d'intervenant en contexte de fin de vie.

Dans un même ordre d'idées, nous avons pu observer que le rythme de travail des professionnel·le·s peut entraver les acquis provenant de la CoP. Dans un milieu où les gestes soignants deviennent souvent des automatismes et où le travail se fait à la chaîne, il est facile de retomber dans sa routine (Gagnon, 2021). À cet effet, Catherine (ICASI) considère que bien qu'elle aurait voulu appliquer tout ce qui a été dit pendant les séances et mettre en pratique l'aide-mémoire qui leur a été présenté, la cadence du travail la ramène dans ses « vieilles habitudes » (Catherine). Les apprentissages effectués dans la CoP, bien que nombreux, peuvent avoir moins d'impact à long terme, et l'effort d'application de ceux-ci peut s'estomper avec le temps. Cette idée nous amène à considérer la possibilité de trouver plus de manières pour faire en sorte que la CoP ait des retombées concrètes, mais surtout pouvant perdurer. Ceci nous ramène à l'importance de considérer les participant·e·s comme des ambassadeur·rice·s de la CoP pour les amener à transmettre leurs apprentissages à leurs collègues et ainsi faire durer l'impact de la CoP dans le temps, produisant

ainsi des effets à long terme (Arcand, 2017; Carvalho-Filho & al., 2020; Ruelland & al. 2021). On pourrait même voir ce rôle comme occupant une fonction d'agent·e·s multiplicateurs·trices, c'est-à-dire que les participant·e·s ont fait partie d'une équipe qui vise à acquérir de nouvelles connaissances dans la CoP pour ensuite les transférer et sensibiliser leurs autres collègues aux bonnes pratiques en fin de vie. Celles-ci amèneraient d'autres professionnel·le·s à développer de nouveaux savoirs et pourront à leur tour les transmettre (Ruelland & al., 2021).

Troisièmement, la communauté de pratique mise en place nous a confirmé la pertinence d'avoir une animation qui tient compte du facteur temps à chacune des étapes. En adoptant une perspective compréhensive, nous avons mis une grande emphase sur le va-et-vient entre la théorie et le terrain pour nous assurer que tout ce qui est abordé s'inspire à la fois de la réalité des participant·e·s et de la littérature. Ce temps accordé à mettre en lien ces deux mondes ne doit pas être négligé puisque c'est ce qui nous permet de contribuer en tant qu'animateur et faire sentir aux professionnel·le·s que nous sommes là pour iels. Par exemple, dans la constitution d'infographies résumant les discussions des rencontres, les professionnel·le·s ont soulevé leur étonnement quant à notre investissement dans ce groupe. La création d'outils est effectivement quelque chose qui a été faite en dehors du groupe, mais qui s'inspire entièrement de la CoP. En leur montrant que nous avons créé quelque chose, elles ont pu sentir qu'on met du temps pour elles, qu'on n'est pas là simplement pour notre recherche, mais que nous sommes bien présents pour construire quelque chose ensemble et s'investir autant qu'iels.

L'animateur·trice se doit aussi de consacrer une partie importante de sa préparation à la consultation de ses participant·e·s et d'évaluer en continu la communauté de pratique (Savard & Côté, 2021). Ce temps qui y est accordé a permis, dans notre cas, de faire en sorte que les participant·e·s se sentent considéré·e·s, écouté·e·s et face à un groupe qui répond à leurs attentes. Ceci nous permet de donner un aperçu de la prochaine section qui portera sur la coconstruction. Ce processus de groupe passe en effet d'abord et avant tout par la volonté de l'animateur·trice d'y accorder un temps estimable.

En bref, nous avons pu articuler la dimension du temps sous trois sections distinctes. Effectivement, l'objectif était de mettre en place une communauté de pratique et donc de faire une pause, dans le travail des professionnel·le·s, s'arrêter un instant pour aborder un sujet. Nous voulions aborder la

fin de vie, un contexte d'intervention qui demande un ralentissement du rythme de travail, qui oblige la professionnel·le à ralentir sa cadence pour s'aligner avec la personne en fin de vie. Le tout s'est fait dans un milieu au rythme intense et où il est rare que les employé·e·s aient du temps pour s'arrêter un instant et réfléchir. Ainsi, nous voulions prendre le temps —par la CoP— d'aborder un sujet qui demande de prendre son temps —la fin de vie— dans un travail qui ne permet pas de prendre ce temps —un CHSLD—.

5.1.2 Coconstruire : s'assembler pour se ressembler

La méthodologie de notre projet de recherche a été grandement teintée par notre volonté d'effectuer un groupe interprofessionnel en coconstruction avec les participant·e·s inscrit·e·s. Cette décision provient, d'une part, de notre propre désir de créer une intervention qui reflète le plus possible ses membres et, d'autre part, de nos lectures d'articles qui soulignent l'importance de les inclure à chaque étape du processus (Arcand, 2019; Carvalho-Filho, 2020; Savard & Côté, 2021). Nos observations au cours des semaines de la communauté de pratique ainsi que les résultats qui sont ressortis de l'entretien collectif ont pu rapidement confirmer que cette coconstruction mise en place a été une des conditions les plus déterminantes au bon fonctionnement de la CoP. Celle-ci a permis de relever la pertinence de créer un groupe basé sur les pratiques des participant·e·s, de réfléchir collectivement aux objectifs et au contenu des rencontres ainsi que d'avoir un animateur qui s'assure que le groupe suit continuellement cette tangente.

De prime abord, la coconstruction peut se définir comme étant un processus collaboratif en partenariat avec les participant·e·s du projet que l'on crée et où chacune des étapes qui la compose donne une place prépondérante à la contribution de chacun des acteur·rices (Communagir, 2017; Vandeveld-Rougal, 2019). C'est dans une tentative de s'arrimer avec cette définition que nous avons peu à peu modelé notre groupe en misant sur la sphère collaborative, mais aussi sur les formules d'apprentissages mutuels. Ainsi, nous voulions dès l'intégration au milieu faire comprendre que nous étions là pour créer un groupe qui s'inspire entièrement du vécu des professionnel·le·s et que nous n'en étions pas l'expert, mais simplement un facilitateur. C'est donc par la « création d'[un] environnement d'apprentissage entre pairs » que nous avons présenté le projet et que nous avons misé sur les participant·e·s pour en créer le matériel (Gosselin & al., 2017, p.37).

Avant même d'intégrer le CHSLD, nous savions que notre groupe allait se constituer à partir du vécu des professionnel·le·s et que c'est de leur réalité que nous allions nous inspirer pour créer le contenu des séances. Nous sommes, entre autres, partis de l'apriori que les formations auxquelles le personnel de l'établissement a accès s'appuient majoritairement sur les données scientifiques et s'inspirent du modèle biomédical en omettant la sphère psychosociale qui fait pourtant grandement partie du travail des professionnel·le·s (Blacker & al., 2016; Couturier, 2019; Durivage & al., 2021; Gosselin & al., 2017; Marcella & Kelley, 2015). Les réflexions qui ont eu lieu dans le groupe à ce sujet nous ont aidés à valider la pertinence d'offrir aux professionnel·le·s une intervention qui se distingue de ce qui existe déjà et qui mise d'abord et avant tout sur la prise en compte de la réalité de ses participant·e·s. En nous éloignant des données entièrement empiriques pour laisser une place aux savoirs expérientiels, nous voulions davantage nous rapprocher de ce que vivent les professionnel·le·s pour aborder des sujets qui les touchent et qui leur permettent d'acquérir des connaissances qu'elles n'auraient pas eues autrement (Gosselin & al., 2017). À cet effet, nos attentes ont été répondues et lorsque les membres ont souligné que le groupe leur ressemblait, cela nous a confirmé que ce que nous essayons d'accomplir a été réussi. Avec ce que Paul (PAB) considérait comme un groupe « basé sur les faits expérimentés » au CHSLD, nous avons pu réaliser que non seulement nous avons intégré cette approche dans notre processus, mais cela a aussi été ressenti et perçu par les participant·e·s.

Dans le processus de coconstruction, après avoir mis en place un groupe dont la structure s'alignait avec les professionnel·le·s, nous avons décidé de débiter la CoP avec une détermination des objectifs provenant de leur vision de ce à quoi iels s'attendaient du groupe et de la confrontation de leurs idées. Nous avons d'abord recensé tous les besoins des professionnel·le·s en termes de fin de vie et nous les avons amené·e·s à déterminer les plus importants pour iels. Les participant·e·s avaient des volontés et nous les avons modelées pour que celles-ci deviennent des objectifs atteignables et dont nous pourrions en évaluer facilement le niveau d'atteinte de manière continue à travers la CoP (Arcand, 2017; Bertone & al., 2013; Savard & Côté, 2021). Cette étape, considérée comme un élément clé pour des résultats optimaux, a su faire ses preuves (Pichon & al., 2015; Savard & Côté, 2021). Effectivement, l'engagement des membres et la volonté de chacune d'entre iels à participer à chaque rencontre se sont fait ressentir. Iels se sont senti·e·s concerné·e·s et

désiraient aller en profondeur dans les sujets abordés, déplorant même le manque de temps pour aller encore plus loin sur ces thèmes.

En outre, les objectifs choisis ont non seulement orienté nos rencontres, mais servaient aussi de fil conducteur qu'en tant qu'animateur nous maintenions constamment à l'esprit. En nous nourrissant des réflexions des professionnel·le·s, nous avons pu les soutenir dans leurs volontés puisque nous restions le plus possible collés à ce à quoi iels s'attendaient d'une rencontre à une autre (Savard & Côté, 2021). C'est par leurs échanges et leurs motivations que nous avons pu d'une semaine à l'autre tenter de s'accorder avec iels. Cette dynamique que nous avons alimentée en construisant les séances en fonction des participant·e·s nous a aussi permis de susciter l'engagement des professionnel·le·s. Surmonter l'obstacle de l'implication des professionnel·le·s était donc un objectif personnel que nous avons et nous nous sommes inspirés des nombreuses recherches existantes qui suggéraient l'importance de la co-production des activités comme solution (McLoughlin, 2018; Ruelland, 2022). Ceci permettait aux membres de vouloir revenir chaque semaine et de vouloir continuer à travailler en groupe sur le contenu prédéterminé. Julien (TS), tout comme Paul (PAB), s'assurait de pouvoir participer à toutes les séances et de libérer préalablement son emploi du temps pour venir participer. Ceux-ci ont nommé le bien-être qu'ils ont ressenti en venant prendre part à la communauté de pratique et l'importance qu'ils ont accordé au fait de se sentir représentés, écoutés et d'avoir été des collaborateurs actifs au déroulement de celle-ci.

Les échanges entre les participant·e·s durant les séances ont été riches en contenu, mais aussi en sens. Toutefois, ces rencontres d'une heure aux deux semaines peuvent être peu significatives pour iels puisqu'elles s'inscrivent dans un horaire déjà très chargé et où ces réflexions peuvent s'estomper de leurs pensées au quotidien. C'est pourquoi les outils qui ont été créés et remis à chaque personne permettent de renforcer l'impact des idées qui sont ressorties du groupe. Dans sa description de la coconstruction, Vandeveld-Rougale (2019) met l'accent sur le rôle de l'intervenant·e à faire ressortir les aspects significatifs du groupe pour ensuite que les participant·e·s puissent se réapproprier « le sens de leurs échanges et pratiques, travail qu'ils pourront poursuivre sans que cette tâche puisse avoir de véritable achèvement » (p.126). Ceci nous permet de souligner la pertinence d'avoir transmis ces outils qui ne sont pas le produit unique de l'animateur, mais bien une réelle coconstruction *par et pour* les participant·e·s et assure que la communauté de pratique puisse continuer à cheminer et influencer l'intervention. C'est

précisément ce que de Gaulejac dans Vandeveld-Rougale (2019) mettait de l'avant dans ce qu'il nommait le « va-et-vient permanent entre les tentatives de conceptualisation et l'écoute du vécu ». Dans la CoP, nous avons effectivement tenté de soutenir les professionnel·le·s à structurer leurs pensées et conceptualiser le résultat de leurs échanges pour en faire des outils qui peuvent avoir une portée significative pour chacune d'entre iels. La remise de nos outils à la dernière rencontre nous a permis de confirmer que ces infographies n'ont pas été créées en vain et que les professionnel·le·s ont pu s'y refléter et prendre conscience qu'iels ont fait partie du processus de constitution de celles-ci.

5.1.3 Animer pour mieux guider

À l'aide de la section précédente, il est possible de saisir que la coconstruction est étroitement liée à l'approche compréhensive qui a guidé notre style d'animation. En effet, nos allers-retours entre le terrain et la recherche ont orienté la démarche et notre posture misait grandement sur la construction des connaissances dans le cadre du collectif (Morrissette, 2020, Schurmans, 2009). Il devient donc évident que cette approche a eu une grande influence sur les résultats, puisque les participant·e·s ont nommé d'emblée leur appréciation du style d'animation qui a été adopté ainsi que la place qu'elles y ont occupée. Le sentiment d'avoir contribué au groupe et d'être allé au-delà d'une rencontre interprofessionnelle ou de formations auxquelles iels sont habitué·e·s leur a permis de sentir qu'iels avaient une réelle opportunité de s'exprimer librement. C'est d'une certaine façon un « espace de compréhension » qui a été mis en place (Hanique, 2007, p.105). En effet, en tant qu'animateur nous avons constamment accordé aux participant·e·s la possibilité de s'ouvrir sur leur vécu et nous leur avons fait comprendre que nous voulions non seulement noter leur expérience, mais en saisir pleinement la profondeur et la signification.

En outre, ce que Julien (TS) a mentionné concernant l'importance d'être consulté dans la mise en place d'un groupe répond directement à l'objectif personnel qu'en tant qu'animateur nous nous étions donnés, soit de donner une place prépondérante aux participant·e·s. Nous avons souligné à chaque séance que nous voulions entendre ce qu'iels avaient à dire et que nous étions réellement là pour les soutenir. Nous avons alors adopté une posture égalitaire et assuré aux professionnel·le·s que nous n'étions pas présents comme un expert, mais bien comme un intervenant tout comme eux. Ceci a été noté par les membres du groupe et on nous en a remerciés.

De plus, notre superviseur d'activité d'intervention nous a amenés à nous inspirer des normes du travail social de groupe pour bien cerner ce qui devrait être mis de l'avant dans notre rôle. Les connaissances fondamentales à garder en tête nous ont permis de mieux comprendre ce sur quoi nous devions mettre une emphase, par exemple la reconnaissance de « la capacité des membres à s'aider mutuellement », « de contribuer au changement social de la communauté au-delà du groupe » et en « mettant l'accent sur leurs forces » (OTSTCFQ, 2024, p.6). On pourrait dire que ces éléments nous ont guidés à mieux guider le groupe. Ce guide de pratique a pu aussi être une référence à laquelle nous nous sommes tournés pour comprendre nos erreurs. Par exemple, en début de parcours, nous avons réalisé qu'il était difficile de comprendre si les membres du groupe étaient investis et si ils comprenaient ce que le groupe pourrait leur apporter. Ainsi, c'est en réalisant que nous avons négligé le temps à donner à la phase de fin que nous avons pu réaliser que ce qui nous manquait était la rétroaction des participant·e·s, pourtant crucial à la préparation des séances suivantes. À cet effet, c'est justement ce genre de flexibilité qui est encouragé dans la mise en place d'une intervention (Savard & Côté, 2021). En ayant la capacité de changer de cap rapidement et avec adaptabilité, une animation de CoP peut devenir beaucoup plus fluide et, encore une fois, se rapprocher du réel désir des membres du groupe, les aidant à se sentir écoutés et reconnus dans leurs besoins et leurs préoccupations. Bref, nous croyons que notre animation a été une force dans le groupe et que notre posture compréhensive et issue du travail social a favorisé l'émergence d'un espace propice aux échanges et au changement.

5.1.4 Formuler des recommandations : le changement c'est nous

Lorsqu'est venu le temps de réfléchir aux conditions gagnantes pour mettre en place une communauté de pratique, nous avons instinctivement pensé aux recommandations formulées en fin de parcours. Ceci s'est avéré être une valeur ajoutée à la participation des professionnel·le·s, les amenant à être des contributeur·trices direct·e·s à l'amélioration de leur pratique. Alors que nous ne considérions pas cet objectif comme réaliste considérant le temps limité dont nous disposions, la ferme intention des participant·e·s à en créer dès la première rencontre nous a amenés à en faire un axe clé du groupe. Ceci a servi entre autres de vision à long terme de la communauté de pratique. Alors qu'un groupe peut parfois sembler abstrait dans les retombées qu'il peut avoir, les participant·e·s savaient qu'au bout de ce processus ils pourraient donner une liste de recommandations à leurs supérieurs. Ceux-ci pouvaient même maintenir l'espoir de voir ces

idées être considérées, voire appliquées par l'établissement. Les recommandations peuvent donc agir comme un élément motivateur nourrissant l'engagement envers le groupe, rendant propice l'atteinte des objectifs de la communauté de pratique.

