

Annexe 7 : Plan d'action et rapport annuel de la communauté de pratique

| PLAN D'ACTION ANNUEL DE LA COMMUNAUTÉ DE PRATIQUE | | | | | |
|---------------------------------------------------|----------------|------------------|-----------------------|---------------|---------------------------|
| Nom de la CdP : | | | | | Année : |
| Objectif(s) | Responsable(s) | Collaborateur(s) | Moyen(s) identifié(s) | Échéancier(s) | Indicateur(s) de résultat |
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |

Signature du représentant de la CdP

Date

Signature du gestionnaire

Date

| RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITÉ DE LA COMMUNAUTÉ DE PRATIQUE | | |
|--------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------|
| Nom et titre des membres de la CdP | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Évaluation de l'atteinte des objectifs | | |
| Objectif(s) | Indicateur(s) de résultat | Atteinte de l'objectif/résultat |
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |

| RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITÉ DE LA COMMUNAUTÉ DE PRATIQUE | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Bilan des activités | |
| Nombre de rencontres | |
| Durée moyenne des rencontres | |
| Nombre de présentations d'expérience clinique ou de partages de formation. Précisez : | |
| Nombre de présentations de données probantes ou partages de pratiques prometteuses. Précisez : | |
| Nombre de co-construction de connaissances visant un consensus sur des lignes directrices, un guide de pratique, une nouvelle pratique, etc. Précisez : | |
| Nombre de production d'outil clinique, de procédure ou autre. Précisez : | |
| Autres - Précisez : | |
| Conclusion ou commentaires | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| Demande de renouvellement de la communauté pour l'année prochaine | |
| La CdP désire poursuivre ses activités pour l'année financière : _____ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Aperçu des objectifs de l'année prochaine | |
| | |
| | |
| | |

Signature du représentant de la CdP

Date

Signature du gestionnaire

Date

Adapté de Centre de santé et services sociaux du Bas-Saint-Laurent, Cadre de référence sur l'encadrement clinique, document de travail, 2019