



AGRÉMENT
CANADA

Leadership

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

Leadership

La norme sur le leadership aide le personnel d'encadrement du milieu des soins de santé à continuer de chercher à atteindre l'excellence en matière de leadership dans les organismes qui démontrent un engagement véritable à l'égard des soins centrés sur l'utilisateur et la famille. Elle s'appuie sur la recherche et les meilleures pratiques et s'harmonise au *Cadre d'analyse de la gestion des organismes de soins de santé - Sommaire des normes proposées pour encadrer les pratiques de gestion au sein des organisations de santé* (recherche et développement, J.-L. Denis et coll., 2006). Cette norme porte sur les fonctions de l'équipe de leadership à tous les échelons de l'organisme, plutôt que sur les compétences se rapportant aux personnes ou aux postes. Elle précise quelles sont les exigences nécessaires pour assurer l'efficacité des mécanismes de gestion du rendement et des opérations, des structures décisionnelles et de l'infrastructure nécessaire pour susciter l'excellence et l'amélioration de la qualité, tout en insistant sur la création d'une culture axée sur les soins centrés sur l'utilisateur et la famille.

La norme de leadership est regroupée sous quatre sections; chacune traite d'une responsabilité clé de l'équipe de leadership que les organismes doivent s'assurer d'assumer dans leur démarche vers l'atteinte de la qualité et de la sécurité.

Les quatre sections sont les suivantes:

Instaurer une culture de bienveillance et en assurer la viabilité : Cette section traite de l'établissement, du renforcement et de la communication de la culture et des valeurs partout dans l'organisme. Elle porte plus particulièrement sur le besoin pour les organismes de santé d'instaurer une culture favorisant un milieu de travail sécuritaire et sain ainsi que l'amélioration continue de la qualité.

Planifier et concevoir les services : Cette section traite de la capacité de l'organisme à évaluer les tendances du milieu, y compris les besoins de la population en matière de services, et d'utiliser cette information pour planifier ses structures, ses systèmes de gestion et ses services. Elle porte aussi sur les relations de l'organisme avec ses parties prenantes et sur ses processus en vue de gérer le changement.

Attribuer des ressources et créer une infrastructure : Cette section traite de la gestion des ressources, du travail avec les partenaires en vue de partager les ressources et de les exploiter de manière optimale, de l'attribution équitable des ressources conformément aux priorités de l'organisme, des systèmes de gestion du rendement et des ressources humaines, de l'environnement physique et de l'infrastructure des systèmes d'information.

Surveiller et améliorer la qualité et la sécurité des services : Cette section traite des méthodes et des processus organisationnels nécessaires à la prestation de services sécuritaires de premier ordre et à l'atteinte des buts et des objectifs de l'organisme, y compris l'évaluation et l'amélioration du cheminement de l'utilisateur, la préparation en vue de sinistres ou de situations d'urgence ainsi que l'amélioration continue de la sécurité des usagers.

L'approche adoptée en vue de s'acquitter de ces responsabilités dépendra de la taille, de la structure et du mandat de l'organisme. Des critères précisent qu'il faut assumer certaines responsabilités et activités de concert avec le conseil d'administration. Lorsqu'un organisme n'en possède pas, il revient à son personnel d'encadrement de s'en charger. Dans certains territoires ou certaines provinces, le gouvernement peut prendre part aux activités de l'organisme, et il sera responsable de certaines activités présentées dans cette norme. Dans ce cas, le personnel d'encadrement devrait continuer à participer autant que possible au processus.

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.