En accordant une attention particulière à chaque échange entre les professionnel·le·s qui résultaient d'une volonté, d'un désir ou d'une intention envers leurs supérieur·e·s, nous construisions petit à petit une banque de recommandations possibles. Nous sommes ainsi arrivés à la dernière séance avec plusieurs recommandations brèves provenant toutes des discussions ayant eu lieu lors de cinq rencontres précédentes. Nous avons alors soutenu les participant·e·s dans le choix de celles qu'ils voulaient approfondir, tout en leur laissant l'opportunité d'en créer des nouvelles qui ne s'y trouveraient pas. Les six items qui ont été sélectionnés et explicités sont devenus les réponses directement associées à chacune des conversations qui ont eu lieu lors de la CoP (voir annexe L). Les membres du groupe ont souligné que cet atelier leur a permis de voir que des solutions aussi petites soient-elles ont été trouvées et transmises aux supérieures.

Évaluer les effets de la communauté de pratique n'est pas chose simple, et ce, encore plus lorsque la période à travers laquelle nous effectuons la recherche est aussi courte. Plus spécifiquement, on parle ici de l'évaluation du long terme à laquelle il n'est pas possible d'avoir accès. Cette méthode d'analyse permet de déterminer les retombées sur la pratique des professionnel·le·s et l'impact qu'ont eu les échanges entre les professionnel·le·s sur leur travail (Savard & Côté, 2019; Seibert, 2015). Bien qu'on n'ait pas la chance d'effectuer cette étape, nous pouvons considérer la liste de recommandations comme une résultante de la CoP susceptible d'avoir eu un effet durable sur le CHSLD. Étant donné que les cadres de l'établissement ont pris connaissance de ce document, nous espérons avoir réussi à stimuler leur réflexion sur les interventions en contexte de fin de vie et à faire en sorte que ces idées perdurent dans leur esprit. En demandant à des volontaires de présenter les recommandations à l'infirmière-chef responsable du volet fin de vie, nous avons pu non seulement mettre l'accent sur la coconstruction de la CoP jusqu'à la dernière étape, mais aussi sur l'autonomisation du groupe. Effectivement, nous avons essayé qu'ils s'approprient la communauté de pratique et sentent que les recommandations viennent d'eux et qu'il ne s'agit pas d'un projet de recherche non participatif et sans application concrète. Ceci s'accorde avec l'effort que nous avons déployé à faire sentir aux participant·e·s que non seulement le terrain modulait le groupe et l'analyse des pratiques, mais que le groupe pouvait aussi à son tour influencer le terrain

et l'analyse des pratiques. En prenant le temps de présenter chaque point s'y retrouvant à la responsable du volet des soins palliatifs et de la fin de vie, nous avons pu allier les participant·e·s avec ceux qui s'assure du bon fonctionnement de cette sphère su CHSLD. En ayant fait présenter ces recommandations par des participant·e·s de la CoP, nous avons donné aux cadres la chance de rencontrer les personnes qui ont développé ces idées et de leur offrir la possibilité d'être des points de contact essentiels pour de futurs développements des pratiques et de leur analyse.

Puis, nous avons non seulement permis aux membres du groupe de se sentir entendus par leurs supérieur·e·s, mais nous les avons soutenues dans leur volonté d'avoir un impact sur leur milieu. La communauté de pratique a permis de donner une place de choix à des participant·e·s qui se perçoivent comme étant sans pouvoir d'influence dans l'établissement. La participation à la détermination des recommandations permet justement de concrétiser ce sentiment d'appartenance par la contribution à quelque chose de collaboratif et qui a la possibilité d'avoir un impact sur leur travail. Par cette activité, il est possible d'entrevoir la mise en place de rapports plus démocratiques où chaque personne, peu importe son statut, fait partie intégrante de la prise de décision et est tout autant considérée dans la génération de résultats concrets (McLoughlin & al, 2018; Kilbride & al., 2011; White & al., 2008). Dans ce cas spécifique, les préposé·e·s aux bénéficiaires sont à la fois les personnes ayant le plus de contacts avec les résident·e·s, mais aussi les personnes qui ont le moins de place qui leur est accordée dans les réflexions collectives (Aubry, 2020; Lessard, 2021; Soulières, 2021). Ce clivage est renforcé par les propos de Paul (PAB) qui considère n'avoir jamais eu la possibilité de participer à un groupe similaire à la communauté de pratique. Nous avons donc offert aux PAB non seulement la possibilité de se sentir écouté·e·s et valorisé·e·s, mais aussi de prendre part à la création de quelque chose de collectif qui contribue directement à améliorer leurs pratiques.

5.1.5 Adopter des stratégies d'adaptation pour surmonter les défis de la CoP

Dans la communauté de pratique qui a été mise en place, il était important de s'arrêter un instant lorsque nous étions confrontés à des défis et d'avoir la flexibilité de se retourner de bord pour y répondre le plus adéquatement possible. Dans cette section, nous avons réuni et synthétisé dans un tableau tous les défis et les stratégies d'adaptation qui ont été déployées pour les surmonter, lesquels ont été préalablement explicités dans diverses sections de ce mémoire (voir tableau 5.1).

Plus spécifiquement, ce sont six défis qui ont été relevés comme pouvant avoir un impact sur l'instauration de la communauté de pratique. Les quatre premiers faisaient partie de ceux auxquels nous avions prévu de faire face, tandis que les deux derniers nous sont apparus pendant la CoP.

D'abord, nous avons intégré le CHSLD en étant bien conscients de la grande quantité de tâches auxquelles les professionnel-le-s sont quotidiennement confronté-e-s. C'est dans ce contexte que nous devons mettre en place notre CoP et *éviter d'ajouter une charge de travail supplémentaire aux participant-e-s*. De cette manière, nous désirions nous assurer que chaque participant-e se sente confortable et disposé-e à participer au groupe.

Deuxièmement, considérant que nous n'avions accès qu'à un petit groupe et que nous les voyions peu à travers les semaines, nous voulions créer un groupe qui *susciterait l'engagement des participant-e-s*, permettant ainsi d'avoir le plus de personnes à chaque séance. Nous voulions donc qu'iels se sentent interpellé-e-s et veuillent revenir d'une semaine à une autre.

Troisièmement, le groupe ne se rencontrait que quelques fois, et avait des membres de différentes professions qui ne se connaissent pas ou peu. Il fallait donc mettre en place des mesures pour *créer une cohésion de groupe*, ce qui permet dans un groupe d'avoir accès à une unité et une dynamique qui favorisent de riches échanges.

Ensuite, considérant que la CoP était une intervention de courte durée, nous voulions maximiser nos chances d'avoir un impact sur les pratiques des professionnel-le-s. Nous tentions donc de soutenir les participant-e-s dans *l'intégration des nouvelles connaissances à leurs pratiques sur le long terme*.

Un autre défi non négligeable s'est révélé dans le temps réduit que nous avions dans nos ateliers, nous amenant à vouloir *maximiser le temps des rencontres*. N'ayant eu accès qu'à une heure chaque deux semaines, en plus d'être face à un groupe volubile, nous étions restreints dans la quantité de contenu pouvant être abordé et approfondi avec les participant-e-s.

Puis, un ultime défi se trouvait dans une des attentes auxquelles les membres se rattachaient dans leur volonté de participer à ce groupe. Effectivement, iels espéraient avoir un impact concret sur

leur milieu de travail, ce qui a transparu dans leur volonté de rédiger des recommandations. *Faciliter la reconnaissance collective de leur potentiel à opérer un réel changement* est donc un défi devenu un objectif que nous avons tenté de nourrir.

5.1 Tableau synthèse des défis et stratégies d'adaptation à la mise en place d'une CoP

Défis d'implantation d'une communauté de pratique	Stratégies d'adaptation
Éviter d'ajouter une charge de travail supplémentaire aux participant·e·s	Aller chercher le soutien de l'organisation pour intégrer la CoP à l'horaire des professionnel·le·s
	Choisir un horaire et une durée des séances qui s'intègrent à la réalité du milieu et ne représentent pas un fardeau pour les professionnel·le·s
	Faire de la CoP un espace qui assure de se donner une pause, de ralentir la cadence. Le mentionner et présenter la CoP comme telle.
Susciter l'engagement des participant·e·s	Coconstruire les objectifs de groupe
	Être flexible dans la détermination du contenu de la CoP pour qu'il reflète les besoins des participant·e·s
	Accorder un pouvoir de décision aux participant·e·s en les intégrant au processus d'élaboration de la Cop
	En tant qu'animateur·e·trice, consacrer du temps et faire ressentir aux participant·e·s qu'on est là pour iels
	Soulever l'expertise de chacun·e pour décortiquer les sujets abordés
Offrir la possibilité aux participant·e·s de réfléchir à des initiatives à instaurer pour sentir qu'iels peuvent faire une réelle différence dans un milieu qui ne les prend pas en compte dans les décisions	
Créer une cohésion de groupe malgré les différences entre chaque profession	Choisir des activités qui les interpellent tous·tes autant
	Animer de façon à donner la parole à chacun·e de manière équitable et éviter de donner plus d'importance aux propos d'une personne plutôt qu'une autre
	Faire comprendre aux participant·e·s qu'en tant qu'animateur·trice nous sommes sur le même pied d'égalité

	<p>Recourir à des activités ludiques qui permettent d'aller chercher l'opinion de chacun·e</p> <p>S'assurer que chaque personne ait bien saisi les situations décrites par les participant·e·s et susciter des échanges pour que chacune puisse comprendre</p>
<p>Intégrer les nouvelles connaissances aux pratiques des professionnel·le·s sur le long terme</p>	<p>Mettre l'emphase sur le rôle d'ambassadeur·rice des bonnes pratiques de fin de vie pour amener les participant·e·s à constamment appliquer leurs connaissances</p> <p>Systématisation et mise à disposition de tous les outils construits lors de la CoP</p>
<p>Maximiser le temps des rencontres</p>	<p>Faire des rappels avant la rencontre pour s'assurer que tout·e·s les participant·e·s soient présent·e·s dès le début</p> <p>Encadrer davantage les discussions pour pouvoir accorder le temps nécessaire à chaque phase</p> <p>Accorder un temps conséquent à la phase de fin pour avoir accès aux rétroactions du groupe pour s'ajuster d'une séance à l'autre</p>
<p>Faciliter la reconnaissance collective de leur potentiel à opérer un réel changement</p>	<p>Créer des outils, résultante concrète des discussions de la CoP</p> <p>Dans la CoP, mettre de l'avant la possibilité des participant·e·s à réfléchir à des initiatives, habituellement pensées par des supérieur·e·s hiérarchiques qui ne connaissent pas la réalité terrain</p> <p>Coconstruire des recommandations issues directement des propos ressortis à chaque rencontre par les participant·e·s et les laisser les présenter à un·e ou des cadres</p> <p>Transformer les plaintes et les préoccupations en une réflexion collective visant à les analyser et les comprendre</p> <p>Relever toutes informations pertinentes dans nos comptes-rendus pour pouvoir les ramener aux séances subséquentes et ainsi témoigner de l'avancement des réflexions à travers la CoP</p> <p>Réfléchir à des ateliers qui viseraient à créer à des solutions pouvant être opérées par les participant·e·s à court terme</p>

5.2 Pertinence de la communauté de pratique interprofessionnelle comme dispositif d'intervention pour aborder la fin de vie en CHSLD

Maintenant que nous avons vu ce qui a contribué à rendre notre communauté de pratique efficace et optimale, il convient de se pencher sur la pertinence d'avoir choisi ce dispositif d'intervention pour parvenir à nos objectifs. Rappelons-nous qu'originellement, nous voulions créer un moyen qui permettrait de réfléchir de manière interprofessionnelle aux pratiques de fin de vie pour permettre au personnel du CHSLD de se sentir plus outillé face aux résident·e·s à l'approche de la mort. Après avoir longuement cogité sur la façon dont nous pourrions le plus efficacement allier les thématiques de l'interprofessionnalité et des soins de fin de vie, la communauté de pratique s'est vu être l'intervention de choix pour atteindre nos visées. Une réflexivité des professionnel·le·s renforcée, un savoir collectif développé, des outils créés, des connaissances intégrées et un personnel plus sensibilisé, voici les objectifs spécifiques que nous tentions d'atteindre et dont la communauté de pratique semblait en être le meilleur levier pour y parvenir. Dans la présente section, nous explorerons l'atteinte de ces objectifs à travers deux éléments centraux, soit l'interprofessionnalité comme cadre d'intervention et les changements de pratiques observées par les professionnel·le·s.

5.2.1 Espace interprofessionnel : vers la création d'un bassin collectif de connaissances

En se penchant sur les raisons qui ont fait de la communauté de pratique le dispositif d'intervention le plus adapté pour offrir un espace de discussion interprofessionnel, il est possible de mettre de l'avant notre objectif qui visait à *créer un savoir collectif pour l'intervention en accompagnement de fin de vie*. Nous pouvons considérer que cette cible que nous tentions d'atteindre a été répondue par la CoP puisque les participant·e·s ont considéré avoir bénéficié de la présence de professionnel·le·s occupant un autre poste et qu'en apprenant les un·e·s des autres, il a été possible d'étendre leurs champs de connaissances. L'interprofessionnalité a donc agi à la fois comme contenant du groupe, ayant été à la base de sa constitution, ainsi que comme contenu, ayant été constamment ramenée comme sujet des séances.

D'abord les participant·e·s nous ont aidés à saisir que l'interprofessionnalité était un grand atout de la communauté de pratique qui les amenait à la considérer comme plus optimale que les formations auxquelles iels sont habitué·e·s. Il est pertinent de se pencher sur cette réflexion

puisqu'elle se distance de ce que la littérature a établi sur le sujet. Effectivement, dans la problématisation de ce projet de recherche, nous avons soulevé la volonté des professionnel·le·s d'être plus outillé·e·s pour faire face à la fin de vie dans leur travail en hébergement de soins de longue durée. Dans plusieurs articles s'y intéressant, c'est plus spécifiquement la formation qui avait été nommée comme piste de solution à cet enjeu (Durivage & al., 2021; Bourgeois-Guérin & al., 2022; Jauvin & Feillou, 2020; Leclerc & al., 2014a; Lessard & Leclerc, 2017; Marcella & Kelley, 2015; Misson, 2012). N'ayant pas les compétences pour donner une formation et voulant mettre l'emphase sur les pratiques collaboratives en plus de donner une grande importance aux savoirs expérientiels, nous avons opté pour la communauté de pratique qui répondait mieux à nos objectifs. À travers les semaines de communauté de pratique et par les échanges des participant·e·s durant l'entretien collectif, nous avons rapidement constaté la pertinence de la CoP par rapport aux résultats qui auraient découlé des formations.

Sans même amener le sujet, les participant·e·s ont soulevé les lacunes présentes dans les formations telles qu'elles les connaissent. Celles-ci sont en effet offertes dans une perspective qui se veut parfois trop individualisante et ne donnent pas l'opportunité aux employé·e·s d'entrer en relation avec les personnes occupant une profession autre que la leur. Ce manque d'interprofessionnalité rend plus difficile l'acquisition des connaissances et des compétences collaboratives. La CoP, quant à elle, a été le lieu de discussions permettant aux membres de se connecter aux autres personnes travaillant dans leur CHSLD et ayant des rôles et tâches qui divergent des leurs. On peut donc comprendre que les participant·e·s étaient à la recherche d'un espace qui leur donne cette opportunité qu'ils n'auraient pas eue dans un autre cadre telle que la formation. Iels veulent pouvoir s'exprimer ouvertement sur leurs enjeux, parler de leur expérience et échanger avec d'autres personnes qui les comprennent.

