



AGRÉMENT
CANADA

Excellence des services

Pour les visites commencées après le :
1^{er} janvier 2019



AGRÉMENT
CANADA

© LE PRÉSENT DOCUMENT EST PROTÉGÉ PAR UN COPYRIGHT

Copyright © 2018, Organisation de normes en santé (HSO) ou ses concédants de licences. Tous droits réservés.

Toute utilisation et autre exploitation de ce document est couverte par les conditions d'utilisation établies ici <https://healthstandards.org/fr/normes/termes/org-jan-2018/>. Tout autre usage est strictement interdit. Si vous n'acceptez pas les Conditions d'utilisation (en tout ou en partie) vous n'avez pas le droit de vous servir, de reproduire ou d'exploiter de quelque façon que ce soit le présent document, d'aucune façon et sous aucun prétexte.

Pour de plus amples renseignements, communiquez avec HSO en écrivant à publications@healthstandards.org.

Site Web: www.healthstandards.org Téléphone: 1.613.738.3800

Excellence des services

Les normes relatives aux secteurs et aux services aident les organismes à évaluer la qualité de la prestation des services et à intégrer une culture de qualité, de sécurité et de soins centrés sur l'utilisateur et la famille dans tous les aspects de la prestation des services. Les normes s'appuient sur les cinq éléments clés de l'excellence des services soit la direction clinique, le personnel, les processus, l'information et le rendement.

Les normes offrent un outil aux organismes pour qu'ils puissent intégrer les démarches d'amélioration de la qualité à leurs activités quotidiennes en mettant d'abord l'accent sur l'inclusion de l'utilisateur et de la famille à titre de partenaires réels dans la prestation des services de santé.

Les soins centrés sur l'utilisateur et la famille constituent une approche qui oriente tous les aspects de la planification, de la prestation et de l'évaluation des services. L'accent est toujours mis sur la création et l'entretien de partenariats mutuellement bénéfiques parmi les membres de l'équipe de l'organisme et les usagers et familles qu'ils desservent. La prestation de soins centrés sur l'utilisateur et la famille se traduit par un travail effectué en collaboration avec les usagers et leurs familles de manière à offrir des soins respectueux, compatissants, compétents et culturellement sécuritaires, qui répondent à leurs besoins et qui correspondent à leurs valeurs, leurs antécédents culturels et leurs croyances, ainsi qu'à leurs préférences (adapté de l'Institute for Patient-and-Family-Centered Care [IPFCC] 2008).

Quatre valeurs fondamentales de cette approche sont intégrées à ses normes sur l'excellence des services. Ces valeurs sont les suivantes :

1. Dignité et respect : Écouter et respecter les points de vue et les choix de l'utilisateur et de la famille. Les connaissances, valeurs, croyances et antécédents culturels de l'utilisateur et de la famille sont intégrés à la planification et à la prestation des soins.

2. Partage d'information : Communiquer, avec assurance et de façon utile, une information complète et impartiale aux usagers et aux familles. Les usagers et les familles reçoivent en temps opportun de l'information complète et exacte de façon à participer efficacement aux soins et aux prises de décisions.

3. Partenariat et participation : Favoriser la participation des usagers et des familles à la prestation de soins et à la prise de décisions, et les encourager en ce sens dans la mesure qui leur convient.

4. Collaboration : Collaborer avec les usagers et les familles à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques et programmes, à la conception des installations, au perfectionnement professionnel ainsi qu'à la prestation des soins.

Légende :

Dimension

**Accent sur la population**

Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre

**Continuité**

Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins

**Pertinence**

Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats

**Effizienz**

Utilisez les ressources le plus adéquatement possible

**Milieu de travail**

Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi

**Sécurité**

Assurez ma sécurité

**Accessibilité**

Offrez-moi des services équitables, en temps opportun

**Services centrés sur l'utilisateur**

Collaborez avec moi et ma famille à nos soins

Types de critères

**Priorité élevée**

Les critères à priorité élevée sont les critères liés à la sécurité, à l'éthique, à la gestion des risques et à l'amélioration de la qualité. Ils sont indiqués dans les normes.

**Pratique organisationnelle requise**

Les pratiques organisationnelles requises (POR) sont des pratiques qui ont été déterminées comme étant essentielles et qui doivent être en place dans l'organisme pour améliorer la sécurité des clients et pour minimiser les risques.

Méthodes d'évaluation



Sur place

Les critères portant l'indication « Sur place » seront évalués sur place par un évaluateur tiers.



Attestation

Dans le cas des critères portant l'indication « Attestation », le prestataire de services de santé doit attester qu'il se conforme à ces critères. Ces derniers peuvent être vérifiés par un évaluateur tiers.

INVESTIR DANS DES SERVICES DE QUALITÉ

1.0 Les services sont conçus de manière collaborative pour répondre aux besoins des usagers et de la communauté.



1.1 Les services sont conçus conjointement avec les usagers et les familles, les partenaires et la communauté.

Conseils

La collaboration avec les usagers, les partenaires et la communauté pour concevoir les services se fait au moyen de groupes de défense des intérêts des usagers, de comités consultatifs communautaires et de sondages sur l'expérience vécue par l'utilisateur. Les lacunes dans les services sont cernées et comblées, si possible.



1.2 L'information est recueillie auprès des usagers et des familles, des partenaires et de la communauté et mise à profit dans la conception des services.

Conseils

De nouveaux renseignements peuvent être sollicités auprès des usagers et des familles, des partenaires et de la communauté, ou l'information existante peut être utilisée si elle est encore pertinente. Il se peut que l'équipe n'ait pas le mandat de recueillir de l'information, mais elle doit savoir comment y accéder et utiliser ce qui est mis à sa disposition. Ces renseignements peuvent provenir de différentes sources internes et externes telles que l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), les recensements, les rapports de planification de la cessation des services, les données relatives aux listes d'attente et les études sur les besoins de la communauté.

L'information englobe les besoins exprimés par les usagers auxquels l'organisme offre des services de même que les tendances qui pourraient avoir des répercussions sur la communauté et ses besoins en matière de services de santé.

Les besoins en matière de services de santé varient en fonction de l'état de santé, des capacités, des risques et des déterminants de la santé (c.-à-d. le revenu, les réseaux de soutien social, le niveau de scolarité et d'alphabétisme, la situation d'emploi et les conditions de travail, l'accès aux services de santé, le sexe et la culture).



1.3 Des buts et des objectifs spécifiques aux services sont élaborés avec l'apport des usagers et des familles.

Conseils

Les usagers et les familles, l'équipe et les partenaires de la communauté participent à l'élaboration des buts et objectifs de l'équipe. Les buts et objectifs correspondent aux orientations stratégiques de l'organisme et sont au cœur de la prestation des services. Les objectifs sont clairs, présentent des résultats et des facteurs de réussite mesurables, sont réalistes et fondés sur un échéancier.

Les buts et objectifs sont significatifs pour l'équipe. Ils sont revus annuellement ou au besoin et leur atteinte est évaluée.

Les buts et les objectifs sont en accord avec les objectifs fédéraux, provinciaux ou territoriaux, le cas échéant.



- 1.4** Les services sont revus et surveillés pour déterminer s'ils sont appropriés, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.

Conseils

La surveillance et l'évaluation des services qu'elle dispense permettent à l'équipe d'examiner quels services sont offerts aux usagers et quels services sont utilisés, et de cerner les possibilités d'amélioration. Le type d'information recueillie au sujet des services est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.

La surveillance de l'utilisation des services peut rendre les processus internes plus efficaces en cernant les lacunes dans les services, que ce soit dans l'organisme ou dans la communauté. Les services sont évalués pour déterminer s'ils sont offerts et utilisés comme prévu, s'ils sont de qualité appropriée et si des améliorations doivent être apportées à la conception des services et à la gamme de services offerts.

L'information est utilisée pour améliorer l'efficacité en minimisant les chevauchements, en évaluant la rentabilité des technologies et des interventions et en assurant une plus grande uniformité dans l'ensemble de l'organisme.



- 1.5** Des partenariats sont formés et maintenus avec d'autres services, programmes, prestataires et organismes pour répondre aux besoins des usagers et de la communauté.

Conseils

Les capacités d'une seule équipe ou d'un seul organisme ne peuvent en aucun cas suffire à répondre à l'ensemble des besoins des usagers ou de la communauté. Les partenariats peuvent être créés pour aider les usagers à passer d'un service à un autre dans l'ensemble du continuum de soins ou pour combler des lacunes liées aux services.