En outre, plusieurs recherches ont mis en lumière le bénéfice d'avoir accès à un travail qui s'effectue de manière interprofessionnelle pour diminuer la charge de travail des professionnel·le·s (Aubry & al, 2020; Couturier & Belzile, 2018). La CoP a justement permis de prouver la pertinence d'avoir collectivement réfléchi à leurs pratiques, ce qui les a amenées à mieux connaître le travail des autres et donc mieux savoir comment travailler avec les autres. À cet effet, dans leur description des éléments qui font du travail interprofessionnel une pratique efficace et génératrice de résultats positifs, Pullen-Sansfaçon et Ward (2014) soulignent l'importance cruciale de la compréhension

mutuelle entre les personnes. Ces auteurs s'attardent ainsi au concept du travail de groupe comme catalyseur d'une meilleure pratique collaborative. En apprenant réciproquement de la pratique des autres, les professionnel·le·s ont la possibilité d'améliorer leur travail en pouvant plus efficacement se référer aux bonnes personnes et en étant conscient·e·s des objectifs communs. C'est précisément dans ce contexte que la communauté de pratique a tenté de faire connecter les participant·e·s les un·e·s avec les autres.

Dans un même ordre d'idées, ce que Catherine (ICASI) met de l'avant en soulignant qu'en travaillant ensemble, il est possible de mieux travailler, c'est en quelque sorte l'intelligence collective décrite par Pichon & coll. (2015). Effectivement, la mise en commun des compétences des professionnel·le·s et la reconnaissance de celles des autres sont considérées comme des richesses collectives pour accomplir un travail aligné, cohérent et qui fait sens pour chacune. L'ICASI reconnaît que le travail qu'ils effectuent est un travail qui doit se faire de manière collaborative pour que les résident·e·s puissent en bénéficier et avoir recours à des interventions qui non seulement se complètent, mais se renforcent mutuellement. Ceci permet d'assurer une approche holistique qui répond à la diversité des besoins des personnes auprès de qui elles travaillent et plus spécialement dans le contexte de la fin de vie, domaine qui nécessite plus que tout un travail effectué sous cette approche (Blacker & al., 2016; Doornebosch & al., 2022; Lessard & al., 2014). Cette intelligence collective qui s'est mise en place au fil des semaines permet aussi de comprendre comment la CoP est un moyen pour les membres de se développer professionnellement à la fois de manière individuelle et collective (Gosselin & al., 2017; Pichon & al., 2015). Ainsi, il en ressort que les nouveaux savoirs acquis tout comme la consolidation de ceux déjà établis ont pu être regroupés et partagés à l'ensemble du groupe pour créer un bassin de connaissances auquel chacun·e des participant·e·s a accès.

Dans la même lignée de la création d'un savoir collectif, à l'amorce du projet, nous avons aussi comme objectif spécifique de *créer des outils pouvant servir aux participant·e·s une fois la communauté de pratique terminée*. Cet objectif a non seulement été atteint, mais est devenu pour les professionnel·le·s une motivation pour continuer le groupe. Celles-ci ont pu voir d'une séance à une autre que toutes les discussions qui ont eu lieu n'ont pas été effectuées en vain, mais avaient permis de coconstruire des infographies. De plus, ce bénéfice ne ressort pas qu'exclusivement pour les participant·e·s, mais aussi pour les collègues qui n'ont pas fait partie de la CoP. Les outils sont

en effet un moyen de faire rayonner le groupe et de transmettre aux autres professionnel·le·s le produit concret qui en a émergé (Arcand, 2017; Laloo & al., 2021; McLoughlin & al., 2018; Savard & Côté, 2021). Les participant·e·s nous ont partagé avoir présenté le document comportant chacune des infographies à leurs collègues et plusieurs membres de la CoP ont considéré que cela reflétait bien le travail qui a été fait durant le groupe. Leurs collègues quant à iels ont pu aussi profiter de ces outils, ces derniers devenant un moyen pour la CoP d'avoir un impact à long terme, appuyant ainsi la possibilité de pérenniser le groupe (Arcand, 2017). Ainsi ces éléments s'ajoutent au bassin de connaissances qui a été engendré par la CoP aboutissant à un savoir collectif, allant même jusqu'à créer une expertise partagée disponible à un ensemble de personnes qui n'est pas exclusif aux participant·e·s de la CoP.

On peut donc affirmer que le groupe a été non seulement un lieu d'apprentissage, mais aussi un espace réflexif interprofessionnel. Ce groupe est devenu un lieu formel permettant aux professionnel·le·s d'échanger sur leur réalité et même si celui-ci a été de courte durée, il a su s'imprégner dans leur quotidien. En étant conscientes que la communauté de pratique s'intégrait à leur quotidien et était soutenue par leurs supérieures, les professionnel·le·s ont su s'impliquer dans le groupe sans grande difficulté confirmant ainsi que pour qu'une collaboration interprofessionnelle puisse se développer de manière fluide, il est important d'intégrer le groupe à la structure organisationnelle (Doornebosch & al., 2022).

Finalement, on peut comprendre que plusieurs éléments ont permis de faire en sorte que la communauté de pratique ait des résultats concrets dans la constitution d'un savoir collectif. Nous avons pu constater que les processus d'apprentissages qui se sont manifestés à travers la communauté de pratique peuvent être éclaircis par la théorisation des espaces interstitiels de Furnari (2014). Ceux-ci réfèrent à des espaces où des professionnel·le·s provenant de différents domaines interagissent de manière informelle en lien avec des pratiques qu'elles ont en commun. Plus ces lieux sont utilisés, plus ils s'intègrent dans le quotidien des professionnel·le·s, les amenant à acquérir le réflexe d'y avoir recours pour réfléchir à leur travail. Il est possible de se rappeler que dans notre problématique, nous avons vu dans la volonté des professionnel·le·s à avoir accès à un espace de discussion un lien flagrant avec ces espaces. C'est-ce qui nous a menés à nous diriger vers les communautés de pratique qui peuvent s'y apparenter. Un entrecroisement entre ces deux types de groupe a été effectivement observé lorsque nous avons pris un pas de recul face à ce qui

a été mis en place au fil des semaines. Valorisant tous deux l'innovation et la créativité pour permettre à différents praticien·ne·s de se rencontrer, la communauté de pratique et l'espace interstitiel favorisent des échanges enrichissants et la coconstruction de savoirs, tout en créant un environnement propice à l'apprentissage mutuel et à l'émergence de nouvelles idées (Furnari, 2014). Là où diverge la CoP de l'espace interstitiel, c'est dans son caractère formel qui est intégré à une fréquence spécifique au quotidien des professionnel·le·s. Toutefois, nous avons pu établir des similarités entre les deux dans la façon où Furnari décrit la création de nouvelles pratiques. Pour y arriver, on part de pratiques déjà existantes et qui appartiennent chacune à des professionnel·le·s différent·e·s. L'expérimentation collective à travers des activités où ces personnes sont mises en interaction mène vers de nouvelles idées. Celles-ci, une fois répétées, établissent des significations communes et permettent à de nouvelles pratiques d'être créées.

Sans vouloir nous avancer pour dire que nous avons réussi à créer de nouvelles pratiques, nous pouvons toutefois affirmer que certaines pratiques se sont améliorées, et de nouvelles connaissances ont été acquises, permettant ainsi des interventions effectuées différemment. Par exemple, les nombreuses fois où nous avons abordé l'acharnement thérapeutique, que ce soit dans le partage de vécus ou bien dans l'atelier qui s'y est penché, nous avons consolidé leurs connaissances sur ces situations, les amenant à intervenir différemment dans ces cas. De plus, les réflexes qu'ont acquis les participant·e·s à se consulter davantage hors des rencontres nous permettent de valider qu'il y a eu une possibilité de créer un pont entre les professionnel·le·s ainsi que leurs étages. Considérant que la communauté de pratique les a amenées à réfléchir davantage à la fin de vie et à associer ces collègues à ces discussions, on peut émettre l'hypothèse qu'elles auront davantage l'intérêt d'aller se consulter entre elles pour se concerter sur des cas cliniques de fin de vie.

Comme précisé par les membres du groupe, le CHSLD n'est pas structuré pour avoir des groupes similaires à la communauté de pratique, ce qui les amène à discuter presque exclusivement dans les couloirs entre deux interventions, nous amenant à considérer ces lieux informels comme leur moyen le plus utilisé afin de communiquer entre iels. Nous venons ainsi à nous questionner à savoir si ces lieux formels que nous avons créés peuvent se ritualiser et inciter les participant·e·s à développer iels-mêmes des espaces informels, voire interstitiels où il est possible de se consulter sur des interventions spécifiques qu'iels ont déjà abordé·e·s lors de la CoP.

Somme toute, la communauté de pratique s'est révélée être un dispositif essentiel pour offrir un espace dédié à la collaboration interprofessionnelle. Ce cadre a encouragé un dialogue ouvert entre les participant·e·s qui les a amené·e·s à mieux se connaître et ainsi collectivement réfléchir aux pratiques communes. Deux de nos objectifs, soit la création d'un savoir collectif ainsi que la constitution d'outils, ont été atteints et s'ancrent tous deux dans ce travail interprofessionnel qui a été réalisé.

5.2.2 Réfléchir pour transformer : une approche prometteuse pour changer les pratiques

Afin d'approfondir cette section, ramenons-nous à notre question de départ qui cherchait à connaître la façon dont une CoP interprofessionnelle pouvait améliorer les pratiques des professionnel·le·s en contexte de fin de vie. Nous étions alors conscients que cette hypothèse selon laquelle ce dispositif d'intervention pouvait avoir un effet sur les pratiques était ambitieuse. Cependant, nous restions convaincus que tout changement aussi minime soit il pourrait être un pas vers la sensibilisation des intervenant·e·s du CHSLD, et donc un progrès par rapport à la situation initiale. Ainsi, au terme de la communauté de pratique, nous avons eu la chance d'écouter les participant·e·s nous partager leurs observations quant à l'évolution de leurs pratiques au fil de semaines. Plus spécifiquement, c'est à travers leur sentiment d'être des ambassadeurs·rices des bonnes pratiques, l'acquisition de réflexes d'intervention ainsi que le développement d'une certaine réflexivité que nous avons pu constater un changement dans les pratiques des membres du groupe.

D'abord, il est intéressant de se ramener à notre problématique, laquelle a mis de l'avant le caractère tabou de la mort dans un cadre où celle-ci est pourtant omniprésente. Ce fait fut rapidement confirmé par nos participant·e·s qui se considèrent pour la plupart comme les seules personnes de leur étage à être à l'aise d'en parler ouvertement. Dans une société où ce sujet est encore difficile à aborder et où un malaise est ressenti par les professionnel·le·s qui y sont confrontées quotidiennement, il devient important de mettre en place des interventions qui éclairent ce qui est invisibilisé (Fortin & Blain, 2013; Lessard & Leclerc, 2017; Marcella & Kelley, 2015). C'est à travers des études telles que celles de Kilbride & col. (2011) ainsi que Laloo & coll. (2021) que nous avons pu prendre connaissance de la capacité des communautés de pratique à révéler et à mettre de l'avant des pratiques qui sont insuffisamment explorées. Ceci est devenu un objectif

clair dans notre tête quant à l'instauration de notre intervention, nous voulions pouvoir *sensibiliser les professionnel·le·s à une approche d'accompagnement de fin de vie*. Comme mentionné précédemment, nous faisons face à des participant·e·s qui se considéraient déjà sensibilisé·e·s à la cause et qui voulaient mettre de l'avant ce qu'ils observaient sur le terrain. De nombreuses discussions auxquelles les participant·e·s ont pris part soulignaient l'augmentation du nombre de résident·e·s qui arrivent proches de leurs derniers jours. Ces observations s'accordent avec les données du CSBE (2022) ainsi que celles de plusieurs autres recherches qui tentent de tirer la sonnette d'alarme pour faire prendre conscience qu'avec un nombre de morts qui s'accroît, il faut être mieux préparé (Francoeur, 2013; Gagnon, 2021). Cette réalité nous a prouvé qu'il était important d'outiller les professionnel·le·s et la décision d'en faire le point focal d'une série de rencontres interprofessionnelles n'était pas démesurée.

Puisque nous nous sommes rapidement rendu compte que nous faisons face à huit personnes qui se considéraient à l'aise auprès des résident·e·s en fin de vie, nous nous sommes questionnés à savoir comment nous pourrions étendre la portée de la CoP aux autres employé·e·s de l'établissement. Effectivement, nous nous sommes dit que pour que le groupe ait un impact sur les pratiques de professionnelles, il était important de voir comment même les personnes non présentes dans la CoP pourraient en bénéficier.

Premièrement, dans la littérature, il a été possible de noter que les communautés de pratique effectuée dans le domaine de la santé ont la possibilité de faire remonter à la surface un champ de pratique précis auquel les professionnel·le·s ne donnent pas assez d'attention (Kilbride & al., 2011; Laloo & al., 2021). Avec notre CoP, nous avons donc l'intention, de faire prendre conscience aux autres employé·e·s que le sujet abordé en était un de grande importance et qu'il était important de le distinguer des autres interventions quotidiennes. Les participant·e·s nous ont expliqué que leur absence sur leur étage avait justement conduit leurs collègues à s'interroger sur ce qu'était ce groupe bimensuel, amenant ainsi les participant·e·s à évoquer leurs apprentissages. Dans la même veine, les outils ont été un autre moyen pour partager le fruit de leurs discussions effectuées dans la CoP. Ces infographies dont chaque participant·e possède une copie peuvent être consultées par les autres employé·e·s de l'établissement et être explicitées par les participant·e·s qui ont pris part à leur constitution. C'est précisément cette tâche qui nous amène à réaliser que les membres du groupe, grâce à la communauté de pratique, ont l'opportunité d'être les ambassadeurs·rices des

bonnes pratiques en contexte de fin de vie. Un des résultats observables des communautés de pratique se trouve à être dans la possibilité des participant·e·s à être considéré·e·s comme des références sur le sujet (Arcand, 2017). Bien qu'il soit peut-être trop tôt pour savoir si cela est observé dans le milieu après plusieurs semaines post-intervention, nous pouvons affirmer que les participant·e·s sont conscient·e·s du rôle qu'ils peuvent occuper dans le CHSLD. C'est ce qui fut remarqué par Julien (TS) dans son utilisation du terme « nourrir la flamme », décrivant ainsi qu'ils peuvent maintenant avoir un impact sur le travail collectif et petit à petit inciter à la sensibilisation et la promotion des interventions dans ce domaine. Selon White & coll. (2008), le changement des pratiques peut s'opérer dans le transfert des connaissances, ce qui prouve que ce processus n'a pas besoin d'être observé de manière tangible, mais peut tout aussi bien être perçu à travers les interactions entre professionnel·le·s qui sont le reflet des apprentissages issus de la CoP.

Ensuite, en nous intéressant aux retombées de notre communauté de pratique, nous voulions porté une attention particulière sur la manière dont a pu outiller les professionnel·le·s au niveau de la posture et des attitudes à adopter en contexte de soins de fin de vie. S'appuyant sur l'acquisition de nouvelles connaissances, cette perspective peut également être analysée à travers le sentiment de compétence des professionnel·le·s (Seibert, 2015; Gosselin & al., 2021). Les participant·e·s nous ont partagé leur appréciation de la CoP pour les réflexions qui en sont ressorties face aux enjeux qu'ils vivaient quotidiennement. Sans avoir trouvé des solutions précises à ceux-ci, ils considèrent avoir pu en apprendre davantage et tout simplement réfléchir à leur pratique. Ceci les a amenées à se sentir plus à l'aise dans certaines situations, mais aussi à voir des situations de fin de vie d'un nouvel œil.

L'exemple de l'alternative à l'accompagnement du corps du défunt dans l'ascenseur est un exemple bien précis d'un changement qui a été opéré en temps réel dans l'entièreté du CHSLD. Le mot s'est passé et alors qu'un seul étage proposait à ses PAB de descendre par l'escalier pour rejoindre le corps et les employé·e·s de la morgue, c'est maintenant tous les étages qui sont au courant de cette pratique. La communauté de pratique a su démontrer qu'elle était un lieu d'échanges d'informations menant à un développement des pratiques qui peut s'étendre à l'ensemble d'une organisation (Arcand, 2017; McLoughlin & al., 2018; Savard & Côté, 2017). De nouvelles notions ont été appliquées sur le terrain, un changement s'est opéré, la CoP a su prouver sa pertinence par cette simple observation sur le terrain.

Il ne faut donc pas minimiser l'importance de mettre en place un espace où les professionnel·le·s peuvent se partager leur réalité et s'entraider pour comprendre comment et pourquoi certaines personnes adoptent une posture plutôt qu'une autre. D'une façon similaire, nous avons pu offrir aux participant·e·s l'opportunité d'en apprendre des autres et voir ce qu'ils ont en commun ou non avec la pratique des autres, que ce soit en termes d'interventions spécifiques ou bien de contournement des exigences de l'organisation. Dans notre rôle d'animateur adoptant une perspective compréhensive, nous nous sommes assurés d'inciter les participant·e·s à pousser leurs réflexions pour qu'en groupe nous puissions comprendre ce qui les amenait à réfléchir ou agir d'une manière spécifique (Morrissette, 2020). Ceci a permis entre autres de mieux saisir les actions de chacun·e et soutenir les membres du groupe dans l'application des nouvelles connaissances à leur quotidien.

Dans la continuité de ces réflexions, nous avons accordé une attention particulière à la prise de conscience de l'impact des nouveaux savoirs sur leurs interventions. C'est précisément sur ce que Arcand (2017) désigne comme un « rapprochement entre l'apprentissage (savoir) et l'action (faire) » que nous nous sommes basés pour évaluer les changements de pratiques des participant·e·s lors de l'entretien collectif (p.3). Nous nous sommes d'abord assurés que l'un influence l'autre à chaque étape du processus de mise en place du groupe. Puis, nous avons questionné les participant·e·s à chaque semaine sur la façon dont ils ont fait profit de la séance précédente dans leur travail. Nous avons ainsi pu continuellement évaluer cet aspect et confirmer que les participant·e·s maintenaient le lien avec la CoP, soit en pensant à un atelier ou bien en se référant à une de leur collègue du groupe. Le réflexe d'interpeller les autres participant·e·s pour être soutenues dans un cas spécifique ou bien tout simplement conseillées est un effet non négligeable de la communauté de pratique. Effectivement, l'action de se référer à leurs collègues de la CoP renvoie directement à ce qui a été appris. La connaissance des tâches des autres et de l'expertise de chacune fait partie de ce qui est maintenant une évidence pour les participant·e·s. Ceci les pousse à se concerter de manière plus automatique lorsque le besoin d'être épaulé dans une situation de fin de vie se fait ressentir.

De surcroît, nous avons aussi pu soulever un résultat qui y est étroitement relié, soit l'acquisition de réflexes d'intervention en amenant les professionnel·le·s à prendre conscience de leurs interventions auprès des résidentes en fin de vie. Ce que nous a partagé Julien (TS) concernant sa constatation de se sentir beaucoup plus interpellé par les résident·e·s en fin de vie nous a amenés à

croire que la CoP a suscité chez les participant·e·s une sensibilité renforcée et une réflexion approfondie, les incitant à développer une approche plus alignée avec cette réalité. Les autres participant·e·s ont soutenu ce propos considérant tout·e·s qu’iels avaient beaucoup plus l’analyse réflexive de s’appliquer pour effectuer une intervention qui respecte la personne résidente dans ses derniers jours. Ceux-ci font donc le pont entre la CoP et s’inspirent de leurs connaissances acquises pour voir leurs pratiques autrement. Nous pouvons faire un lien direct avec ce que Gosselin et coll. (2017) présentent comme un apprentissage réflexif. Ce terme renvoie à la capacité nouvelle d’une personne à consciemment se questionner au sujet d’une pratique en s’inspirant de ce qui a été vu lors des séances du groupe. Celle-ci analyse son intervention en fonction de comment elle aurait normalement agi tout en prenant le temps de se demander si ses acquis issus de la CoP peuvent l’amener à voir la situation autrement. C’est précisément dans cet état d’esprit que les participant·e·s ont pu retrouver leur travail entre les séances auxquelles iels participaient. Par exemple, le simple fait de mieux comprendre les motivations des différent·e·s acteurs·trices d’une situation d’acharnement thérapeutique peut avoir aidé les infirmières à agir différemment auprès des proches d’un·e résident·e. Les apprentissages réflexifs font donc partie intégrante d’un changement de pratique qui s’observe chez les professionnel·le·s puisqu’ils les amènent à changer de perspective lorsqu’iels sont confronté·e·s à une situation qui a été mise en lumière pendant la CoP.

Finalement, tous les réflexes nommés ci-haut s’intègrent bien à la notion de présence conceptualisée dans le cadre conceptuel. Cette attitude attentive et empathique des professionnel·le·s demande d’avoir en soi les outils pour réfléchir à ses actions et sa posture avant d’entrer dans une chambre d’un·e résident·e dont la mort approche (Goyette & Vachon, 2019; Jauvin & Feillou, 2020; Nickner, 2017; Ricœur, 2006). Ce concept fait fi du rythme effréné des CHSLD et met l’emphase sur la capacité des professionnel·le·s à s’arrêter quelques secondes pour s’assurer d’enligner leurs interventions avec le rythme du·de la résident·e. Des réflexes comme ceux nommés par Julien (TS) nous amènent à croire que les professionnel·le·s auront des pratiques plus ciblées et qui les amènent à constamment avoir en tête les acquis de la communauté de pratique dans leur esprit. Alors que les pratiques se veulent de plus en plus être des automatismes plutôt que des gestes intentionnels, la CoP a tenté de renverser la vapeur et d’inciter les participant·e·s à prendre ce temps (Gagnon, 2021). C’est donc à travers cet apprentissage réflexif que les

participant·e·s ont pu faire un pas de plus vers une approche d'intervention qui s'accorde avec la présence.

Somme toute, la communauté de pratique a su être un espace propice à l'approfondissement des réflexions concernant la fin de vie et les participant·e·s ont su transférer ces acquis dans leur pratique quotidienne. Ce groupe a pu avoir un rayonnement à la grandeur du CHSLD puisque les participant·e·s ont non seulement initié un processus personnel réflexif de leurs interventions, mais peuvent maintenant être considéré·e·s comme des porte-parole de ce domaine. Les changements dans les pratiques des professionnel·le·s qui peuvent être issus de la CoP ne s'effectuent pas de manière drastique et nous sommes conscients que cela s'observe difficilement à court terme, néanmoins, c'est à travers des petits changements et de nouveaux acquis que nous espérons faire une différence qui perdurera dans l'établissement.

5.3 Pistes prometteuses

La communauté de pratique interprofessionnelle que nous avons mise en place a eu des résultats positifs et nous avons pu confirmer non seulement l'importance de créer un espace dédié à la fin de vie pour pouvoir assurer des pratiques qui respectent la dignité des résident·e·s des CHSLD, mais aussi de pérenniser cet espace. Nous avons effectivement pu relever l'intérêt des participant·e·s à prolonger ce groupe pour pouvoir aller plus en profondeur dans la recherche de solutions à court terme qui pourraient répondre en temps réel à leurs enjeux vécus au quotidien. Des actions ont pu être entreprises afin de rendre durables les effets de la CoP et garantir le maintien des acquis. Parmi celles-ci, l'invitation faite aux professionnel·le·s de partager leurs nouvelles connaissances et la mise à disposition des outils ayant résulté de la CoP sont devenues en quelque sorte des leviers de pérennisation. Ainsi, nous pouvons considérer que la reprise de la communauté de pratique sur une plus longue période pourrait avoir des effets concrets sur le CHSLD et même s'intégrer à la culture d'organisation en tant que pratique commune.

De plus, un des effets qui est ressorti comme étant le plus intéressant est le statut d'ambassadeur·rice que les participant·e·s ont senti s'approprier à travers les semaines. Ceci nous amène à nous questionner sur la possibilité de se fixer comme objectif initial la conscientisation du rôle que les participant·e·s peuvent avoir dans l'établissement et la mission qui y est associée de

propager les bonnes pratiques. Ce rôle qui remplirait à la fois une fonction de porte-parole et d'agent-e multiplicateur-riche pourrait répondre au besoin nommé par nos participant-e-s de maintenir leurs acquis et éviter qu'ils reviennent à leurs anciennes habitudes dans lesquelles ils ne mettaient pas autant de l'avant les pratiques en contexte de fin de vie. Ceci les aiderait aussi à créer un savoir collectif qui irait au-delà du groupe et offrirait à plusieurs professionnel-le-s d'un même étage de bénéficier des résultats de la CoP. Ceci pourrait lever le voile sur ce sujet encore tabou, mais pourrait aussi permettre de mettre en lumière l'importance d'adapter ses interventions. Nous pourrions en faire un élément central et créer des ateliers qui amèneraient les membres du groupe à réfléchir aux ressources qui pourraient être déployées.

Finalement, ramenons-nous une fois de plus à la coconstruction comme processus ayant des retombées positives sur l'entièreté du projet de recherche. En tant qu'animateur, nous avons eu la possibilité de susciter l'intérêt et l'engagement des membres nous permettant de mettre à terme un projet auquel une participation active a été observée. Les professionnel-le-s du groupe ont pu sentir que la CoP reflétait leur réalité et les amenait à réfléchir à des enjeux qui les concernent et même penser à des solutions pouvant faciliter leur travail. Puis, le CHSLD a pu avoir accès à des recommandations provenant de personnes qui connaissent l'établissement et qui savent foncièrement ce qui devrait être changé pour pouvoir offrir des soins adaptés et humains.

Si cela a pu avoir un impact aussi fort dans une simple intervention d'étudiant, alors ne devrait-on pas considérer étendre la portée de ce modèle plus largement? Le rythme effréné du réseau de la santé et le manque de considération des professionnel-le-s les amènent souvent à se sentir épuisé-e-s et désinvesti-e-s. Ne devrions-nous pas, en tant que société, nous rappeler l'importance de se concerter mutuellement, de donner une place importante à ceux qui effectuent le plus gros du travail sur le terrain? Si chaque niveau hiérarchique de l'imposant système de santé considérait davantage les niveaux inférieurs et offrait l'espace pour avoir des discussions riches en perspectives, il est possible d'émettre l'hypothèse que tous se sentiraient plus engagés dans la réflexion collective pour un changement des pratiques. Coconstruire, est-ce l'avenir?

CONCLUSION

Face aux défis de plus en plus complexes qu'amènent le vieillissement de la population et l'augmentation de la charge de travail des professionnel·le·s en centre d'hébergement et de soins de longue durée, les pratiques actuelles peinent à répondre aux besoins d'accompagnement des résident·e·s en fin de vie. Un manque de connaissances et de formations sur les soins de fin de vie, une difficulté à répondre aux exigences en matière d'interprofessionnalité et un caractère tabou de la mort, voici les éléments qui ont alimenté notre volonté de créer une intervention pouvant apporter un changement, aussi petit soit-il dans les CHSLD. Notre première piste de solution s'est révélée dans la collaboration interprofessionnelle, qui s'est illustrée dans plusieurs contextes comme étant une orientation concluante permettant d'offrir aux personnes dont les derniers jours approchent une fin digne et qui les considère dans leur globalité. C'est donc par l'expérimentation d'une communauté de pratique interprofessionnelle que nous avons tenté de nous y pencher et d'offrir à huit participant·e·s la possibilité de réfléchir collectivement aux interventions effectuées dans ce domaine. Plus précisément, nous voulions comprendre *comment une communauté de pratique interprofessionnelle pourrait permettre d'améliorer les pratiques des professionnel·le·s en contexte de fin de vie au sein des CHSLD*. C'est à travers notre CoP d'une durée de six séances et d'un entretien collectif que nous avons pu déceler des pistes de réponses aux éléments de problématique qui se présentent dans ces établissements.

D'abord, un manque d'espace et de temps dédiés à la concertation entre les employé·e·s occupant diverses professions ont été soulignés à la fois par la littérature et par les participant·e·s. Ceux-ci considèrent que la CoP mise en place a pu répondre à cette lacune et iels ont observé des changements dans leur pratique qui y sont directement liés. Le travail interprofessionnel qui s'est déployé à travers les semaines de communautés de pratique a pu susciter chez ses participant·e·s une plus grande inclinaison à collaborer à l'extérieur du groupe. En effet, dans cette période qui était programmée à leur horaire, les participant·e·s ont pu comprendre la réalité de leurs collègues, les amenant à pouvoir mieux se référer aux bonnes personnes tout en s'outillant sur les interventions dans le contexte de la fin de vie.

Ensuite, la CoP a su mettre en lumière ces pratiques, trop souvent invisibilisées. Dans une société qui conjugue mal avec la mort, les membres du groupe ont pu évoquer des pistes de réflexion qui ont permis de s'assurer que le sujet soit mis de l'avant dans chacune des sphères de leur travail. En fait, les participant·e·s considèrent avoir développé des réflexes d'intervention leur permettant de savoir prioriser les soins adaptés à la fin de vie non seulement dans les derniers jours des résident·e·s, mais à chacune des étapes de la trajectoire du vieillissement vécue en CHSLD. De plus, par l'intermédiaire des réponses données par les participant·e·s en fin de parcours, nous avons pu soulever un moyen concret qui donnerait l'occasion à la CoP d'avoir une portée à l'ensemble de l'établissement. C'est, plus précisément, le rôle d'ambassadeurs·rices ou d'agent·e·s multiplicateurs·rices qui a été mis de l'avant pour lever le voile sur les pratiques spécifiques au domaine de la fin de vie et outiller les collègues ne faisant pas partie du groupe. À cet effet, les infographies qui ont été données aux participant·e·s et qui résument le contenu des séances ont également été un moyen de faire rayonner les acquis provenant de la communauté de pratique.

En outre, dans cette communauté de pratique, nous avons pu petit à petit donner le pouvoir aux participant·e·s de partager leur vision du groupe en les considérant comme une partie prenante de la constitution des séances. Cela a été une approche favorisant la possibilité de se reconnaître dans leur travail et de considérer avoir un impact sur ce qu'ils font. En fait, c'est une façon de ramener la coconstruction au centre du groupe, orientation choisie qui s'est révélée comme un levier de changement des pratiques en contexte de fin de vie. Cette méthode, employée dans le processus de mise en place de la CoP, a permis de susciter l'intérêt et l'engagement des professionnel·le·s en leur démontrant la pertinence de les regrouper. Ainsi, ils ont pu accéder à un vaste éventail de connaissances, qui, mises en commun, créent un bassin de savoir collectif riche et soutiennent les employé·e·s dans leur travail quotidien auprès des résident·e·s en fin de vie. Dans cette même lignée, l'opportunité qui a été offerte aux participant·e·s de réfléchir à des recommandations a été un moyen de les inclure dans une perspective d'élargir l'influence de la communauté de pratique et les aider à voir l'impact concret qu'ils peuvent avoir dans un milieu où, trop souvent, les employé·e·s se sentent peu considéré·e·s.

Dans un même ordre d'idées, notre posture compréhensive, inspirée du travail social et centré sur la coconstruction, a permis de créer un espace où les participant·e·s se sont senti·e·s écouté·e·s, reconnu·e·s et pleinement impliqué·e·s dans le processus. En tant qu'animateur, nous ressortons

de cette expérience en étant plus optimiste quant à la possibilité de mettre en place des lieux où les employé·e·s peuvent sentir qu'ils peuvent avoir une influence dans leur milieu, peu importe leur statut hiérarchique. Ceci nous amène à croire en la puissance du groupe et il est indéniable que, dans notre future carrière, nous continuerons à faire valoir l'opinion de tous·tes dans une perspective interprofessionnelle. Alors que nous savions que le travail d'équipe nous interpellait particulièrement, la participation à une communauté de pratique nous a confirmé les grands bienfaits de pouvoir réfléchir collectivement et de penser ensemble à ce qui peut faire de notre travail, un travail profondément humain et qui reflète les valeurs des professionnel·le·s de la relation d'aide.

De plus, la coconstruction, qui a occupé une place prépondérante dans le groupe, nous amène à nous questionner sur la façon dont plusieurs programmes et pratiques pourraient s'inspirer de cette approche afin de créer quelque chose qui reflète la réalité des professionnel·le·s et donc offrir une approche authentique et alignée avec les personnes qui vivent le terrain au quotidien. Tenir compte des personnes qui vivent la réalité du milieu devrait être à l'essence même des nouvelles pratiques et consister un vecteur de changement dans un milieu aussi complexe que le système de santé québécois. Ce projet d'intervention ne s'est pas contenté de répondre qu'à une question de recherche, mais elle a permis de réellement démontrer à quel point il est possible de créer un espace à l'image des professionnel·le·s et qui engendre une transformation dans le milieu. La communauté de pratique gagnerait donc à être davantage intégrée dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour pouvoir valoriser la contribution des infirmiers·ères, des préposé·e·s aux bénéficiaires et des travailleur·euse·s sociaux·ales.