Des partenariats peuvent être établis avec des organismes de soins primaires, des organismes de soins de courte durée, des organismes de la communauté, des services de santé mentale ainsi que des services sociaux, des services d'enseignement et de logement. L'organisme peut aussi établir des partenariats ou des liens avec des organismes fédéraux, provinciaux ou territoriaux et aussi avec des organismes non gouvernementaux.

Les liens et partenariats varient selon la gamme de services fournis par l'organisme et les besoins des usagers.



- 1.6** L'information sur les services est mise à la disposition des usagers et des familles, des organismes partenaires et de la communauté.

Conseils

L'information porte, à tout le moins, sur la gamme de services offerts par l'organisme, les coûts pour l'utilisateur, le cas échéant, la façon d'accéder aux services, les points de contact, l'efficacité des services et leurs résultats, tout autre service pouvant répondre aux besoins particuliers de l'utilisateur, et les organismes partenaires.

Les usagers et les familles, les organismes partenaires et la communauté participent au processus visant à déterminer quelle information est nécessaire ou voulue et à évaluer si l'information répond à leurs besoins.



- 1.7** Les obstacles qui peuvent empêcher les usagers, les familles, les prestataires de services et les organismes qui acheminent des usagers d'accéder aux services sont cernés et éliminés si possible, avec l'apport des usagers et des familles.

Conseils

Un processus permet de cerner et de signaler les obstacles qui empêchent d'accéder aux services et aussi de les éliminer.

Les obstacles qui empêchent les usagers d'accéder aux services peuvent englober la proximité et la distribution des services, l'environnement physique, la pertinence des services d'un point de vue culturel, les temps d'attente, les types de services offerts, les barrières linguistiques, les barrières financières, l'accès au transport et l'accès aux services d'urgence en tout temps.

Lorsque les obstacles échappent au contrôle de l'organisme ou de l'équipe, ces derniers travaillent avec les partenaires ou la communauté pour les réduire.



2.0 Il y a suffisamment de ressources pour offrir des services sûrs, de haute qualité et centrés sur l'utilisateur.

2.1 Les exigences et les lacunes relatives aux ressources sont cernées et communiquées au personnel d'encadrement de l'organisme.

Conseils

Les membres de l'équipe et l'organisme déterminent quelles sont les ressources nécessaires pour offrir des soins sûrs, efficaces et de haute qualité. Les ressources peuvent être humaines, financières, structurelles, informationnelles ou technologiques.

La détermination des ressources nécessaires est un processus collaboratif entre l'équipe et le personnel d'encadrement de l'organisme. Cela comprend des critères pour déterminer où les ressources sont requises et quels sont les risques potentiels pour l'équipe et les usagers, les lacunes possibles au niveau des services, l'encombrement potentiel des services ou les obstacles éventuels à la prestation des services ou à leur accès.

L'équipe et le personnel d'encadrement de l'organisme travaillent ensemble pour déterminer comment utiliser efficacement les ressources disponibles ou si des ressources additionnelles sont nécessaires.



2.2 Les exigences et les lacunes liées à la technologie et aux systèmes d'information sont cernées et communiquées au personnel d'encadrement de l'organisme.

Conseils

La technologie comprend les dossiers médicaux et de santé électroniques (DME et DSE), les outils d'aide à la décision, les systèmes de suivi des usagers, les systèmes de gestion des listes d'attente, les outils d'auto-évaluation des usagers ou les registres ou bases de données propres à des services spécifiques. Selon l'organisme, les systèmes nécessaires peuvent être complexes (p. ex., des logiciels de pointe pour accroître l'interopérabilité) ou peuvent appuyer des opérations de base (p. ex., des systèmes informatiques plus nouveaux).

Dans la mesure du possible, des technologies de l'information innovatrices servent à soutenir le secteur de services.



2.3 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.

Conseils

Le fait de s'assurer d'avoir le niveau d'expérience et de compétence optimal favorise une prestation de services sûrs, efficaces et centrés sur l'utilisateur en plus de créer des possibilités d'apprentissage entre les membres de l'équipe.

Des ratios optimaux d'expérience et de compétence fondés sur des données probantes sont déterminés. Les membres de l'équipe possèdent une vaste gamme de connaissances et d'habiletés, de même qu'une solide expérience de travail auprès de différents groupes d'utilisateurs.

Les utilisateurs et les familles ont un point de vue unique sur le niveau d'expérience et de compétences offert par leur équipe. Ils pourraient être en mesure d'indiquer les services que leur équipe de soins n'a pu leur offrir de même que les compétences et les connaissances individuelles qui pourraient améliorer l'expérience vécue par l'utilisateur. Par exemple, les utilisateurs et les familles peuvent être bien placés pour reconnaître une lacune sur le plan des ressources ou des connaissances dans l'équipe (p. ex. connaissance des ressources communautaires, expérience de travail auprès des utilisateurs et des familles aux prises avec certaines maladies, certains obstacles, ayant différents niveaux de compréhension ou parlant différentes langues) de même que les aspects qui pourraient améliorer la communication (p. ex. entre les équipes, entre les prestataires, la façon dont l'équipe communique avec les utilisateurs et les familles ainsi que les moments où elle le fait).



- 2.4** L'espace est conçu conjointement avec les utilisateurs et les familles pour assurer la sécurité et permettre qu'il y ait des interactions confidentielles et privées avec les utilisateurs et les familles.

Conseils

Dans la mesure du possible, l'espace physique est conçu de manière à être sécuritaire et à respecter la vie privée et la confidentialité. Les utilisateurs et les familles participent à la planification et à la conception de l'aménagement et de l'utilisation de l'espace de manière à répondre à leurs besoins. La dignité des utilisateurs, le respect de la vie privée, la confidentialité, l'accessibilité, la prévention et le contrôle des infections et d'autres besoins spécifiques des utilisateurs et de la communauté desservie sont pris en considération dans la conception et l'utilisation de l'espace.

Lorsque les services sont offerts à l'extérieur de l'organisme (p. ex., au domicile de l'utilisateur ou dans un organisme de la communauté avec lequel l'organisme a établi un partenariat), l'équipe travaille avec l'utilisateur ou le partenaire pour maintenir la sécurité et respecter la vie privée.



- 2.5** L'efficacité des ressources, de l'espace et de la dotation est évaluée avec l'apport des utilisateurs et des familles, de l'équipe et des parties prenantes.

Conseils

L'évaluation de l'efficacité des ressources, de l'espace et de la dotation aide à déterminer dans quelle mesure les services offerts sont efficaces et permet de cerner des possibilités d'amélioration. Les commentaires des usagers et des familles, de l'équipe et des parties prenantes sont recueillis au moyen de sondages, de groupes de discussions, de comités consultatifs et de rétroaction informelle.



- 2.6** Les membres de l'équipe et les usagers ont accès à de l'information sur les services offerts dans la communauté, y compris les soins palliatifs et les soins en fin de vie.

Conseils

De l'information écrite et verbale est offerte au besoin, et peut comprendre des renseignements sur la réadaptation, les services de santé mentale et les soins primaires offerts dans la communauté, selon la population desservie et les ressources disponibles. Le degré de compréhension, le niveau d'alphabétisation, la langue, l'invalidité, ainsi que la culture de la population d'usagers sont pris en considération au moment d'élaborer et de fournir de l'information.

Les renseignements sur les soins palliatifs et en fin de vie comprennent l'information pour les usagers et les familles, de même que les ressources pour l'équipe.



- 2.7** Un milieu accessible à tous est créé avec l'apport des usagers et des familles.

Conseils

Le milieu où sont offerts les services est propre et sans encombrement pour en favoriser l'accessibilité physique aux personnes qui utilisent des aides à la mobilité comme des fauteuils roulants, béquilles ou marchettes. Le milieu est aussi accessible aux personnes ayant des exigences en matière de langue, de communication ou autre, comme les personnes ayant des déficiences auditives, visuelles, cognitives ou autres.

Lorsque les membres de l'équipe travaillent à l'extérieur de l'organisme (p. ex., pour offrir des soins dans la communauté, à domicile), ils travaillent avec les partenaires, les usagers et les familles pour favoriser l'accessibilité.



- 2.8** Les usagers ont accès à un espace consacré à la spiritualité et à un soutien spirituel qui répond à leurs besoins.

Conseils

Du soutien spirituel est offert pour répondre aux besoins des usagers, au besoin. Ce soutien comprend l'accès à un guide spirituel approprié aux croyances de l'utilisateur (p. ex. aumônier, imam, rabbin ou conseiller non confessionnel). L'utilisateur et sa famille ont accès à un espace désigné pour s'adonner à leurs pratiques spirituelles.

Les préférences et les besoins spirituels de l'utilisateur sont considérés comme faisant partie intégrante des soins et du processus de guérison. Ils font partie des discussions au moment de prendre des décisions relatives aux soins qui peuvent présenter un aspect éthique ou spirituel.

FAVORISER LA PRÉPARATION ET LA PARTICIPATION PROACTIVE DES EMPLOYÉS

3.0 Les membres de l'équipe sont qualifiés et ils ont les compétences requises.



3.1 La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.

Conseils

La formation et le perfectionnement varient en fonction du rôle. Ils peuvent être définis par un organisme de réglementation, peuvent être officiels ou non, et peuvent comprendre le vécu de la personne ou son expérience de travail.

L'apport des usagers et des familles peut s'avérer précieux pour cibler la formation et le perfectionnement qui pourrait être utile aux membres de l'équipe et contribuer à améliorer les services. Par exemple, les usagers et les familles peuvent permettre de déterminer la nécessité d'avoir de la formation sur la façon de travailler auprès des usagers ayant un héritage culturel, des croyances religieuses et des besoins diversifiés en matière de soins. Les usagers et les familles peuvent aussi contribuer grandement à cibler les lacunes sur le plan des connaissances.

L'apport des usagers et des familles est sollicité collectivement au moyen de comités ou de groupes consultatifs, de sondages ou de groupes de discussion structurés, ou peut prendre la forme de commentaires informels faits au jour le jour. L'apport peut être obtenu de nombreuses façons et à divers moments, et est mis à profit dans l'ensemble de l'organisme.



3.2 Les titres de compétence, les qualifications et les compétences sont vérifiés, documentés et mis à jour.

Conseils

Les exigences peuvent varier pour différents rôles dans l'organisme, y compris pour les membres des équipes réglementés ou non réglementés.

Les désignations, les titres de compétence, les évaluations des compétences et la formation font l'objet d'un suivi et sont maintenus à jour afin d'assurer une prestation de services sécuritaires et efficaces. Les exigences en matière de pratique professionnelle sont tenues à jour conformément aux politiques établies à l'échelle de la province et de l'organisme.

Les services sont offerts conformément aux champs de compétence reconnus. Les membres de l'équipe ont la formation et les capacités requises pour dispenser des soins centrés sur l'utilisateur et utiliser l'équipement, les appareils et les fournitures de manière sécuritaire.



- 3.3** Un programme d'orientation complet est offert aux nouveaux membres de l'équipe et aux représentants des usagers et des familles.

Conseils

Le programme d'orientation porte, à tout le moins, sur la mission, la vision et les valeurs de l'organisme; le mandat, les buts et les objectifs de l'équipe; la philosophie de soins centrés sur l'utilisateur et la mise en application de ses principes dans la pratique; les rôles, les responsabilités et les attentes en matière de rendement; les politiques et les procédures, incluant la confidentialité; les initiatives visant l'équilibre vie-travail; ainsi que l'approche de gestion intégrée de la qualité de l'organisme (p. ex., amélioration de la qualité, gestion des risques, gestion de l'utilisation des ressources).

Les processus et les activités d'orientation sont documentés.



- 3.4** De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de travailler respectueusement et efficacement avec les usagers et les familles ayant un héritage culturel, des croyances religieuses et des besoins diversifiés en matière de soins.

Conseils

La formation et le perfectionnement sur la culture permettent d'acquérir les compétences, connaissances et attitudes requises pour offrir des interventions et services à des populations de diverses cultures de façon sécuritaire et appropriée. La formation peut porter sur des sujets tels que l'invalidité, le degré de compréhension ou la santé mentale.

La formation et l'expérience liées à la culture font partie du recrutement (y compris dans l'annonce des postes) et des processus de sélection.



- 3.5** De la formation et du perfectionnement sont offerts sur le modèle de prestation de soins de l'organisme.

Conseils

Le programme de formation et de perfectionnement traite de la philosophie de l'organisme en matière de soins centrés sur l'utilisateur et sur la famille; des comportements attendus relativement à l'approche centrée sur l'utilisateur; de la mise en application des principes de cette philosophie pour résoudre les problèmes ou se pencher sur les enjeux dans l'organisme; des droits des usagers; des façons dont les usagers participent à la planification et à la prestation des services; et, des initiatives d'amélioration de la qualité qui sont entreprises.



- 3.6** De la formation et du perfectionnement sont offerts sur le cadre conceptuel de l'organisme visant la prise de décisions d'ordre éthique.

Conseils

De la formation et du soutien sur la façon de résoudre les questions d'éthique sont offerts aux membres de l'équipe. Les conflits d'intérêts, les points de vue conflictuels entre les usagers et les familles ou les membres de l'équipe, la décision d'un usager de cesser de recevoir les soins ou de vivre à risque ainsi que les croyances ou les pratiques différentes sont des questions d'ordre d'éthique.



- 3.7** De la formation et du perfectionnement sont offerts sur l'utilisation sécuritaire de l'équipement, des appareils et des fournitures utilisés pour la prestation des services.

Conseils

De l'information sur l'utilisation sécuritaire de l'équipement est fournie à tous les membres de l'équipe. Ils reçoivent de la formation sur l'utilisation de l'équipement, des appareils et des fournitures existants et nouveaux. Si un membre de l'équipe ne se sent pas prêt à utiliser l'équipement, les appareils ou les fournitures ou s'il ne les a pas utilisés depuis longtemps, il suit des cours de formation obligatoires ou sur demande.

Cette formation comprend la manipulation, l'entreposage, le fonctionnement, le nettoyage et l'entretien préventif ainsi que la procédure à suivre en cas de bris.



- 3.8** Une approche documentée et coordonnée est mise en œuvre pour la sécurité liée aux pompes à perfusion; elle comprend la formation, l'évaluation des compétences et un processus de signalement des problèmes liés aux pompes à perfusion.

Conseils

Les pompes à perfusion, qui servent à administrer des fluides dans le corps d'un usager de façon contrôlée, sont grandement utilisées dans les soins de santé, y compris à domicile. Elles sont associées à d'importants problèmes de sécurité et préjudices causés aux usagers.

La présente POR met l'accent sur l'administration parentérale (c.-à-d. par des voies autres que la voie digestive ou l'application topique) de liquides, médicaments, sang, produits sanguins et éléments nutritifs. Elle porte sur les pompes à perfusion intraveineuses stationnaires et mobiles, les pompes d'analgésie contrôlées, les pompes épidurales, les pompes à insuline et les pompes à grand débit. Sont exclues les pompes pour alimentation entérale.

Les membres de l'équipe ont besoin de formation et de perfectionnement pour maintenir les compétences qui leur permettent d'utiliser les pompes à perfusion de façon sécuritaire, compte tenu des différents types et fabricants de pompes, du mouvement des membres de l'équipe entre les services et du recours à du personnel temporaire. Les organismes réussissent mieux à assurer la sécurité quand ils adoptent une approche complète qui combine la formation et l'évaluation avec la sélection, l'acquisition et la standardisation appropriées des pompes à perfusion dans l'ensemble de l'organisme (voir les normes d'Agrément Canada sur la gestion des médicaments).

Lorsque les évaluations permettent de repérer des problèmes relatifs à la conception des pompes à perfusion, les organismes peuvent travailler avec les fabricants pour apporter des améliorations. Les organismes sont encouragés à signaler les problèmes à l'externe (p. ex. Santé Canada ou Alertes mondiales sur la sécurité des patients) pour que d'autres organismes puissent apporter des améliorations en matière de sécurité.