Les établissements se doivent d'accorder un temps conséquent à des groupes de réflexion pour pouvoir collectivement se pencher sur les pratiques en contexte de fin de vie qui concernent tout le monde y travaillant. Les gestionnaires gagneraient à intégrer des espaces du genre aux CHSLD, lieu qui regorge de personnes ayant des opinions et un regard clair sur leur travail et ce qui pourrait amener un réel changement à l'ensemble de l'établissement. L'ouverture et l'accueil que nous avons reçu dans le CHSLD-XXXX nous permettent de confirmer qu'il est possible de consacrer un temps précis à des activités du genre. Un projet étudiant tel que le nôtre a réussi à ouvrir la voie sur différentes perspectives alors, si les gestionnaires sont prêt·e·s à soutenir des chercheur·e·s ayant davantage de ressources et de temps, ne serait-il pas possible de créer une transformation à

plus grand déploiement ? Dans cette même perspective, les cadres des CHSLD devraient garder en tête la pertinence de coconstruire leurs pratiques, mais aussi de prendre en compte les recommandations pouvant émerger de ce type de groupe. Une communauté de pratique qui en fait son but ultime pourrait ainsi prendre le temps de réfléchir et de démontrer à leurs participant·e·s qu'ils peuvent avoir un impact sur leur milieu et que leur point de vue est valorisé.

Une autre perspective intéressante pour les chercheur·e·s voulant se pencher sur la question des pratiques en contexte de fin de vie en CHSLD est la création d'un guide de mise en place d'une communauté de pratique. Ce dispositif d'intervention, ayant suscité certains changements à l'intérieur d'un CHSLD, a su prouver la pertinence de s'y attarder et de pérenniser ce groupe. En quittant notre milieu d'intervention, nous avons laissé les professionnel·le·s avec une volonté de voir les choses changer, mais avec peu d'outils pour continuer ce travail réflexif qui a été entamé. Si des chercheur·e·s semblent frileux·ses à l'idée de concevoir qu'il soit possible de mettre en place un groupe bimensuel dans un lieu où le temps, l'engagement des professionnel·le·s et le manque de perspectives d'influence sur le travail sont des enjeux de taille, le tableau présenté dans la discussion met de l'avant des pistes de solutions concrètes qui ont fait leurs preuves (voir tableau 5.1). Cette synthèse pourrait donc agir comme base à la constitution d'un autre projet d'intervention qui instaurerait une communauté de pratique. Celle-ci pourrait aussi s'aligner avec les limites méthodologiques de notre propre étude et miser sur une période plus longue et des objectifs plus ciblés pour une recherche de plus grande ampleur. Un guide pourrait en ressortir et devenir un outil pour plus d'un CIUSSS qui a à cœur le bien-être de leurs employées, ces personnes qui s'occuperont pour des années à venir de nos aîné·e·s dont la fin approche.

Infirmiers·ères, préposé·e·s aux bénéficiaires, travailleur·euse·s sociaux·ales, ce sont ces professionnel·le·s du métier de la relation qui portent le poids des soins prodigués à nos aîné·e·s à l'approche de leurs derniers jours « sur leur dos, à bout de bras, dans leur corps et leurs esprits » (Gagnon, 2021, p.69). Ne l'oublions pas, valorisons leur contribution, favorisons un milieu de travail qui les intègre à chaque étape du processus de changement et permettons-nous d'évoluer vers de nouvelles pratiques innovantes.

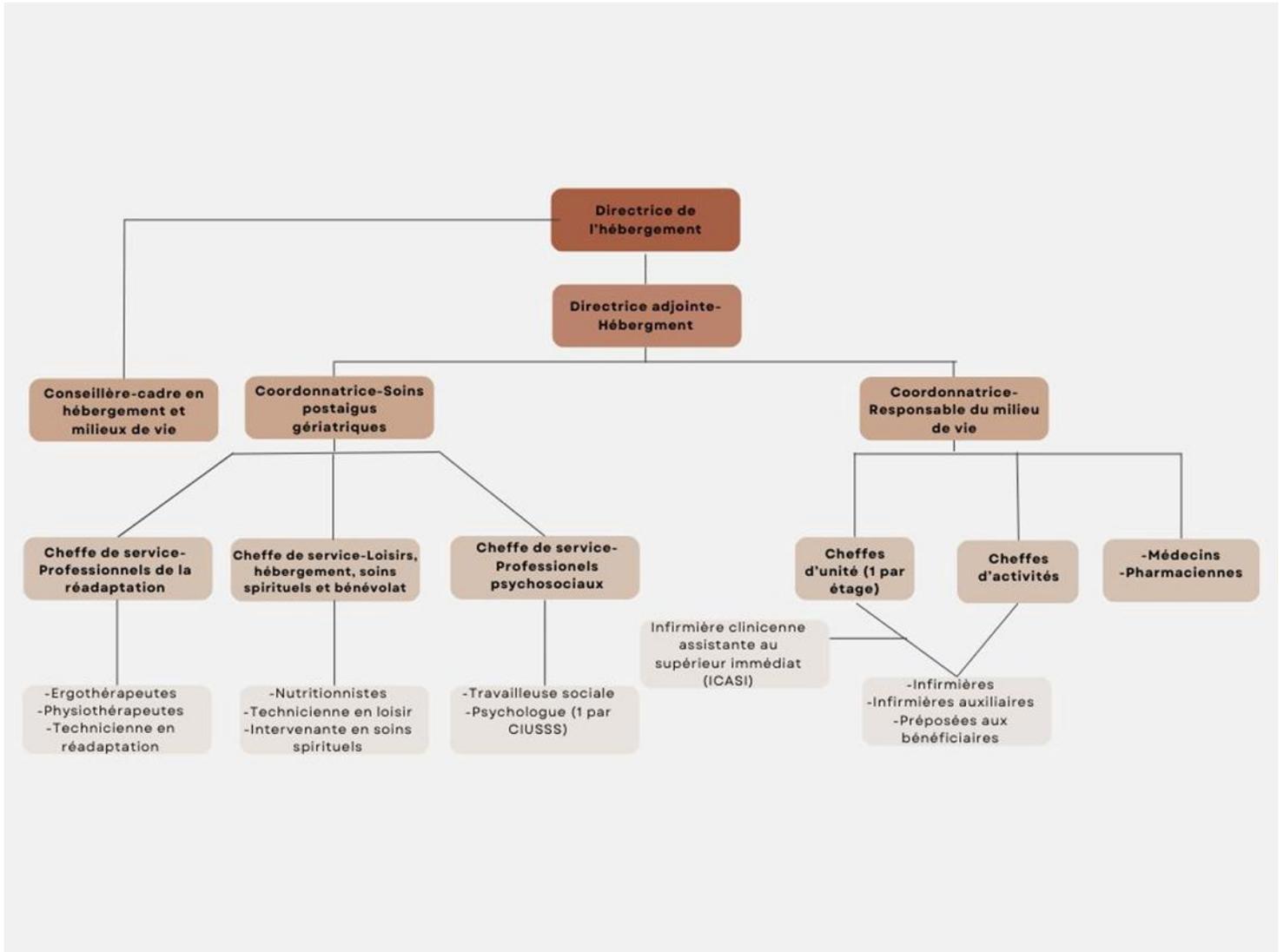
ANNEXE A

TABLEAU DES ÉTAPES DE LA MISE EN PLACE DE LA COMMUNAUTÉ DE PRATIQUE

Période/date	Étape du projet
PHASE DE RECHERCHE DU MILIEU D'INTERVENTION	
Été 2023	Sollicitation auprès de plusieurs CIUSSS
Septembre 2023	Début des démarches auprès du CIUSSS-XXXX
20 septembre 2023	Premier contact avec le comité de recherche du CIUSSS-XXXX
3 octobre 2023	Acceptation du projet comme un stage
30 octobre 2023	Premier contact avec le CHLSD-XXXX
7 novembre 2023	Présentation du projet à notre répondant du CHSLD-XXXX
Décembre 2023	Le répondant présente notre projet aux cheffes d'unité
Janvier 2024	Présentation de notre projet par les cheffes d'unité à leurs équipes de soin
PHASE PRÉ-GROUPE	
5-6 février 2024	<ul style="list-style-type: none"> -Premier jour dans le milieu d'intervention -Visite du CHSLD -Rencontre avec la cheffe d'unité responsable du volet fin de vie -Rencontre avec la conseillère cadre en soins palliatifs du CIUSSS -Confirmation des critères de sélection -Lecture de la documentation concernant la fin de vie en CHSLD
12-13 février 2024	<ul style="list-style-type: none"> -Présentation du projet sur les étapes -Rencontre avec la conseillère-cadre en hébergement et milieux de vie -Rencontre avec une cheffe des préposées aux bénéficiaires
19-20 février 2024	<ul style="list-style-type: none"> -Collecte d'informations sur les besoins des professionnel·le·s en termes de pratique de fin de vie -Rencontre avec l'intervenant en soins spirituels
26-27 février 2024	<ul style="list-style-type: none"> -Rencontre avec les infirmières cheffes -Rencontre avec l'ICASI -Confirmation avec l'infirmière cheffe responsable du volet fin de vie des noms des personnes recrutées et de leur disponibilité
4-5 mars 2024	<ul style="list-style-type: none"> -Confirmation de l'intérêt des personnes recrutées à participer à la CoP -Rappel des informations concernant les modalités de la CoP -Remise des formulaires de consentement et de confidentialité
COMMUNAUTÉ DE PRATIQUE	
13 mars 2024	CoP #1 : Priorisation des besoins et détermination des objectifs de la CoP
27 mars 2024	CoP #2 : Aide-mémoire du programme de fin de vie
10 avril 2024	CoP# 3 : Éléments au cœur de l'intervention en contexte de fin de vie
24 avril 2024	CoP #4 : Analyse de cas : L'acharnement thérapeutique et comment intervenir auprès des proches dans ces situations
8 mai 2024	CoP #5 : Obstacles aux bonnes pratiques en contexte de fin de vie et pistes de solution
15 mai 2024	CoP #6 : Travail interprofessionnel et recommandations
29 mai 2024	Entretien collectif

ANNEXE C

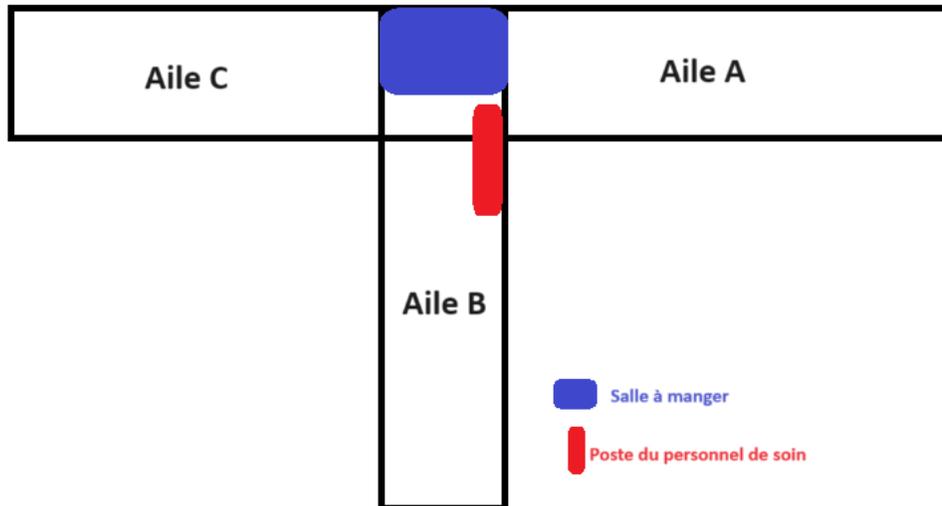
ORGANIGRAMME DU CHSLD-XXXX



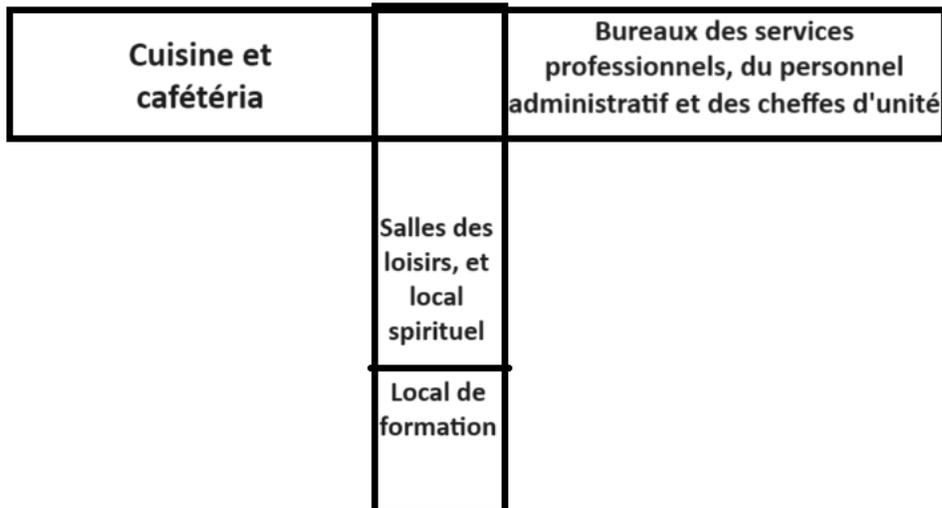
ANNEXE D

PLAN DE LA CONFIGURATION DES ÉTAGES DU CHSLD-XXXX

Configuration des étages 2 à 8



Configuration du 1er étage



ANNEXE E

TABLEAU RÉSUMÉ DU PROFIL DES PARTICIPANT·E·S

Prénom fictif	Profession	Étage	Nombre d'années d'expérience en CHSLD	Nombre de séances participées
Meriem	Infirmière	7 ^e	12	6
Alexandra	Infirmière	5 ^e	8	6
Paul	Préposé aux bénéficiaires	2 ^e	10	5
Lina	Préposée aux bénéficiaires	4 ^e	1	5
Josette	Préposée aux bénéficiaires	3 ^e	12	7
Catherine	Infirmière cheffe assistante au supérieur immédiat	--	3	5
Julien	Travailleur social	--	20	6
Amina	Infirmière auxiliaire	6 ^e	6	3