Tests de conformité

- 3.8.1 Des instructions et des guides de l'utilisateur sont facilement accessibles en tout temps pour chaque type de pompes à perfusion.
- 3.8.2 Une formation initiale et un recyclage professionnel sur l'utilisation sécuritaire des pompes à perfusion sont fournis aux membres de l'équipe :
- qui sont nouveaux dans l'organisme ou qui font partie du personnel temporaire et sont nouveaux dans le secteur de services;
 - qui reviennent d'un congé prolongé;
 - quand l'utilisation d'un nouveau type de pompes à perfusion est instaurée ou quand les pompes à perfusion existantes sont améliorées;
 - quand l'évaluation des compétences indique qu'un recyclage professionnel est requis.
 - quand les pompes à perfusion ne sont utilisées que très rarement, une formation ponctuelle est offerte.
- 3.8.3 Quand des pompes à perfusion contrôlées par l'utilisateur sont remises à des usagers (p. ex., pompes d'analgésie contrôlées, pompes à insuline), les usagers et les familles reçoivent une formation sur l'utilisation sécuritaire des pompes, et cette formation est documentée.
- 3.8.4 Les compétences des membres de l'équipe en ce qui concerne l'utilisation sécuritaire des pompes à perfusion sont évaluées au moins aux deux ans, et les résultats sont consignés. Quand les pompes à perfusion ne sont utilisées que très rarement, une évaluation ponctuelle des compétences est effectuée.
- 3.8.5 L'efficacité de l'approche est évaluée. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre ce qui suit.
- Enquêter sur les incidents liés à la sécurité des usagers se rattachant à l'utilisation des pompes à perfusion.
 - Examiner les données tirées des pompes intelligentes.
 - Examiner les évaluations des compétences.
 - Demander de la rétroaction aux usagers, aux familles et aux membres de l'équipe.
- 3.8.6 Lorsque les évaluations de la sécurité liée aux pompes à perfusion indiquent que des améliorations sont requises, la formation est améliorée ou des ajustements sont apportés aux pompes à perfusion.

3.9

De la formation et du perfectionnement sont offerts sur les systèmes d'information et d'autres technologies utilisées pour la prestation des services.





Conseils

La formation et le perfectionnement peuvent traiter de sujets comme la connaissance des applications informatiques, du traitement de textes, des logiciels, des outils de gestion du temps, des outils de communication, des applications de recherche, de la technologie des téléphones cellulaires, et de la protection de la confidentialité des renseignements sur l'utilisateur.

- 3.10** De la formation et du perfectionnement sont offerts sur la façon de cerner les besoins en matière de soins palliatifs et en fin de vie.

Conseils

La formation comprend de l'information sur le processus adopté par l'organisme pour dispenser des services de soins palliatifs ou en fin de vie ou pour y faciliter l'accès, pour communiquer avec les familles au sujet des questions de fin de vie, y compris sur la façon et le moment d'entreprendre les discussions au sujet des soins palliatifs et en fin de vie.

Les lois et règlements fédéraux, provinciaux et territoriaux concernant le consentement et les personnes chargées de prendre des décisions au nom d'autrui sont respectés.



- 3.11** Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.

Conseils

Un processus établi est suivi par l'organisme pour évaluer le rendement de chaque membre de l'équipe. Les commentaires des usagers et des pairs font partie du processus d'évaluation.

L'évaluation peut tenir compte de la capacité du membre de l'équipe d'assumer ses responsabilités, d'appliquer les principes des soins centrés sur l'utilisateur et de contribuer aux valeurs de l'organisme. Elle peut aussi tenir compte de ses points forts, de ses possibilités de croissance, de ses contributions en ce qui concerne la sécurité des usagers, la qualité de vie au travail et le respect des souhaits de l'utilisateur, ou des compétences spécifiques décrites dans la description de poste. L'évaluation peut indiquer des problèmes qui exigent un suivi comme un comportement non professionnel ou nuisible ou des difficultés à mettre en pratique l'approche de soins centrés sur l'utilisateur.

Le rendement est généralement évalué avant la fin de la période probatoire, puis annuellement ou selon les normes de l'organisme. Une évaluation peut également être effectuée après les séances de formation ou lorsqu'il y a des nouveautés sur le plan de la technologie, de l'équipement ou des compétences techniques.



- 3.12** Les représentants des usagers et des familles sont régulièrement appelés à fournir une rétroaction sur leurs rôles et responsabilités, la conception des rôles, les processus et la satisfaction par rapport aux rôles, s'il y a lieu.

Conseils

Une communication régulière entre les membres ou le chef d'équipe et les représentants des usagers et des familles permet de s'assurer que la relation est mutuellement bénéfique. Les discussions peuvent notamment offrir la possibilité d'une plus grande collaboration et d'une satisfaction accrue quant aux rôles de chacun.

Bien qu'un dialogue ouvert et transparent soit ainsi encouragé, le personnel d'encadrement reconnaît que les représentants des usagers et des familles doivent demeurer indépendants de l'organisme afin d'assurer l'impartialité de leurs opinions et recommandations.



- 3.13** Les membres de l'équipe ont le soutien du chef d'équipe pour assurer le suivi des problèmes et des possibilités de croissance cernés dans le cadre de l'évaluation du rendement.

Conseils

Les problèmes peuvent être cernés par le membre de l'équipe ou par le chef d'équipe et ils sont utilisés pour élaborer un plan d'action ou un plan de perfectionnement.



- 3.14** Des possibilités de formation continue, de formation et de perfectionnement sont offertes à chaque membre de l'équipe.

Conseils

Le chef d'équipe encourage les membres de l'équipe à profiter régulièrement des possibilités de perfectionnement professionnel ou de perfectionnement des compétences. Des séances de formation ou de perfectionnement supplémentaires peuvent être offertes en fonction de l'évaluation du rendement des membres de l'équipe ou des plans de perfectionnement établis.

- 4.0** **Les services sont offerts dans un milieu favorisant le travail en équipe collaborative.**



- 4.1** Une approche collaborative est utilisée pour offrir les services.

Conseils

Une équipe collaborative interdisciplinaire doit évoluer et s'adapter aux besoins changeants de l'utilisateur. Selon les besoins et les souhaits de l'utilisateur et de la famille, les membres de l'équipe peuvent avoir des rôles spécialisés (p. ex., prestataires de soins) et de soutien (p. ex., planificateurs de soins, traducteurs, personnel de sécurité ou représentants d'organismes partenaires de la communauté). Des stagiaires, des bénévoles et des représentants des usagers ou des conseillers peuvent aussi faire partie de l'équipe.

Les membres du personnel d'encadrement sont identifiés et le rôle de chaque membre de l'équipe est clairement présenté à l'utilisateur et à la famille.

L'équipe collaborative est désignée en fonction de critères définis comme les normes de pratique professionnelle approuvées, les exigences réglementaires, les connaissances et l'expérience et d'autres qualifications, le nombre de cas ou leur complexité, les fluctuations de la charge de travail et les questions concernant la sécurité et les besoins des usagers.



- 4.2** L'équipe travaille en collaboration avec les usagers et les familles.

Conseils

Les usagers et les familles prennent part à la prise de décisions conjointe et ils comprennent la façon dont les soins sont dispensés. L'utilisateur qui reçoit les services détermine qui fait partie de sa famille, et il a le droit d'inclure ou d'exclure des membres de la famille dans les choix relatifs à ses soins. Il a aussi le droit de redéfinir au fil du temps qui fait partie de sa famille. Par famille, on entend la famille élargie de la personne, les conjoints, les amis, les personnes chargées de la représenter, les tuteurs et d'autres représentants.



- 4.3** Il existe des profils de poste qui définissent les rôles, les responsabilités et les champs de compétence pour tous les postes.

Conseils

Les profils de postes englobent une description sommaire du poste, les compétences requises et les exigences minimales, la nature et la portée des tâches, et les liens hiérarchiques. Ils sont élaborés pour tous les membres de l'équipe, y compris ceux qui ne sont pas employés directement par l'organisme (p. ex., membres de l'équipe ayant des ententes contractuelles, partenaires, représentants des usagers et des familles).

La clarté des rôles, de même qu'un milieu de travail positif, est essentielle pour favoriser la sécurité des usagers et de l'équipe. Une bonne compréhension des rôles et responsabilités et la possibilité de travailler à son plein potentiel dans son champ de compétence donnent un sens et un but à la contribution de chacun.



- 4.4** Des outils de communication normalisés sont utilisés pour partager l'information concernant les soins de l'usager au sein des équipes et entre elles.