ANNEXE F

PASTILLES DE PRIORISATION DES BESOINS-COP #1

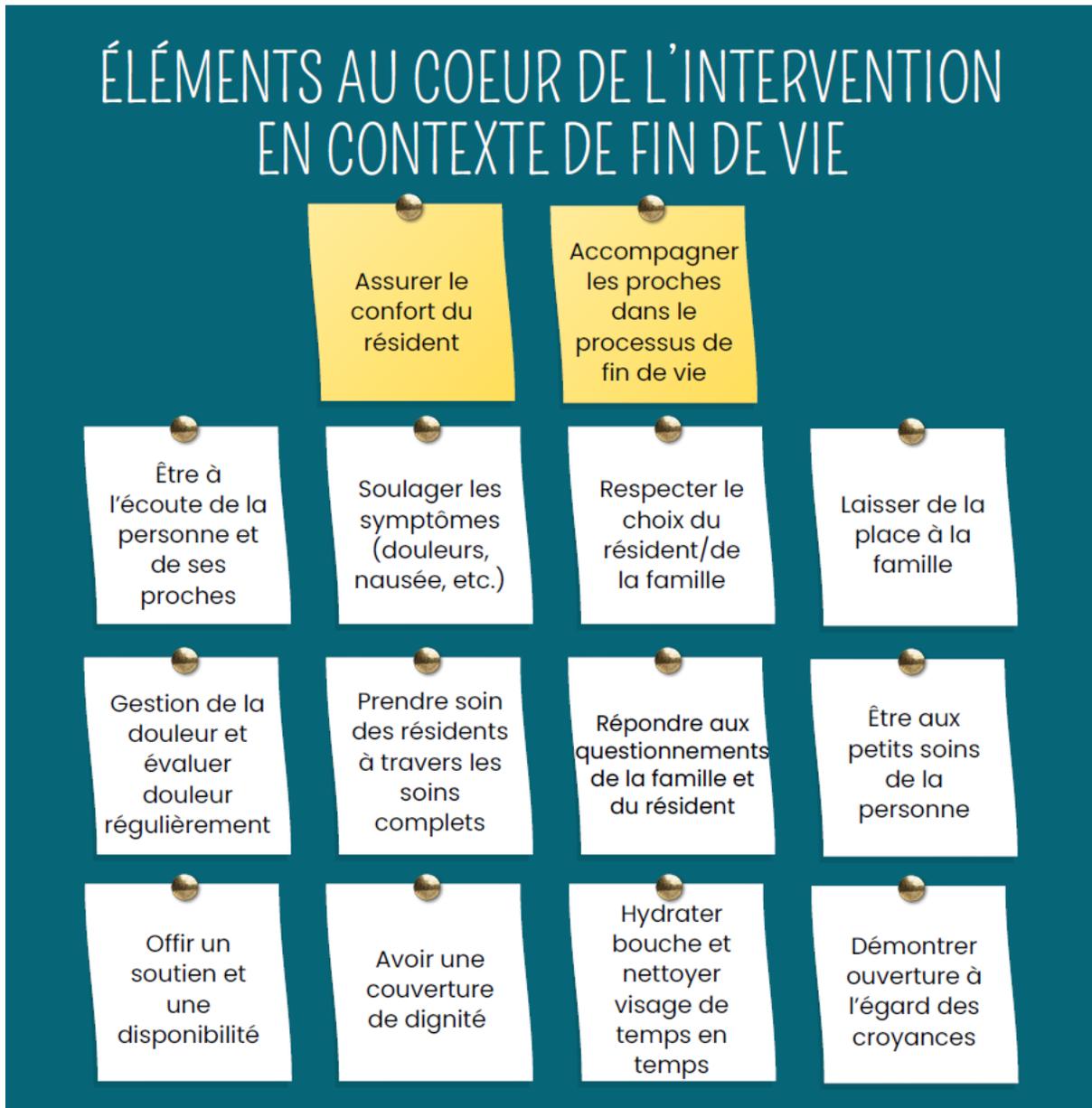


ANNEXE G
PHOTO DU LOCAL TEL QUE MIS EN PLACE LORS DES SÉANCES



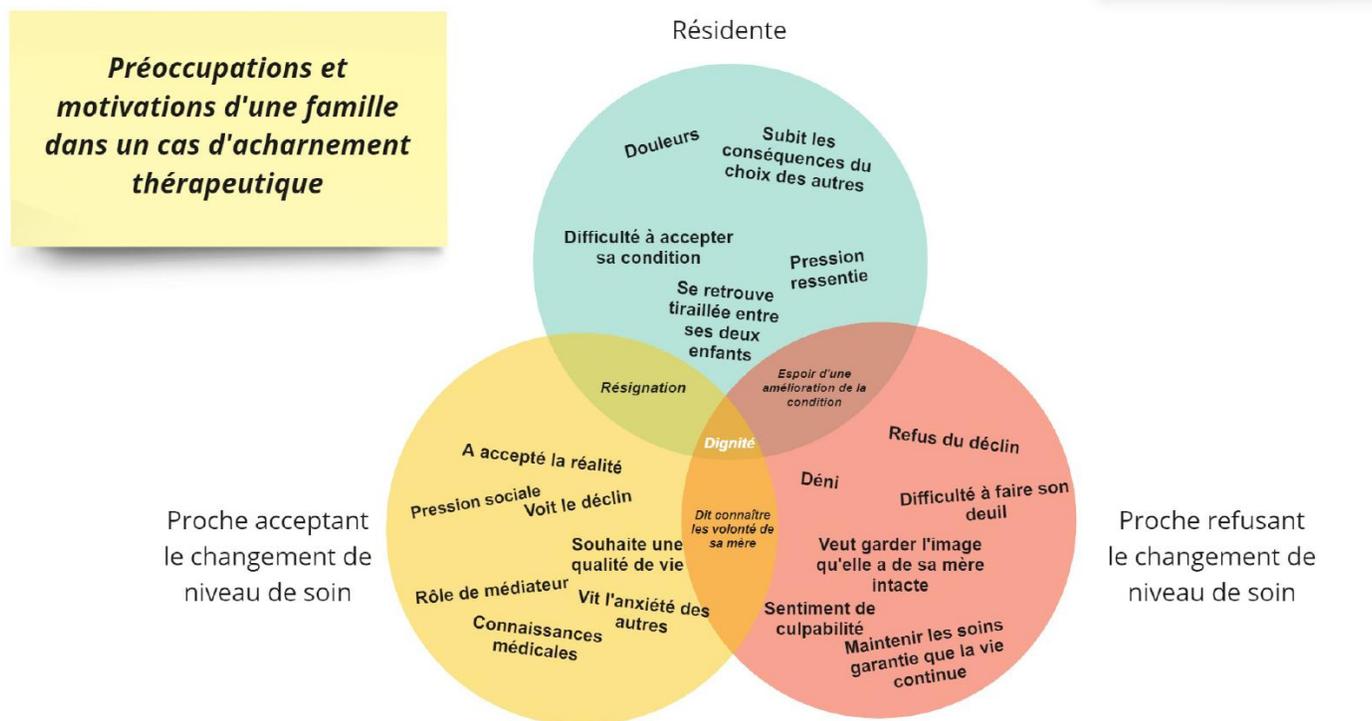
ANNEXE H

INFOGRAPHIE : ÉLÉMENTS AU CŒUR DE L'INTERVENTION EN CONTEXTE DE FIN DE VIE



ANNEXE I

INFOGRAPHIE : PRÉOCCUPATIONS ET MOTIVATIONS D'UNE FAMILLE DANS UN CAS D'ACHARNEMENT THÉRAPEUTIQUE



ANNEXE J

INFOGRAPHIE : ÉLÉMENTS QUI PEUVENT CONTRIBUER À FAIRE CHEMINER DES FAMILLES DANS L'ACCEPTATION DE LA FIN DE VIE

Éléments qui peuvent contribuer à faire cheminer des familles dans l'acceptation de la fin de vie



Mettre en place un Plan d'intervention interdisciplinaire (PII) qui mise sur la collaboration



Bien vulgariser les procédures et la condition du résident



Assurer une cohérence interprofessionnelle et miser sur un discours commun



Miser sur l'explication des conséquences concrètes que peut avoir l'acharnement sur le résident



Anticiper les réactions instinctives des proches



Prendre le temps d'expliquer les étapes de fin de vie



Réconforter en parlant de ce qu'on fait en temps réel après le changement de niveau de soin



Expliquer pourquoi on arrête les soins quotidiens comme l'habillement ou la douche



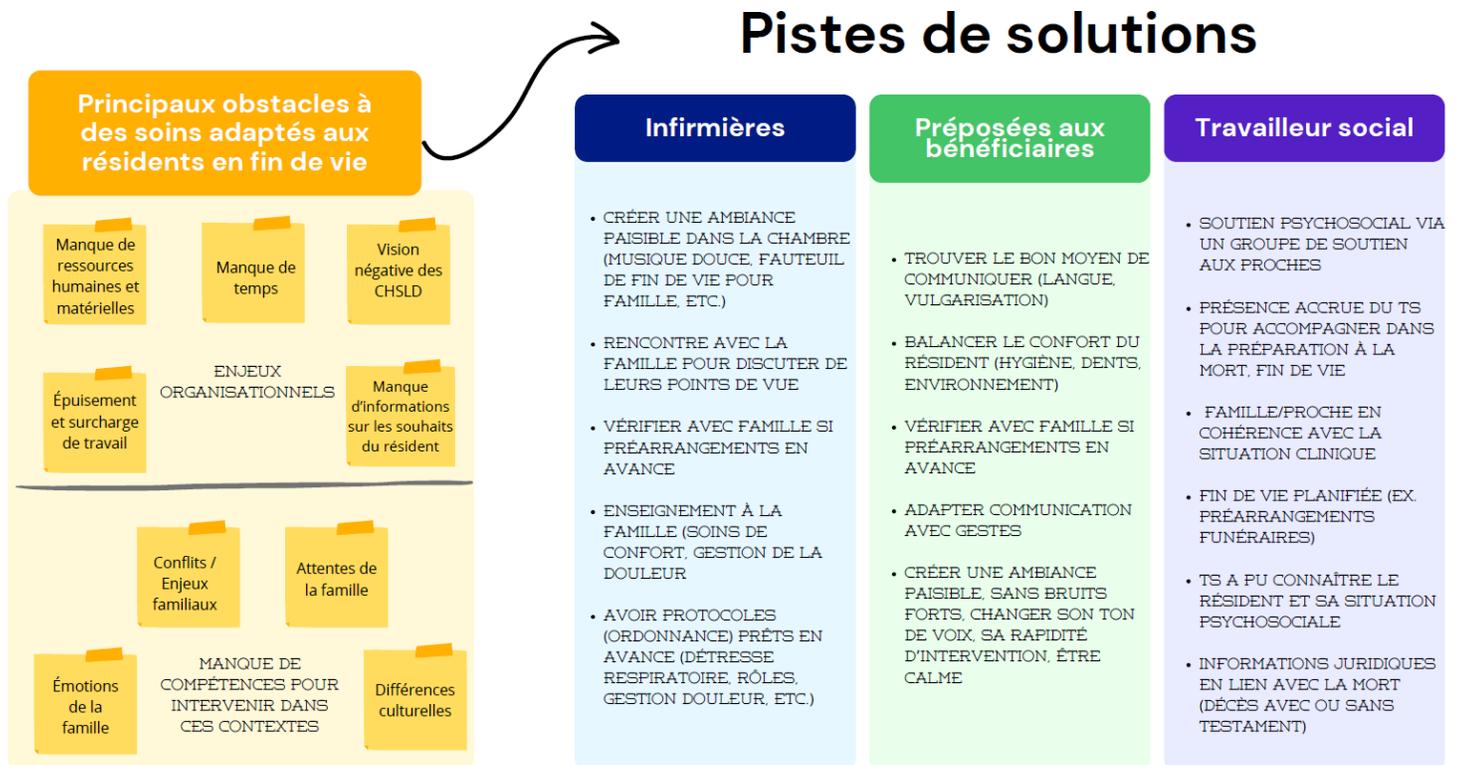
Toujours ramener l'objectif d'assurer le confort du résident



Collaborer avec le médecin qui a plus de poids dans la balance aux yeux des proches

ANNEXE K

INFOGRAPHIE : OBSTACLES ET SOLUTIONS À DES SOINS ADAPTÉS AUX RÉSIDENT·E·S EN FIN DE VIE



ANNEXE L

RECOMMANDATIONS

Recommandations suite à la communauté de pratique sur la fin de vie en CHSLD

Ajouter dans le dossier d'un nouveau résident, dès son arrivée au CHSLD, les informations juridiques (actes notariés, testaments) ainsi que ce qui concerne les préarrangements funéraires afin de faciliter la période post-décès

Informers les proches et les résidents dès l'entrée en CHSLD que c'est aussi l'entrée dans la dernière phase du vieillissement.

Faire comprendre qu'il s'agit d'un milieu de fin de vie et qu'il est pertinent de commencer un processus réflexif concernant la mort

Offrir un groupe d'informations sur la fin de vie à tous les résidents et leurs proches incluant les informations à connaître sur les symptômes de fin de vie, les étapes du programme de fin de vie, les informations à colliger pour faciliter la période post-décès.

Réfléchir si cette présentation pourrait être incluse dans les rencontres d'accueil

S'assurer d'avoir accès à davantage de matériel de fin de vie, disponible sur tous les étages

Chariot de fin de vie, couverture de fin de vie, programme de fin de vie

Sensibiliser davantage les professionnels sur les bonnes pratiques pour offrir des soins adaptés

Ouvrir la discussion avec les nouveaux employés sur la fin de vie et ce à quoi ils risquent d'être confrontés lors de leur emploi en CHSLD

Avoir accès à davantage d'ateliers de développement des compétences en soins de fin de vie

Au-delà de l'aspect médical et technique de la fin de vie, pertinent de former les employés à adopter une attitude et des pratiques adaptées aux résidents en fin de vie



ANNEXE M

COMPTE-RENDU DE SÉANCE DE COMMUNAUTÉ DE PRATIQUE

Compte-rendu de rencontre de la communauté de pratique

Objectifs du compte-rendu en deux temps :

- Noter les impressions des participantes en fin de rencontre
- Noter et consigner toutes informations et tous les éléments permettant de comprendre ce qui se passe d'une rencontre à une autre et ainsi bien saisir l'évolution de la CoP chaque semaine

Rencontre # ____ **Date :** _____

Participant.e.s : _____

QUESTION PRINCIPALE À POSER AUX PARTICIPANTES EN FIN DE RENCONTRE

Avec quoi repartez-vous? (Éléments à aller rechercher : Objectifs de début de rencontre. Qu'avez-vous pensé de cette rencontre? Avons-nous atteint nos objectifs de rencontre? Quels sont vos besoins pour la prochaine séance? Thèmes principaux abordés.)

ÉLÉMENTS À NOTER DÈS LA FIN DE LA RENCONTRE.

Dynamique de groupe/collaboration (Espace de prise de parole. Liens entre les participants. Entraide. Partage d'expertise. Ouverture aux autres points de vue. Débats de perspectives professionnelles. Pratiques collaboratives hors-groupe.)

Acquisition de connaissance/Application dans la pratique (Théorie abordée. Nouvelles connaissances acquises. Partage d'expériences. Exploration de cas cliniques. Regard sur les pratiques. Observations sur ce qui a été appliqué ou non dans la pratique quotidienne. Formation reçue.)

Réflexion d'outils (Ce qui a été créé. Ce qui en est ressorti. Ce qui a été demandé de créer. Références. Tableaux. Liste de vocabulaires. Schémas.)

Autres éléments émergents

ANNEXE N
GUIDE D'ENTRETIEN

Guide d'entretien collectif

Date : _____ Heure de début : _____ Heure de fin : _____

Participant.e.s : _____

PETITE INTRODUCTION (5 min.) : Objectif du projet de recherche-intervention, contenu confidentiel, Co-chercheur, respect des opinions, risque d'être coupé, laisser la parole à tous. 3 Grands thèmes. Enregistré et confidentialité répétée

1. PAR RAPPORT À VOUS (15 min.)

Évaluer les apprentissages et le bénéfices individuels de chaque participante

1a. Est-ce que le groupe a répondu à vos attentes et vos objectifs?

Si oui, expliquez en quoi et comment. Si non, qu'est-ce qui aurait pu être fait différemment?

Quels étaient-ils? Sentez-vous que ça a répondu à votre besoin?

1b. Décrivez vos apprentissages les plus marquants depuis le début de la CoP?

Approfondir nouvelles connaissances, nouvelles théories, apports des outils

1c. Avez-vous remarqué des changements dans vos pratiques en fin de vie?

Si oui lesquels?

Différence entre début et fin de la CoP. Attention portée sur l'approche d'accompagnement de fin de vie. Attention portée sur la collaboration interprofessionnelle.

1d. En quoi la place que vous avez occupés dans cet atelier était différente de ce que à quoi vous avez participé par le passé? (À la différence des formations, des documents informatifs, etc.)

2. PAR RAPPORT AUX AUTRES (15 min.)

Évaluer les liens et les relations entre les professionnels intergroupes et hors-groupe suite à la COP

2a. Qu'est-ce que la communauté de pratique a permis en regroupant chaque profession pour aborder la question de la fin de vie? *Qu'est-ce que ça a changé pour vous de faire une communauté de pratique interprofessionnelle?*

2b. De quelle manière la communauté de pratique a changé vos relations que vous entretenez avec vos collègues? Sur vos étages? Avec les autres professionnels de la COP?

2c. En quoi la communauté de pratique vous a aidé à comprendre que chaque professionnel peut amener quelque chose de particulier à l'intervention dans un cas de fin de vie?

1. PAR RAPPORT À L'INTERVENTION (15 min.)

Évaluer les ateliers et l'appréciation générale

3a. Quelle est votre appréciation générale de l'activité?

3b. De quelle manière la communauté de pratique était un dispositif efficace pour aborder la fin de vie?

3c. Pouvez-vous me nommer un aspect à améliorer?

3d. Qu'est-ce qu'en tant qu'animateur je devrais modifier si je devais animer de nouveau ce groupe. Qu'est-ce qui a fonctionné?

2. INFORMATIONS À AJOUTER (5 min.)

S'assurer que tout a été couvert

4a. Comment envisagez-vous les prochaines semaines sans communauté de pratique?

Volonté de pérenniser? Besoins non répondus? Émergence de contenu à explorer dans le futur.

4b. Avez-vous quelque chose à ajouter?