Conseils

Une communication normalisée augmente l'uniformité, minimise les chevauchements et améliore le travail d'équipe tout en favorisant la sécurité de l'usager. Les protocoles, les technologies ou les processus normalisés, comme la technique « situation, antécédents, évaluation, recommandation (SAER), comptent parmi les outils qui peuvent être utilisés.

Les membres de l'équipe reçoivent une formation sur les politiques et pratiques organisationnelles portant sur les outils de communication normalisés.



- 4.5** L'efficacité de la collaboration au sein de l'équipe et de son fonctionnement est évaluée et des possibilités d'amélioration sont cernées.

Conseils

Le processus d'évaluation de la collaboration et du fonctionnement de l'équipe peut comprendre un examen de ses services, de ses processus et de ses résultats. L'évaluation peut être effectuée en demandant aux membres de l'équipe, aux usagers et aux familles ainsi qu'aux partenaires de remplir un questionnaire sur le fonctionnement de l'équipe afin de stimuler la discussion au sujet des possibilités d'amélioration.

L'équipe évalue son fonctionnement lorsqu'un changement important est apporté à sa structure.

- 5.0** **Le mieux-être et l'équilibre vie-travail sont favorisés dans l'équipe.**



- 5.1** La charge de travail de chaque membre de l'équipe est assignée et évaluée de façon à assurer la sécurité et le bien-être de l'utilisateur et de l'équipe.

Conseils

Des critères pertinents sont utilisés pour déterminer la charge de travail en fonction du milieu et des besoins particuliers des différents secteurs de services (p. ex. heures de travail, nombre de cas, complexité du rôle, complexité des soins, exigences physiques et émotionnelles, nature répétitive des tâches et niveau de responsabilité). Les préférences et la disponibilité du personnel sont aussi prises en compte.

Dans certains cas, les équipes peuvent établir une charge de travail maximale pour leurs membres. Le processus consistant à assigner et à évaluer la charge de travail comprend la surveillance et le suivi des heures et des usagers ainsi que l'adoption de mesures supplémentaires au besoin (p. ex. transfert des effectifs ou restructuration de l'équipe).

Un environnement dans lequel les membres de l'équipe n'hésitent pas à discuter de leurs demandes et des niveaux de stress dans le milieu de travail est favorisé par l'organisme et le personnel d'encadrement. Des mesures sont prises pour réduire les pressions exercées sur les membres de l'équipe, dans la mesure du possible. Celles-ci peuvent comprendre des stratégies d'établissement des horaires, le partage de la charge de travail et des périodes consacrées aux activités de consignation.



- 5.2** Le travail et l'organisation des tâches, les rôles et les responsabilités de même que l'attribution des cas sont déterminés avec l'apport des membres de l'équipe ainsi que des usagers et des familles quand cela est approprié.

Conseils

L'organisation des tâches fait référence à la façon d'organiser un groupe de tâches ou une même tâche. L'organisation des tâches comprend tous les facteurs qui ont une incidence sur le travail, dont la rotation des tâches, les pauses et les heures de travail.

Au moment d'élaborer ou de réviser l'organisation des tâches, les rôles, les responsabilités et l'attribution des cas, la rétroaction et l'apport des membres de l'équipe ainsi que des usagers et des familles est prise en considération. Ils peuvent tous offrir un point de vue unique sur les aspects de l'organisation des tâches qui ont un effet direct sur eux. La flexibilité par rapport à l'organisation des tâches, aux rôles, aux responsabilités et à l'attribution des cas variera en fonction du type de services offerts, des usagers desservis et des membres individuels des équipes concernées. L'attribution des cas comprend les personnes dont chaque prestataire a la charge, de même que d'autres aspects des rôles des membres de l'équipe (p. ex. la participation aux activités d'amélioration de la qualité, la formation des nouveaux membres du personnel).



- 5.3** Les membres de l'équipe sont reconnus pour leurs contributions.

Conseils

La reconnaissance peut être individuelle, sous forme de récompense pour le nombre d'années de service ou pour une réalisation spéciale, ou elle peut porter sur la reconnaissance des activités et des réalisations de l'équipe.

La reconnaissance peut être officielle ou non, verbale ou écrite ou mettre l'accent sur la promotion d'une atmosphère dans laquelle les membres de l'équipe se sentent appréciés pour leurs contributions.



- 5.4** Une politique guide les membres de l'équipe lorsqu'il s'agit de formuler des plaintes, des préoccupations et des griefs.



- 5.5** De la formation et du perfectionnement sur les règlements relatifs à la santé et sécurité du travail ainsi que les politiques de l'organisme sur la sécurité en milieu de travail sont offerts aux membres de l'équipe.



- 5.6** De la formation et du perfectionnement sont offerts sur la façon de déceler, réduire et gérer les risques liés à la sécurité des usagers et des membres de l'équipe.

Conseils

La formation peut comprendre les dangers physiques; les difficultés liées à l'équipement; la prise en charge des déversements, l'élimination des déchets ou des substances infectieuses; le travail auprès d'usagers présentant un risque pour eux-mêmes ou les autres; et, les défis liés à la manipulation, à l'entreposage et à la distribution des médicaments.

Les risques courants pour l'équipe peuvent inclure le manque de formation sur les questions de sécurité, le fait de ne pas utiliser les techniques de soulèvement appropriées, l'utilisation inadéquate de l'équipement et le fait de travailler seul.



- 5.7** De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de prévenir et de gérer la violence en milieu de travail, y compris les mauvais traitements, les agressions, les menaces et les voies de fait.

Conseils

Les actes de violence comprennent les mauvais traitements, les agressions, les menaces et les voies de fait. Ils peuvent être commis par les usagers, les familles, les équipes ou toute autre personne dans le milieu de travail.

Si possible, les membres de l'équipe utilisent comme mesure préventive les techniques de désescalade. Entraînant le moins de perturbation possible, ces techniques sont le moyen le moins restrictif de gérer les comportements violents. Il existe différents programmes de formation sur la façon de travailler de manière sécuritaire avec les usagers qui présentent un risque de comportements agressifs ou réactifs ou qui manifestent de tels comportements.

La formation et le perfectionnement comprennent l'utilisation d'un outil normalisé d'évaluation des risques. La formation peut porter sur la capacité :

- de déterminer les éléments déclencheurs;
- d'évaluer et de communiquer le potentiel de violence d'un usager, et de reconnaître les signes d'agitation et d'agression;
- de réduire le harcèlement;
- de faire face à la violence et de la gérer (par ex., l'intervention non violente en cas de crise, les lignes directrices sur l'intervention en cas de codes d'urgence, la résolution de conflits et la médiation, ainsi que l'autodéfense);
- d'entreprendre la démarche sensible aux besoins des survivants de traumatismes;
- d'utiliser les techniques de communication.

La formation peut aussi préciser l'autre procédure que doit suivre l'équipe lorsque les techniques de désamorçage ne fonctionnent pas.



5.8

La politique de l'organisme sur la déclaration des cas de violence en milieu de travail est respectée par les membres de l'équipe.

Conseils

Les cas de violence physique ou verbale qui sont perçus comme étant violents, qui auraient pu mener à de la violence ou qui sont réellement survenus sont déclarés aux autorités appropriées conformément aux lois applicables et peuvent être notés dans le dossier médical de l'utilisateur selon la nature de l'incident.

TENIR DES SYSTÈMES D'INFORMATION ACCESSIBLES ET EFFICIENTS

6.0 Les dossiers des usagers sont exacts, à jour et protégés.

6.1 Un dossier exact, à jour et complet est tenu pour chaque usager, en partenariat avec l'usager et sa famille.



Conseils

Les dossiers des usagers sont accessibles et à jour. L'information est facile à retrouver et à reconnaître et elle est organisée de façon à faciliter son utilisation. Le dossier indique la date des services, est signé par l'autorité pertinente et est lisible.

Seules les abréviations reconnues sont utilisées dans le dossier, et l'information essentielle sur l'usager est présentée bien en vue dans le dossier.

Le dossier de l'usager est mis à jour dès qu'il y a un changement dans son état de santé, son plan de soins ou ses médicaments ou quand il y a une transition vers un autre niveau de soins ou de services.

Des normes organisationnelles et professionnelles sont suivies pour déterminer quelle information le dossier de l'usager doit contenir pour être considéré comme étant complet. Cela comprend les changements importants dans l'état de l'usager, les résultats diagnostiques, les alertes, les notes d'évolution, les événements importants ou les incidents liés à la sécurité de l'usager et autres.