ANNEXE O
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche

Communauté de pratique interprofessionnelle en CHSLD : Une piste de solution pour outiller les professionnels à adopter une approche d'accompagnement de fin de vie auprès des résidents

Étudiant-chercheur

Laurent Bellefeuille

Candidat à la Maîtrise en travail social, Université du Québec à Montréal

bellefeuille.laurent@courrier.uqam.ca

514-886-2470

Direction de recherche

Isabelle Ruelland

Professeur, Université du Québec à Montréal

École de travail social

ruelland.isabelle@uqam.ca

514-987-3000, poste 20614

Préambule

Nous vous demandons de participer à un projet de recherche qui implique la participation à une communauté de pratique interprofessionnelle de 6 séances d'une durée d'environ une heure à chaque deux semaines. Ce groupe mis en place servira de base de données pour un mémoire de recherche-intervention.

Avant d'accepter de participer, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin. Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet et à lui demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

Description du projet et objectifs

L'objectif principal de ce projet de recherche-intervention est d'expérimenter une communauté de pratique (CoP) interprofessionnelle spécifique aux interventions en contexte de fin de vie dans un CHSLD. Elle prendra place dans un CHSLD et s'adresse aux professionnels intervenant auprès des résidents en fin de vie. Environ 6 personnes occupant les postes d'infirmières, d'infirmières auxiliaires, de préposées aux bénéficiaires ou de travailleuse sociale seront impliquées dans la co-construction des séances de la CoP. Celle-ci permettrait d'offrir aux professionnels du contenu informatif, un partage d'expériences, des ateliers sur le sujet de la mort et sur les attitudes à adopter auprès des résidents en fin de vie ainsi qu'une possibilité d'avoir recours à la présence d'experts dans le domaine. Puis, un des buts est d'amener ces différents professionnels à prendre conscience de leurs interventions auprès des résidents en fin de vie en plus de créer un savoir collectif dans ce domaine.

Nature et durée de votre participation

La participation à l'étude s'effectuera en deux temps. La première partie s'étalera sur 12 semaines où vous serez invité à participer à 6 séances d'une communauté de pratique d'une durée d'environ une heure à chaque deux semaines. Le moment précis de ces rencontres sera convenu auprès de chaque professionnel et nous nous assurerons que cela ne vous rajoute pas de charge à votre travail. Il vous sera demandé de participer à des ateliers, de partager votre expérience sur votre travail auprès des résidents en fin de vie et de co-construire des outils qui vous seront utiles dans votre quotidien. Chaque rencontre se terminera avec quelques questions sur vos impressions de la communauté de pratique. Vos réponses seront notées et consignées jusqu'à la fin de la recherche. À la fin de ces rencontres, vous serez invité à participer à un entretien collectif d'une durée d'environ une heure qui vous questionnera sur des éléments spécifiques de la CoP. Un enregistrement audio sera fait lors de cette séance. Celui-ci sera anonymisé et ne sera accessible qu'à l'étudiant-chercheur et à sa directrice de maîtrise.

Avantages liés à la participation

Participer à ce projet de recherche offre certains avantages. D'une part, il vous permettra de vous développer professionnellement en ayant la possibilité d'acquérir de nouvelles connaissances sur les soins en contexte de fin de vie. Ensuite, la création potentielle d'outils pouvant être utile dans votre pratique quotidienne rend la participation à ce groupe encore plus avantageuse puisqu'elle a été collectivement construite, s'imprègne dans votre réalité et permet une possible pérennisation de la Communauté de pratique. Puis, ce groupe, étant co-construit, vous permet de bénéficier de la recherche puisqu'elle vous implique du début jusqu'à la fin dans le processus de mise en place.

Risques liés à la participation

Dans la mise en place de la communauté de pratique, il y a quelques risques à garder en tête. D'abord, il faut mentionner que le sujet de la mort et du deuil sera abordé et peut être un sujet sensible pour certains. Plus précisément, cela peut faire remonter des émotions ou vous faire replonger dans des deuils personnels ou même ayant été vécu dans le cadre de votre travail en CHSLD. Dans cette éventualité, vous serez bien encadré, puisque vous aurez accès dès le début des rencontres à une liste de référence sur le deuil. De plus, l'expérience de l'étudiant-chercheur dans le domaine lui permettra de vous accompagner tout le long du processus. Deuxièmement, il faut envisager la possibilité que vous considériez la CoP comme trop exigeante en vous rajoutant du travail dans un horaire déjà surchargé. Afin d'éviter ce risque, nous tenterons d'effectuer la CoP sur l'heure de dîner ou à un moment jugé opportun par l'ensemble des participants. De plus, aucun devoir ou travail ne vous sera demandé hors des séances.

Confidentialité

Vos informations personnelles ne seront connues que de l'étudiant-chercheur et de sa directrice de maîtrise et ne seront pas dévoilées lors de la diffusion des résultats. Tout au long de la durée de l'étude, les données papier seront conservées et entreposées dans un classeur verrouillé au domicile de l'étudiant-chercheur. Seul l'étudiant-chercheur pourra y accéder. L'enregistrement audio ainsi que la retranscription de l'entretien collectif seront anonymisés: les participants seront identifiés à l'aide de nom fictif et seul l'étudiant-chercheur connaîtra l'identité réelle de ces personnes. Tous les documents seront protégés par un mot de passe que seul l'étudiant-chercheur connaîtra. Le dossier contenant ces données confidentielles sera conservé sur une clé USB. Celle-ci sera, à son tour, conservé dans le classeur verrouillé mentionné ci-haut. L'enregistrement de l'entretien sera

détruit dès qu'il aura été transcrit et transmis aux participants qui souhaitent obtenir l'enregistrement et/ou la transcription de l'entretien. L'ensemble des documents sera détruit cinq ans après la dernière communication scientifique à l'aide d'un logiciel de suppression de données et/ou d'un déchiqueteur.

Participation volontaire et retrait

Votre participation est entièrement libre et volontaire. Vous pouvez refuser d'y participer ou vous retirer en tout temps sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de l'étude, vous n'avez qu'à aviser Laurent Bellefeuille verbalement; toutes les données vous concernant seront détruites.

Des questions sur le projet?

Pour toute question additionnelle sur le projet et sur votre participation vous pouvez communiquer avec l'étudiant-chercheur: Laurent Bellefeuille, Candidat à la maîtrise en travail social, 514-886-2470, bellefeuille.laurent@courrier.uqam.ca

Des questions sur vos droits ? Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE) a approuvé le projet de recherche auquel vous allez participer. Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter la coordination du CERPE : cerpe.fsh@uqam.ca

Ressources disponibles en cas de détresse

Tel-Écoute : 514 493-4484

Tel-Écoute Ligne Le Deuil : 1-888 533-3845

Info Deuil : <https://infodeuil.ca/accueil.html>

Remerciements

Votre collaboration est essentielle à la réalisation de notre projet et l'équipe de recherche tient à vous en remercier chaleureusement.

Consentement

Je déclare avoir lu et compris le présent projet, la nature et l'ampleur de ma participation, ainsi que les risques et les inconvénients auxquels je m'expose tels que présentés dans le présent formulaire. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses à ma satisfaction.

Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à cette étude. Je peux me retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement doit m'être remise.

Prénom, Nom

Signature

Date

Engagement du chercheur

Je, soussigné certifie

- (a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire;
- (b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard;
- (c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus;
- (d) que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire.

Prénom, Nom

Signature

Date

ANNEXE P
FORMULAIRE D'ENGAGEMENT À LA CONFIDENTIALITÉ

Titre du projet de recherche

Communauté de pratique interprofessionnelle en CHSLD : Une piste de solution pour outiller les professionnels à adopter une approche d'accompagnement de fin de vie auprès des résidents

Étudiant-chercheur

Laurent Bellefeuille

Candidat à la Maîtrise en travail social, Université du Québec à Montréal

bellefeuille.laurent@courrier.uqam.ca

514-886-2470

Direction de recherche

Isabelle Ruelland

Professeur, Université du Québec à Montréal

École de travail social

ruelland.isabelle@uqam.ca

514-987-3000, poste 20614

Description du projet et objectifs

L'objectif principal de ce projet de recherche-intervention est d'expérimenter une communauté de pratique (CoP) interprofessionnelle spécifique aux interventions en contexte de fin de vie dans un CHSLD. Elle prendra place dans un CHSLD et s'adresse aux professionnels intervenant auprès des résidents en fin de vie. Environ 6 personnes occupant les postes d'infirmières, d'infirmières auxiliaires, de préposées aux bénéficiaires ou de travailleuse sociale seront impliquées dans la co-construction des séances de la CoP. Celle-ci permettrait d'offrir aux professionnels du contenu informatif, un partage d'expériences, des ateliers sur le sujet de la mort et sur les attitudes à adopter auprès des résidents en fin de vie ainsi qu'une possibilité d'avoir recours à la présence d'experts dans le domaine. Puis, un des buts est d'amener ces différents professionnels à prendre conscience de leurs interventions auprès des résidents en fin de vie en plus de créer un savoir collectif dans ce domaine.

Nature et durée de votre participation

La participation à l'étude s'effectuera en deux temps. La première partie s'étalera sur 12 semaines où vous serez invité à participer à 6 séances d'une communauté de pratique d'une durée d'environ une heure à chaque deux semaines. Le moment précis de ces rencontres sera convenu auprès de chaque professionnel et nous nous assurerons que cela ne vous rajoute pas de charge à votre travail. Il vous sera demandé de participer à des ateliers, de partager votre expérience sur votre travail auprès des résidents en fin de vie et de co-construire des outils qui vous seront utiles dans votre

quotidien. Chaque rencontre se terminera avec quelques questions sur vos impressions de la communauté de pratique. Vos réponses seront notées et consignées jusqu'à la fin de la recherche. À la fin de ces rencontres, vous serez invité à participer à un entretien collectif d'une durée d'environ une heure qui vous questionnera sur des éléments spécifiques de la CoP. Un enregistrement audio sera fait lors de cette séance. Celui-ci sera anonymisé et ne sera accessible qu'à l'étudiant-chercheur et à sa directrice de maîtrise.

Confidentialité dans le cadre de la communauté de pratique

Afin que vous puissiez signer ce formulaire de manière libre et éclairé, il est nécessaire de distinguer ce qui est de l'ordre de la confidentialité et ce qui sera possible pour vous de partager auprès de vos collègues qui ne participent pas au groupe.

Considérant que le groupe s'effectuera sous la forme d'une communauté de pratique, le partage des connaissances à l'extérieur des rencontres sera encouragé. Les outils sur lesquels vous aurez travaillé, les nouvelles connaissances et les modèles et théories qui seront discutés à chaque séance font partie des éléments dont vous pourrez ouvertement discuter.

Toutefois, lors des échanges entre les participantes, vous serez invités à partager vos expériences tant au plan personnel que professionnel. Ces informations doivent rester confidentielles pour assurer le plus grand respect de vos collègues. Sachez que dans le mémoire qui suivra la communauté de pratique, ces mêmes informations ne seront pas traitées de façon spécifique, mais bien générale ne se penchant pas sur votre vécu, mais plutôt sur ce qui en ressortira de manière collective tout en dépersonnalisant et anonymisant les données.

Engagement à la confidentialité

Dans l'exercice de mes fonctions de participant à la communauté de pratique, j'aurai accès à des données qui sont confidentielles. En signant ce formulaire, je reconnais avoir pris connaissance du formulaire de consentement écrit signé par les participantes, les participants avec l'étudiant-chercheur et je m'engage à :

Assurer la confidentialité des données recueillies et de toutes informations qui sont d'ordre personnel et qui ne sont pas en lien direct avec les outils mis en place ;

Assurer la sécurité physique et informatique des données recueillies ;

Ne pas conserver de copie des documents contenant des données confidentielles.

Une copie signée de ce formulaire d'engagement à la confidentialité doit m'être remise.

Prénom Nom

Signature

Date

Engagement de la chercheuse, du chercheur

Je, soussigné(e) certifie

- (a) avoir expliqué à la signataire, au signataire les termes du présent formulaire ;
- (b) avoir répondu aux questions qu'elle, qu'il m'a posées à cet égard ;
- (c) que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire.

Prénom Nom

Signature

Date

RÉFÉRENCES

- Alain, M., & Dessureault, D. (Eds.). (2009). *Élaborer et évaluer les programmes d'intervention psychosociale*. Presses de l'Université du Québec.
- Arcand, L. (2017). *La communauté de pratique un outil pertinent : résumé des connaissances adaptées au contexte de la santé publique*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2351>
- Association canadienne des soins palliatifs (2023). *Compétences en travail social pour l'éducation en soins palliatifs*. <https://www.acsp.net/connaissance/competences-en-travail-social-pour-leducation-en-soins-palliatifs/>
- Association Médicale Canadienne (AMC). (2020). *Valoriser les proches aidants et reconnaître leurs apports au système de soins de santé du Québec*. Association Médicale Canadienne.
- Aubry, F. (2020). Les préposés aux bénéficiaires en CHSLD face aux prescriptions organisationnelles relatives à la qualité: quand le désengagement individuel prend la place de la résistance collective. *Cahiers de recherche sociologique*, (68), 77-99. <https://doi.org/10.7202/1086358ar>
- Aubry, F., Couturier, Y., & Lemay, F. (2020). Transformer les organisations de soins de longue durée. Dans *Les organisations de soins de longue durée: points de vue scientifiques et critiques sur les CHSLD et les EHPAD* (pp. 191-255). Les Presses de l'Université de Montréal.
- Bertone, M. P., Meessen, B., Clarysse, G., Hercot, D., Kelley, A., Kafando, Y., Lange, I., Pfaffmann, J., Ridde, V., Sieleunou, I. et Witter, S. (2013). Assessing communities of practice in health policy: a conceptual framework as a first step towards empirical research. *Health Research Policy and Systems*, 11, 1-13. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-11-39>
- Blacker, S., Head, B. A., Jones, B. L., Remke, S. S. et Supiano, K. (2016). Advancing hospice and palliative care social work leadership in interprofessional education and practice. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 12(4), 316-330. <https://doi.org/10.1080/15524256.2016.1247771>
- Bosma, H., Johnston, M., Cadell, S., Wainwright, W., Abernethy, N., Feron, A., Kelley, M. L. et Nelson, F. (2010). Creating social work competencies for practice in hospice palliative care. *Palliative Medicine*, 24(1), 79-87. <https://doi.org/10.1177/0269216309346596>
- Bourgeois-Guérin, V., Girard, D., Martin, C., Sussman, T., Gagnon, É., Simard, J., Van Pevenage, I. et Durivage, P. (2022). Comme en temps de guerre : décès et deuils en RPA et en CHSLD pendant la pandémie de COVID-19. *Frontières*, 33(2), 1-20. <https://doi.org/10.7202/1095218ar>

- Cable-Williams, B., & Wilson, D. M. (2017). Dying and death within the culture of long-term care facilities in Canada. *International Journal of Older People Nursing*, 12(1), 1-11. <https://doi.org/10.1111/opn.12125>
- Charmillot, M. et Seferdjeli, L. (2002). Démarches compréhensives : la place du terrain dans la construction de l'objet. Dans M. Saada-Robert et F. Leutenegger, Expliquer et comprendre en sciences de l'éducation (p. 187). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.saada.2002.01.0187>
- Charmillot, P.-A. et Wälti-Bolliger, M. (2010). Convergences, divergences, complémentarités: des prises de décisions interprofessionnelles dans les phases de transition de soins curatifs vers des soins palliatifs. *Revue internationale de soins palliatifs*, 25(4), 149-172. <https://doi.org/10.3917/inka.104.0149>
- Châtel, T. (2010). Éthique du « prendre soin » : sollicitude, care, accompagnement: Dans *Traité de bioéthique* (p. 84-94). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.hirsc.2010.01.0084>
- CIUSSS-XXXX (2022). Organigramme de la haute direction. Gouvernement du Québec.
- CIUSSS-XXXX (2023a). Programme d'accompagnement de fin de vie. Gouvernement du Québec.
- CIUSSS-XXXX (2023b). Rapport annuel de gestion 2022-2023 : CIUSSS-XXXX. Gouvernement du Québec.
- Cohendet, P., Roberts, J. et Simon, L. (2010). Créer, implanter et gérer des communautés de pratique. *Gestion*, 35(4), 31-35. <https://doi.org/10.3917/riges.354.0031>
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2022). La performance du système de soins et services aux aînés en CHSLD. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2022/Rapport_Hebergement/CSBE-Rapport_PerformanceHebergement-CHSLD.pdf
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2023). Portrait des organisations d'hébergement et des milieux de vie au québec. <https://www.csbe.gouv.qc.ca/publication/portrait-organisations-hebergement-et-milieux-de-vie-quebec.html>
- Communagir (2017). La coconstruction : l'expérience des chantiers partenariaux de Communagir. Communagir.
- Communauté de pratique des médecins en CHSLD (CPMCHSLD) (2025). Communauté de pratique des médecins en CHSLD. <https://cpmchslld.ca/>
- Couturier, K. (2019). L'influence des groupes de pratique réflexive sur la perception de compétence en soins palliatifs des infirmières en centre d'hébergement et de soins de longue durée [Mémoire de maîtrise, Université du Québec en Outaouais]. Dépôt institutionnel de l'UQO. <https://di.uqo.ca/id/eprint/1123/>

- Couturier, Y., & Belzile, L. (2018). La mise en œuvre. Dans Y. Couturier & L. Belize (dirs.), *La collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux* (pp.75-166). Les Presses de l'Université de Montréal.
- Debbiche, F. et Paignon, A. (2019). La formation interprofessionnelle en soins palliatifs : un vecteur de changement des pratiques en institution pour personnes âgées ? *Revue internationale de soins palliatifs*, 34(3), 85-90. <https://doi.org/10.3917/inka.193.0085>
- De Carvalho-Filho, M. A., Tio, R. A. et Steinert, Y. (2020). Twelve tips for implementing a community of practice for faculty development. *Medical Teacher*, 42(2), 143-149. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2018.1552782>
- Doornebosch, A. J., Smaling, H. J. A. et Achterberg, W. P. (2022). Interprofessional collaboration in long-term care and rehabilitation: a systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 23(5), 764-777. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.12.028>
- Doucet, MC. & Dubois, D. (2016) Repères pour la thématique subjectivité et travail. Le thème de l'engagement personnel dans les métiers de la relation en milieu institutionnel et communautaire au Québec. Dans S. Viviers & MC. Doucet (dirs.), *Métiers de la relation: nouvelles logiques et nouvelles épreuves du travail*. Presses de l'Université Laval. 141-158.
- Dubuc, A. (2021). Soins à domicile : Le statu quo ne sera plus possible. Institut du Québec. <https://institutduquebec.ca/soins-a-domicile-le-statu-quo-ne-sera-plus-possible/>
- Duchesne, S. & Haegel, F. (2008). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien collectif*. Armand Colin.
- Durivage, P., Pott, M., Van Pevenage, I., Blamoutier, M., & Freitas, Z. (2021). Faut-il une innovation sociale pour créer l'espace de discussions de fin de vie ? *Les Cahiers francophones de soins palliatifs*, 21(1), 89-101.
- Elkouri, R. (2023, 23 avril). Trois ans après l'hécatombe en CHSLD : elles espéraient que les choses changent. La presse. <https://www.lapresse.ca/actualites/chroniques/2023-04-23/trois-ans-apres-l-hecatombe-en-chsld/elles-esperaient-que-les-choses-changent.php>
- Fortin, S. & Blain, M.-J. (2013). *Mourir à l'ère biotechnologique* (Ser. Collection intervenir). Éditions du CHU Sainte-Justine.
- Fortin, G. & Dumont, S. (2018). La formation à la collaboration interprofessionnelle centrée sur le patient : synthèse des connaissances sur les stratégies pédagogiques à privilégier. *Cahiers francophones de soins palliatifs*, 18(1), 1-14.
- Francoeur, L. (5 mai 2016). Les soins de fin de vie en CHSLD: les enjeux [Conférence]. 84e congrès de l'ACFAS, Montréal, QC, Canada. https://palli-science.com/sites/default/files/miseencommun/francoeur_louise_0.pdf

- Furnari, S. (2014). Interstitial spaces: microinteraction settings and the genesis of new practices between institutional fields. *Academy of Management Review*, 39(4), 439-462. <https://doi.org/10.5465/amr.2012.0045>
- Gagnon, E. (2021). Les signes du monde. Une ethnographie des centres d'hébergement. Éditions Liber.
- Gagnon, E. & Jeannotte, N. (2019). Vivre et travailler en centre d'hébergement. Université Laval. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/4048115>
- Gosselin, M., Viau-Guay, A. et Bourassa, B. (2017). Les différents processus d'apprentissage vécus par des professionnels de la santé participant à une communauté de pratique. *Phronesis*, 6(3), 36-50. <https://doi.org/10.7202/1040619ar>
- Gouvernement du Canada (2022). Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains. https://ethics.gc.ca/fra/policy-politique_tcps2-eptc2_2022.html
- Gouvernement du Québec. (2022). Données de la liste d'attente pour une place en centre d'hébergement de soins longue durée (CHSLD). Consulté le 7 mai 2025. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001637/>
- Gouvernement du Québec. (2022). Mission. Emplois et stages. Consulté le 28 février 2023. <https://ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca/emplois-et-stages/personnel-infirmier-et-cardiorespiratoire/hebergement>
- Gouvernement du Québec (2008). Plan directeur de développement des compétences des intervenants en soins palliatifs. Éd. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Repéré sur: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-902-03.pdf>.
- Gouvernement du Québec (2021). Organigramme. <https://ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca/propos/qui-sommes-nous/organigramme>
- Gouvernement du Québec. (2022). Mission. Emplois et stages. Consulté le 28 février 2023. <https://ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca/emplois-et-stages/personnel-infirmier-et-cardiorespiratoire/hebergement>
- Goyette, C. & Vachon, M. (2019). Vers une nouvelle compréhension de la présence infirmière en soins palliatifs. *Cahiers francophones de soins palliatifs*, 19(1), 48-59.
- Grenier, J., & Bourque, M. (2016). Les politiques publiques et les pratiques managériales: impacts sur les pratiques du travail social, une profession à pratique prudentielle. *Forum*, 1(147), 8-17.
- Hanique, F. (2007). De la sociologie compréhensive à la sociologie clinique. In *La sociologie clinique* (pp. 91-113). Érès.

- Hebert, R. S., Copeland, V. C., Schulz, R., Amato, C. A. et Arnold, R. M. (2008). Preparing Family Caregivers for the Death of a Loved One: Implications for Hospital Social Workers. *Journal of Social Work in End-Of-Life & Palliative Care*, 4(4), 269-285. <https://doi.org/10.1080/15524250903081533>
- Institut National de Santé Publique du Québec. (2020). *Données COVID-19 au Québec*. <https://www.inspq.gc.ca/covid-19/donnees>. Consulté le 2022-11-30.
- Jauvin, N. & Feillou, I. (2020). Prendre le temps de reconnaître et de comprendre la charge émotionnelle chez les soignants : vers des pistes d'intervention en temps de pandémie. *Cahiers francophones de soins palliatifs*, 20(2), 23-30.
- Kilbride, C., Perry, L., Flatley, M., Turner, E. et Meyer, J. (2011). Developing theory and practice: creation of a community of practice through action research produced excellence in stroke care. *Journal of Interprofessional Care*, 25(2), 91-97. <https://doi.org/10.3109/13561820.2010.483024>
- Laloo, C., Osei-Twum, J.-A., Rapoport, A., Vadeboncoeur, C., Weingarten, K., Veldhuijzen Van Zanten, S., Widger, K. et Stinson, J. (2021). Pediatric project ECHO ® : a Virtual community of practice to improve palliative care knowledge and self-efficacy among interprofessional health care providers. *Journal of Palliative Medicine*, 24(7), 1036-1044. <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0496>
- Leclerc, B. S., Lessard, S., Bechennec, C., Le Gal, E., Benoit, S., & Bellerose, L. (2014). Attitudes toward death, dying, end-of-life palliative care, and interdisciplinary practice in long term care workers. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(3), 207-213.
- Leclerc, B-S., Lessard, S., Blanchard, L., Cantinotti, M., Couturier, Y., Gervais, D., Mongeau, S. (2014) Interdisciplinarité en pratique clinique de soins palliatifs de fin de vie: efficacité et degré d'intégration. Project Report. Centre de Recherche et de Partage des Savoirs InterActions, CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent-CAU, Montreal, Canada. <https://centreinteractions.ca/publication/evaluation/>
- Lessard, S. (2021). Au seuil de l'acceptable : Pratiques (sociales) entourant le mourir des personnes du grand âge dans deux institutions gériatriques publiques montréalaises [Thèse de doctorat, Université de Montréal]. Papyrus. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/26246>
- Lessard, S. et Leclerc, BS. (2017). Besoins en nouvelles connaissances et en recherche en soins de fin de vie chez les personnes âgées en contexte de soins de longue durée. *Les Cahiers francophones de soins palliatifs*, 16(2), 34-44.
- Marcella, J. et Kelley, M. L. (2015). "Death is part of the job" in long-term care homes: supporting direct care staff with their grief and bereavement. *SAGE Open*, 5(1), 1-15. <https://doi.org/10.1177/2158244015573912>

- McLoughlin, C., Patel, K. D., O'Callaghan, T. et Reeves, S. (2018). The use of virtual communities of practice to improve interprofessional collaboration and education: findings from an integrated review. *Journal of Interprofessional Care*, 32(2), 136-142. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1377692>
- Métayer, D. (2015). Préoccupations éthiques des intervenants dans leur travail d'accompagnement auprès des aînés en fin de vie résidant en centre d'hébergement. [Thèse de doctorat, Université de Montréal]. Papyrus. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/12599>
- Misson, L., Arcand, M., Aubin, M., Durand, P., & Verreault, R. (2012). Les soins palliatifs en soins de longue durée au Québec: Contexte et enjeux. *Cahiers francophones de soins palliatifs*, 12(2), 31-35.
- Mongeau, P. (2008). Réaliser son mémoire ou sa thèse : côté jeans & côté tenue de soirée. Presses de l'Université du Québec.
- Morrisette, J. (2020). Mise en lumière des dynamiques de coproduction de connaissances lors d'entretiens collectifs collaboratifs. *Phronesis*, 9(2), 63-76. <https://doi.org/10.7202/1071695ar>
- Nickner, G. 2017. Mourir : un défi relationnel pour la personne malade, les proches et l'accompagnement? *Cahiers francophones de soins palliatifs*, 17(2), 57-66.
- Nickner, G. & Dumont, S. (2018). La pertinence d'une approche participative en accompagnement. *Cahiers francophones de soins palliatifs*, 18(1), 15-32.
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. (2024). Normes de pratique pour le travail social de groupe. <https://www.otstcfq.org/documentation/normes-de-pratique-pour-le-travail-social-de-groupe/>
- Palli-science (2021). Soins de longue durée. <https://palli-science.com/soins-de-longue-duree>
- Parazelli, M. et Ruelland, I. (2017). Autorité et gestion de l'intervention sociale : entre servitude et actepouvoir. Presses de l'Université du Québec.
- Partenariat canadien contre le cancer et Santé Canada (PCCC). (2021). *Cadre canadien de compétences interdisciplinaires en soins palliatifs*. <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/topics/palliative-care-competency-framework/competencies-by-discipline/>
- Pelletier, C., & Beaulieu, M. (2016). Rôles et défis actuels des travailleurs sociaux en gérontologie dans le réseau public du Québec. *Revue Intervention*, (143),135-146.
- Pichon, A., Morel, A., Gassie, B., Vandenkoornhuysse, C., & Delalande, P. (2015, June). L'intelligence collective dans un contexte de développement professionnel continu:

- ACoPé, l'exemple d'une communauté de pratique. Dans Biennale internationale de l'éducation, de la formation et des pratiques professionnelles, CNAM 2015.
- Pullen-Sansfaçon, A., & Ward, D. (2014). Making interprofessional working work: introducing a groupwork perspective. *British Journal of Social Work*, 44(5), 1284-1300.
- Pyrko, I., Dörfler, V. et Eden, C. (2017). Thinking together: what makes communities of practice work? *Human Relations*, 70(4), 389-409. <https://doi.org/10.1177/0018726716661040>
- Revault d'Allonnes, M. (2006). Le cadre de la sociologie compréhensive. Dans : M. Revault d'Allonnes, *Le Pouvoir des commencements: Essai sur l'autorité* (pp. 163-170). Paris: Le Seuil.
- Richard, L., Chiochio, F., Tremblay, M.-C., Lamy, G., Champagne, F. et Beudet, N. (2014). Communities of practice as a professional and organizational development strategy in local public health organizations in Quebec, Canada: an evaluation model. *Healthcare policy*, 9(3), 26-39. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2014.23731>
- Ricœur, P. (2006). Accompagner la vie jusqu'à la mort. *Esprit*, (3), 316-320. <https://doi.org/10.3917/espri.0603.0316>
- Riopel, A. (2020, 25 avril). Une hécatombe hors norme dans les CHSLD du Québec. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com/societe/577716/une-hecatombe-hors-norme>
- Ruelland, I., Bourgal, K. et Barrio, L. R. D. (2022). Bilan de la recherche-évaluative de la communauté de pratique du réseau d'agent.e.s multiplicateur.trice.s (CoP-RAM). *InterActions*. <https://centreinteractions.ca/publication/bilan-de-la-recherche-evaluative-de-la-communaute-de-pratique-du-reseau-dagent-e-s-multiplicateur-trice-s-cop-ram/>
- Savard, I. et Côté, L. (2021). Optimiser le potentiel d'une communauté de pratique auprès de professionnels en santé : des clés de succès. *Pédagogie Médicale*, 22(1), 43-52. <https://doi.org/10.1051/pmed/2021002>
- Schurmans, M. (2009). L'approche compréhensive et qualitative dans la recherche en formation. *Éducation Permanente*, (177), 91-103. <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:37460>
- Seibert, S. (2015). The meaning of a healthcare community of practice: healthcare community of practice. *Nursing Forum*, 50(2), 69-74. <https://doi.org/10.1111/nuf.12065>
- Shang, M., & Jancarik, A. S. (2013). Soins palliatifs et de fin de vie : Volet 1 : Recension des écrits. Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Direction de la planification, de la performance et des connaissances. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2398159>
- Soom Ammann, E., Salis Gross, C. et Rauber, G. (2016). The art of enduring contradictory goals: challenges in the institutional coconstruction of a 'good death'. *Journal of Intercultural Studies*, 37(2), 118-132. <https://doi.org/10.1080/07256868.2016.1141755>

- Soulières, M. (2019). Des personnes à part entière? Ethnographie auprès de résidents atteints de troubles neurocognitifs majeurs au stade avancé en centre d'hébergement [Thèse de doctorat, Université de Montréal]. Papyrus.
<https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/23986>
- Sussman, T., Kaasalainen, S., Mintzberg, S., Sinclair, S. Y., Ploeg, J., Bourgeois-Guérin, V. et Strachan, P. (2017). Broadening end-of-life comfort to improve palliative care practices in long term care. *Canadian Journal on Aging*, 36(3), 306-317. <https://doi.org/10.1017/S0714980817000253>
- Tavernier, A. (2017). Mise en place d'un programme de soins de fin de vie dans un CHSLD. [Communication orale]. Congrès de l'AQSP. Lévis, Québec, Canada. <https://palliscience.com/content/mise-en-place-dun-programme-de-soins-de-fin-de-vie-dans-un-chsld-congres-aqsp-2017>
- Turcotte, D., & Lindsay, J. (2019). L'intervention sociale auprès des groupes (4e édition). Chenelière éducation.
- Van Campenhoudt, L., Marquet, J., & Quivy, R. (2022). Manuel de recherche en sciences sociales-6e éd. Armand Colin.
- Vandeveldde-Rougale, A (2019). Coconstruction. Dictionnaire de sociologie clinique. Érès, pp. 126-129. <https://doi-org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/10.3917/eres.vande.2019.01.0126>
- Verreault, R., Arcand, M., Misson, L., Durand, P. J., Kroger, E., Aubin, M., Savoie, M., Hadjistavropoulos, T., Kaasalainen, S., Bédard, A., Grégoire, A. et Carmichael, P.-H. (2018). Quasi-experimental evaluation of a multifaceted intervention to improve quality of end-of-life care and quality of dying for patients with advanced dementia in long-term care institutions. *Palliative Medicine*, 32(3), 613-621.
<https://doi.org/10.1177/0269216317719588>
- White, D., Suter, E., Parboosingh, I. et Taylor, E. (2008). Communities of practice: creating opportunities to enhance quality of care and safe practices. *Healthcare Quarterly*, 11(3), 80-84. <https://doi.org/10.12927/hcq.2008.1965>