Les usagers et les familles aident à fournir et à consigner l'information, et à s'assurer que l'information saisie est précise et complète. L'équipe peut travailler en partenariat avec l'usager et la famille de diverses façons selon le milieu où les services sont offerts et les circonstances individuelles. Par exemple, en milieu communautaire ou en soins primaires, la consignation peut souvent se faire dans la chambre avec l'usager et la famille. Cela n'est pas toujours possible dans tous les milieux de soins, particulièrement si le dossier de l'usager est conservé dans un emplacement centralisé, si la documentation effectuée en même temps que la prestation des soins et services nuit à celle-ci, ou si des soins urgents sont offerts.

Quand il n'est pas possible de consigner l'information dans le dossier de l'usager avec celui-ci et la famille, l'équipe travaille pour les inclure dans le processus autant que possible (p.ex. en prenant des notes avec eux, en confirmant l'information) pour s'assurer que ce qui est consigné est précis et reflète la nature du service offert, l'intervention ou la conversation.



- 6.2** Une série de renseignements standard sur la santé est recueillie pour assurer l'uniformité des dossiers des usagers afin de pouvoir les comparer.

Conseils

La collecte des renseignements standard sur la santé s'applique tant pour les dossiers des usagers sur papier que pour les dossiers électroniques.

La nature des renseignements sur la santé qui sont recueillis dépend du type d'organisme et des services dispensés. Les normes sur la collecte des données peuvent être prescrites dans des lignes directrices régionales ou nationales. Quand l'information n'est pas disponible, l'organisme travaille avec les organismes partenaires, pour déterminer quels renseignements recueillir pour chaque usager.



- 6.3** Des politiques et procédures sont suivies pour recueillir l'information sur l'utilisateur, la consigner, y avoir accès et l'utiliser de manière sécurisée.

Conseils

L'équipe dispose de politiques qui précisent à quelle information sur les usagers elle a accès, qui y a accès, comment et quand y accéder. Seuls les membres de l'équipe qui participent activement aux soins de l'utilisateur ont accès au dossier de celui-ci.

L'équipe est au courant des lois pour assurer la protection de la vie privée et de la confidentialité des renseignements sur les usagers, et elle sait comment s'y conformer. Les lois en vigueur peuvent être régionales ou nationales.



- 6.4** Les usagers peuvent accéder à l'information dans leur dossier, y compris les dossiers médicaux et de santé électroniques, d'une manière systématique et centrée sur l'utilisateur, et ce, en temps opportun.

Conseils

L'accès au dossier par les usagers est facilité de manière proactive, conformément à la politique de l'organisme et aux lois en vigueur. Les processus pour accéder aux dossiers sont centrés sur l'utilisateur et appuient les usagers qui veulent accéder à leurs renseignements. Les usagers ont l'occasion de discuter de l'information, de poser des questions et de fournir des commentaires.



- 6.5** L'information est consignée dans le dossier de l'utilisateur en partenariat avec l'utilisateur et la famille.

Conseils

Les usagers sont propriétaires de l'information portant sur leur santé. Ils sont inclus au processus de consignation de l'information dans leur dossier et peuvent fournir des commentaires quant aux renseignements consignés. Les usagers ont le droit de lire l'information consignée et d'émettre des commentaires. Le processus de tenue de dossiers ou de consignation peut être mené à bien en partenariat avec l'utilisateur dans le cadre de ses soins ou l'accès au dossier peut être fourni en format électronique.



- 6.6** Les politiques et les procédures sur l'entreposage, la conservation et la destruction des dossiers des usagers de manière sécurisée sont suivies.



- 6.7** Le partage de l'information sur l'utilisateur est coordonné parmi les membres de l'équipe et d'autres organismes, en partenariat avec l'utilisateur et conformément aux lois.

Conseils

Avec le consentement de l'utilisateur et tout en respectant le droit au respect de sa vie privée, l'information nécessaire est partagée, au besoin, pour favoriser une prestation de services centrée sur l'utilisateur. Un partage d'information efficace aide l'équipe à mieux répondre aux besoins des usagers et permet de réduire les chevauchements lorsqu'il s'agit d'obtenir des renseignements sur l'utilisateur. L'équipe obtient le consentement de l'utilisateur pour communiquer des renseignements à son sujet.

Les usagers participent au partage de l'information (p. ex., en conservant et en fournissant une liste à jour de leurs médicaments ou en remettant leur sommaire de congé aux prestataires appropriés).



- 6.8** Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des usagers et des familles, et l'information est utilisée en vue d'apporter des améliorations.

Conseils

La tenue des dossiers peut se faire sur un papier ou électronique. Le processus de surveillance et d'évaluation répond à toutes les lois ou exigences applicables. Le processus permet d'examiner les cas de non-respect de la vie privée, de même que la justesse et l'efficacité des pratiques.

L'évaluation peut être effectuée sur une base régulière ou irrégulière et porter sur un échantillon de dossiers. Si la tenue de dossiers est électronique, l'évaluation peut être déclenchée par certains événements, comme une activité inhabituelle, une tentative d'extraction de certaines données ou un démasquage de données.

Toutes les activités électroniques sont rattachées à un identificateur unique d'utilisateur. La date et l'heure sont indiquées, et un registre des activités est tenu pour assurer une surveillance adéquate des pratiques.

7.0 L'information sur la santé est gérée de manière à favoriser une prestation efficace des services.

- 7.1 De la formation et du perfectionnement sur les lois sont offerts pour assurer le respect de la vie privée et utiliser adéquatement l'information sur les usagers.

Conseils

La formation est offerte à tous les membres de l'équipe et elle peut être structurée ou non. De la formation ou du perfectionnement supplémentaire est fourni lorsque des changements sont apportés aux lois ou après une période prolongée.

- 7.2 Des politiques sur l'utilisation des communications électroniques et des technologies sont élaborées et suivies, avec l'apport des usagers et des familles.

Conseils

Les politiques concernant l'utilisation du courrier électronique, des messages textes, des applications Web et des médias sociaux sont déterminées en tenant compte du point de vue des usagers et des familles. Cela peut comprendre les communications entre les équipes, avec les usagers ou avec les partenaires et les usagers potentiels.

Au moment de déterminer quelles communications électroniques et technologies utiliser, la façon de gérer les questions liées au respect de la vie privée, au professionnalisme, à la sécurité de l'information, aux préférences des usagers en ce qui a trait aux communications et aux lois est prise en considération. Les technologies peuvent aider pour la prestation des services ou des soins, p, ex. démonstration des interventions au moyen d'une tablette électronique.





7.3 Des politiques et des procédures pour divulguer l'information sur la santé à des fins d'usage secondaire sont élaborées et suivies.

Conseils

L'usage secondaire des données fait référence à l'utilisation de l'information sur la santé à des fins autres que la prestation de services directs, comme la gestion des programmes cliniques, la gestion des systèmes de santé, la surveillance de la santé publique et la recherche.

Les politiques et procédures traitent des circonstances où la communication des données est pertinente et précisent comment assurer le maintien du respect de la vie privée des usagers (p. ex. en anonymisant ou en rassemblant les données avant de les communiquer). Quand des données identifiables ou réidentifiables sont requises, l'équipe suit un processus d'approbation éthique et évalue le risque avant la divulgation.

ÉVALUER LA QUALITÉ ET OBTENIR DES RÉSULTATS POSITIFS

8.0 Les résultats actuels de la recherche, les lignes directrices éclairées par des données probantes et l'information sur les pratiques exemplaires sont utilisés pour améliorer la qualité des services.



8.1 Il existe une procédure normalisée pour choisir des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont pertinentes aux services offerts.

Conseils

Les lignes directrices peuvent être choisies par un comité, un conseil ou une personne qui fait des recommandations à l'équipe sur les lignes directrices à utiliser et sur la façon de les intégrer à la prestation des services.

L'équipe peut adopter les lignes directrices d'autres organismes ou associations. Le processus de sélection des lignes directrices est normalisé et officialisé. Il peut inclure la participation de spécialistes du domaine ou d'un groupe de consensus, l'utilisation de l'outil GRADE (Grades of Recommendation Assessment, Development and Evaluation) ou de la grille AGREE (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation) qui permet aux organismes d'évaluer l'élaboration méthodique des guides de pratique clinique selon six points de vue : la portée et l'objectif, la participation des parties prenantes, la rigueur du contenu, la clarté et la présentation, l'applicabilité et l'indépendance de la rédaction.



8.2 La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires.

Conseils

Une approche collaborative est utilisée pour choisir les lignes directrices qui sont clairement liées à une meilleure expérience vécue par l'utilisateur et à de meilleurs résultats.

Les organismes utiliseront une procédure détaillée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes. Selon l'ampleur du projet, cela peut comprendre une analyse documentaire approfondie, une analyse du milieu, une consultation auprès d'autres organismes au sujet de leurs pratiques ainsi qu'une évaluation avec des partenaires et parties prenantes.

Comme c'est le cas pour toute activité qui touche les soins et l'expérience vécue par l'utilisateur, les organismes recueillent et prennent en considération les commentaires des usagers et des familles au moment de revoir la procédure pour choisir des lignes directrices éclairées par des données probantes. Bien que les usagers et les familles ne participent pas nécessairement dans une évaluation technique ou scientifique, leurs points de vue quant à l'expérience vécue par les usagers qui reçoivent des soins sont utiles. Les points de vue des usagers et des familles peuvent être recueillis par leur participation aux comités d'examen des procédures, l'examen des documents exposant les procédures, et l'observation qu'ils feront de l'utilisation ou de la mise en œuvre de la procédure dans la pratique.



- 8.3** Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.

Conseils

Des documents complets présentant une synthèse des données probantes découlant de plusieurs lignes directrices peuvent également être utilisés. La Collaboration Cochrane, par exemple, réalise des études systématiques des données probantes disponibles qui peuvent aider les équipes et les organismes dans leurs processus d'examen.

Les usagers et les familles sont consultés pour déterminer si la méthode utilisée pour faire un choix parmi les lignes directrices suit une approche centrée sur l'utilisateur (p. ex. aider à déterminer quelle ligne directrice est davantage centrée sur l'utilisateur, examiner une ligne directrice pour déterminer si elle a été élaborée en tenant compte du point de vue de l'utilisateur).



- 8.4** Des procédures et des protocoles pour réduire les variations non nécessaires dans la prestation des services sont mis au point avec l'apport des usagers et des familles.

Conseils

Les lignes directrices et les données probantes choisies sont utilisées pour mettre au point des procédures et des protocoles visant à améliorer la prestation des services et à dispenser des soins normalisés aux usagers. Les procédures et les protocoles peuvent accroître la sécurité des usagers, améliorer la collaboration entre les équipes, accroître l'efficacité et minimiser les variations dans la prestation des services. Les points de vue des usagers et des familles sont pris en considération au moment d'évaluer les améliorations. En tant que bénéficiaires des soins, les usagers et les familles sont souvent les mieux placés pour aider à déterminer quelles sont les variations ou les chevauchements inutiles dans les services.

Les connaissances découlant de la recherche sont adaptées et appliquées à chaque milieu de soins particulier.



- 8.5** Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.

Conseils

Le processus d'examen englobe l'accès aux travaux de recherche et aux renseignements les plus récents et la détermination de leur pertinence (p. ex. par l'analyse documentaire, la consultation de spécialistes du domaine et d'associations ou d'organismes pancanadiens). L'information sur la recherche peut comprendre les études sur les interventions, les évaluations de programmes ou les essais cliniques.

Le processus d'examen influence la procédure utilisée pour sélectionner les lignes directrices éclairées par des données probantes.

Bien que les usagers et les familles ne participent pas nécessairement à une évaluation technique ou scientifique, leurs points de vue sur l'expérience des usagers qui reçoivent des soins dictés par des lignes directrices et des protocoles sont utiles dans le processus d'examen.



- 8.6** Il existe une politique sur les pratiques éthiques de recherche, élaborée avec l'apport des usagers et des familles, qui précise quand demander l'approbation.

Conseils

La nécessité d'obtenir l'approbation relative à l'éthique est évaluée et, s'il y a lieu, elle est obtenue avant d'entreprendre de la recherche ou des activités (y compris les activités d'amélioration de la qualité) qui exigent une collecte d'information.

- 9.0** La sécurité des usagers et de l'équipe est favorisée dans le milieu où sont offerts les services.



- 9.1** Une approche proactive et prédictive est utilisée en vue de cerner les risques pour la sécurité des usagers et de l'équipe, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.

Conseils

Une approche proactive et prédictive est conçue pour régler les problèmes potentiels en réduisant les risques ou le danger avant qu'ils ne surviennent. Bien qu'il ne soit pas possible de repérer tous les risques dans le milieu où sont offerts les soins, un processus complet est utilisé pour cerner les risques les plus probables.

Au moyen de cette approche, l'équipe peut corriger les processus qui suscitent des erreurs, une inefficience ou des délais, parfois perçus comme étant hors de son contrôle. Il peut s'agir de petites interruptions continues dans le déroulement du travail qui créent, avec le temps, une importante perte de ressources (p. ex. devoir chercher de l'information ou des articles couramment utilisés).

De l'information est recueillie pour déterminer les causes des problèmes potentiels et pour trouver des solutions stratégiques. Ces activités peuvent consister à effectuer des vérifications, à parler aux usagers ou aux membres de l'équipe, à surveiller les secteurs qui présentent des risques, à repérer les interruptions, à participer à des séances d'information sur les mesures de sécurité et à se pencher sur les secteurs pour lesquels la marge d'erreur est grande.

Des occasions régulières de partager de l'information sur les problèmes potentiels et les incidents survenus peuvent réduire les risques et les probabilités que survienne un incident ou qu'il se reproduise.



- 9.2** Des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour cerner les risques en matière de sécurité, avec l'apport des usagers et des familles.

Conseils

Les membres de l'équipe travaillent ensemble pour accroître la participation aux stratégies de réduction des risques. Les perspectives des usagers et des familles sont intégrées au processus de mise au point et de mise en œuvre des stratégies de réduction des risques. Les stratégies sont mises à l'essai à petite échelle et les résultats sont suivis. Les stratégies varient en fonction des types de risques cernés et peuvent comprendre la planification de différentes mesures et la collaboration avec d'autres membres de l'équipe pour s'occuper des risques cernés.



- 9.3** Des processus de vérification sont utilisés pour réduire les activités à risque élevé, avec l'apport des usagers et des familles.

Conseils

Pour déterminer les activités à risque élevé, l'équipe peut examiner ses services et se servir de l'information qui découle de cet examen pour élaborer et mettre en œuvre des mécanismes de vérification visant à réduire les risques de causer préjudice aux usagers et aux membres de l'équipe.

Dans l'ensemble du continuum de soins, les mécanismes de vérification varieront selon les services. En voici quelques exemples:

- processus de répétition ou de relecture des diagnostics ou des ordonnances verbales;
- systèmes de vérification de la température de l'eau, particulièrement pour les bains;
- feuilles de suivi normalisées pour les usagers ayant des besoins complexes de gestion des médicaments;
- systèmes d'alerte automatisés pour communiquer les résultats de tests critiques;
- rappels générés par ordinateur pour les analyses de suivi chez les usagers à risque élevé;
- processus de vérification effectué par deux personnes pour les transfusions sanguines;
- double vérification indépendante pour la dispensation et l'administration de médicaments à risques élevés;
- systèmes de codes à barres pour la dispensation, l'étiquetage et l'administration des médicaments;
- logiciel d'aide à la décision pour l'entrée des ordonnances ou la vérification des interactions médicamenteuses;
- systèmes de surveillance de la sécurité pour les équipes des organismes extra-hospitaliers ou pour les usagers dans des milieux à risque élevé;
- protocoles normalisés pour la surveillance des signes vitaux (p. ex., la fréquence cardiaque du fœtus durant le déclenchement artificiel ou l'accélération du travail, ou pendant les accouchements à risque élevé);
- systèmes pour surveiller la température des réfrigérateurs où sont entreposés les vaccins;
- protocoles normalisés concernant l'utilisation des moyens de contention;
- processus normalisés pour le dépistage des allergies aux produits de contraste.



- 9.4** Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des usagers et des familles.

Conseils

Des modifications sont apportées au besoin pour assurer le maintien du changement positif.



- 9.5** Les incidents liés à la sécurité des usagers sont déclarés selon la politique en vigueur dans l'organisme et consignés dans le dossier de l'utilisateur et de l'organisme, s'il y a lieu.

Conseils

La déclaration et la consignation de l'information sont faites en temps opportun. Les incidents liés à la sécurité des usagers comprennent les incidents préjudiciables, incidents sans préjudice et les incidents évités de justesse, conformément à la Classification internationale pour la sécurité des patients, de l'Organisation mondiale de la Santé.



- 9.6** Les incidents liés à la sécurité des usagers sont divulgués aux usagers et aux familles conformément à la politique de l'organisme, et du soutien est obtenu, au besoin.

Conseils

Le soutien fourni à la suite d'un incident lié à la sécurité des usagers est une partie importante du processus. Le soutien est offert aux usagers et aux familles de même qu'aux membres de l'équipe touchés par l'incident lié à la sécurité des usagers.



- 9.7** Les incidents liés à la sécurité des usagers sont analysés pour éviter qu'ils ne se reproduisent et pour apporter des améliorations, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.

Conseils

L'analyse des incidents liés à la sécurité des usagers comprend la détermination des facteurs contributifs, l'adoption de mesures pour éviter que la même situation ne se reproduise et la surveillance de l'efficacité de ces mesures. Les organismes utilisent cette information pour élaborer des stratégies qui permettent de prévoir les risques pour la sécurité des usagers et de l'équipe de façon proactive et pour s'en occuper.

- 10.0** **Les données découlant des indicateurs sont recueillies pour orienter les activités d'amélioration de la qualité.**



- 10.1** Des renseignements et des commentaires sont recueillis au sujet de la qualité des services pour orienter les activités d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles, des membres des équipes et des partenaires.

Conseils

Les renseignements et les commentaires au sujet de la qualité des services sont recueillis de manière uniforme auprès des principales parties prenantes. Les commentaires peuvent prendre la forme de données relatives à la satisfaction ou à l'expérience de l'utilisateur et de la famille, de plaintes, d'indicateurs, de résultats, de tableaux de bord, d'information découlant de l'analyse des incidents et de rapports financiers. Ils peuvent être recueillis grâce à diverses méthodes, dont des sondages, des groupes de discussion, des entretiens, des réunions ou des dossiers de plaintes.



- 10.2** Les renseignements et les commentaires recueillis servent à déterminer les possibilités de projets d'amélioration de la qualité et à déterminer les priorités, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.

Conseils

Les commentaires et les autres formes de renseignements, les observations et l'expérience servent à déterminer les secteurs où effectuer des projets d'amélioration de la qualité et à les placer par ordre de priorité. Cela est fait en ayant recours à un processus normalisé et fondé sur des critères tels que les besoins exprimés par les usagers et les familles, les résultats signalés par les usagers, les risques, le volume ou les coûts.



- 10.3** Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles.

Conseils

Les objectifs d'amélioration de la qualité définissent ce que l'équipe essaie de réaliser et le délai qu'elle se fixe pour y parvenir. Les objectifs appropriés d'amélioration de la qualité sont généralement établis pour une courte période, comportent des buts qui excèdent le rendement actuel et correspondent aux priorités stratégiques à long terme ou aux secteurs liés à la sécurité des usagers. Le délai établi variera en fonction de la nature de l'objectif.

L'acronyme SMART s'avère un outil utile pour établir des objectifs significatifs qui doivent être spécifiques, mesurables, appropriés, réalistes et temporels.



- 10.4** Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des usagers et des familles.

Conseils

Les indicateurs sont utilisés pour évaluer si les activités entraînent un changement et si ce dernier constitue une amélioration. Les indicateurs sont principalement sélectionnés en fonction de leur pertinence et de leur capacité d'évaluer les progrès avec exactitude. En présence de multiples indicateurs possibles, des critères comme la validité scientifique et la faisabilité sont utilisés pour choisir les indicateurs.

S'il est difficile de sélectionner les indicateurs, cela peut signifier que les objectifs d'amélioration de la qualité doivent être plus clairs.



- 10.5** Les activités d'amélioration de la qualité sont conçues et mises à l'essai pour atteindre les objectifs.

Conseils

Les activités d'amélioration de la qualité sont des mesures qui sont entreprises pour amorcer des changements, et elles s'inscrivent dans le plan global d'amélioration de la qualité. Les activités sont en premier lieu mises à l'essai à petite échelle pour qu'il soit possible de déterminer leurs répercussions avant de les mettre en œuvre à plus grande échelle.



- 10.6** De nouvelles données ou des données existantes découlant des indicateurs sont utilisées pour établir un point de référence pour chaque indicateur.

Conseils

En établissant une base qui sert de point de référence, il devient possible d'évaluer les progrès réalisés en vue de se conformer aux objectifs d'amélioration de la qualité en comparant les données obtenues avant et après l'activité et en notant les changements. L'établissement de points de référence peut exiger un ou plusieurs points de données et doit avoir lieu au cours d'une période définie. Une fois ces points de référence établis, il se peut que l'équipe doive réévaluer les objectifs d'amélioration de la qualité pour s'assurer qu'ils demeurent réalisables et pertinents.



- 10.7** Il existe un processus pour recueillir régulièrement des données découlant des indicateurs et pour suivre les progrès.

Conseils

La manière dont les données seront recueillies et la fréquence à laquelle elles le seront sont déterminées. La collecte régulière des données permet à l'équipe de suivre ses progrès et de comprendre les variations normales des valeurs.



- 10.8** Des données découlant des indicateurs sont analysées régulièrement pour déterminer l'efficacité des activités d'amélioration de la qualité.

Conseils

L'équipe compare les effets prévus et réels de ses activités d'amélioration de la qualité et, si l'objectif n'a pas été atteint, elle revoit ses mesures en conséquence pour atteindre l'objectif.

L'analyse des données aide à dégager des tendances et peut révéler les secteurs qui pourraient être pris en considération pour des activités d'amélioration de la qualité. Les données découlant des indicateurs peuvent être illustrées sur un graphe d'exploitation ou un graphe de contrôle, les deux s'avérant des moyens utiles pour analyser ces données.

Si l'équipe n'est pas en mesure d'analyser les données, elle obtient une aide qualifiée à l'interne ou à l'externe.



- 10.9** Les activités d'amélioration de la qualité qui se sont révélées efficaces durant l'étape de mise à l'essai sont mises en œuvre à grande échelle dans l'ensemble de l'organisme.

Conseils

La façon dont ces activités seront mises en œuvre à grande échelle variera en fonction de la gamme et de l'envergure des services offerts par l'équipe et du délai fixé (p.ex. une activité efficace sera mise en œuvre dans plus d'un secteur de soins et pendant une plus longue période).



- 10.10** L'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages qui en découlent est communiquée aux usagers, aux familles, au personnel d'encadrement de l'organisme et à d'autres organismes, au besoin.

Conseils

Les renseignements sont adaptés à l'auditoire, y compris la formulation des messages et le niveau de langue.

La communication des résultats des évaluations et des améliorations aide les parties prenantes à se familiariser avec la philosophie et les bienfaits de l'amélioration de la qualité et favorise leur participation au processus. C'est aussi une façon pour l'organisme de faire connaître les activités d'amélioration de la qualité qui ont connu du succès de même qu'à démontrer son engagement à l'égard de l'amélioration continue de la qualité.

Parmi les autres avantages, la communication des indicateurs à l'extérieur de l'organisme permet d'établir des comparaisons avec des organismes qui offrent des services similaires.



- 10.11** Les projets d'amélioration de la qualité sont évalués régulièrement pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.

Conseils

L'évaluation des projets d'amélioration de la qualité comprend les activités, les objectifs et les indicateurs. Les résultats sont utilisés pour planifier les prochains projets d'amélioration de la qualité, y compris les renseignements portant sur la façon de maintenir et d'élargir les projets existants et sur le meilleur moment pour le faire.

Les résultats découlant des projets d'amélioration de la qualité sont examinés en lien avec la façon dont ils s'harmonisent avec le plan global d'amélioration de la qualité de l'organisme, ses buts et objectifs, sa mission et ses valeurs, de même que son plan stratégique. L'équipe évalue également si les objectifs ont été atteints dans les délais prescrits et si les délais sont toujours pertinents.

Des objectifs et des indicateurs peuvent être ajoutés, modifiés ou retirés au besoin, à partir de l'examen des projets. La raison qui justifie leur modification ou leur retrait est consignée.