INSTAURER UNE CULTURE DE BIENVEILLANCE ET EN ASSURER LA VIABILITÉ

1.0 Les services sont fournis et les décisions sont prises en fonction des valeurs et du code d'éthique de l'organisme.

1.1 L'organisme dispose d'un énoncé des valeurs.

Conseils

Le fait de définir les valeurs de l'organisme contribue à établir les paramètres liés au comportement attendu et aux relations acceptables avec d'autres organismes. Par valeurs, on entend, entre autres, la prestation de soins et de services centrés sur l'utilisateur et la famille, le respect, la confidentialité, l'intégrité, la transparence, l'honnêteté, une conduite qui respecte l'éthique, l'équité et la justice, la sécurité, un milieu de travail sain, le traitement des employés comme le meilleur atout de l'organisme. Des échéanciers établissant à quelle fréquence l'énoncé des valeurs est défini et mis à jour sont établis.

Il incombe au conseil d'administration de définir les valeurs de l'organisme. Selon le modèle de gouvernance en place, le personnel d'encadrement de l'organisme appuie ce processus en cherchant à obtenir l'apport des membres de l'équipe, des usagers, des familles et de l'ensemble de la communauté, de même qu'en formulant des recommandations au conseil d'administration au sujet des valeurs.

Lorsqu'un organisme ne possède pas de conseil d'administration, son personnel d'encadrement établit et met à jour l'énoncé des valeurs.

1.2 Le personnel d'encadrement de l'organisme communique et démontre les valeurs dans l'ensemble de l'organisme.

Conseils

Il incombe au personnel d'encadrement de l'organisme de communiquer les valeurs dans l'ensemble de l'organisme. Les valeurs doivent être visibles aux membres de l'équipe, ainsi qu'aux usagers et à leur famille. Elles peuvent être communiquées oralement ou au moyen de feuillets, de brochures ou d'affiches.

Le comportement du personnel d'encadrement doit concorder avec les valeurs de l'organisme. Le personnel d'encadrement de l'organisme doit tenir compte des valeurs dans le cadre du processus décisionnel ou d'autres processus.





- 1.3** Les soins centrés sur l'utilisateur et la famille constituent l'un des principes directeurs de l'organisme.

Conseils

Un principe directeur fournit des orientations à un organisme en toute circonstance, peu importe les changements apportés aux buts, aux objectifs stratégiques ou à la structure de leadership. Lorsqu'il prend des décisions, le personnel d'encadrement de l'organisme s'assure qu'elles concordent avec les principes directeurs.

Un ensemble de données croissant montre que l'amélioration de l'expérience vécue par l'utilisateur et l'établissement de partenariats avec les usagers et leur famille sont liés à de meilleurs résultats de santé. Chaque organisme doit examiner la façon dont ce concept est défini et mis en pratique dans le cadre de sa mission.

Le personnel d'encadrement de l'organisme doit mettre en pratique l'engagement de l'organisme à offrir des soins centrés sur l'utilisateur et la famille ainsi qu'à faire participer les usagers. Il doit aussi tenir le conseil d'administration au courant des priorités et des initiatives qui se rapportent aux soins centrés sur l'utilisateur et la famille. Il existe plusieurs cadres pour superviser la démarche de soins centrés sur l'utilisateur et la famille.



- 1.4** Les équipes sont appuyées dans leurs efforts en vue de travailler en partenariat avec les usagers et leurs familles pour tous les aspects de leurs soins.

Conseils

Il y a plusieurs façons d'établir des partenariats profitables avec les usagers et les familles, par exemple en:

- établissant des politiques qui encouragent la présence de la famille et qui permettent de s'assurer que les usagers reçoivent le soutien dont ils ont besoin, au moment où ils en ont besoin et de la personne qui compte le plus pour eux (p. ex. en ne limitant pas les heures de visite);
- faisant participer les usagers et les familles chaque fois que les équipes discutent du plan d'intervention interdisciplinaire de l'utilisateur;
- établissant des partenariats avec les usagers et les familles pour qu'ils prennent part aux processus qui visent à améliorer la sécurité des usagers et la qualité générale des soins.



- 1.5** Des politiques concernant les droits et les responsabilités des usagers sont élaborées et mises en œuvre avec l'apport des usagers et des familles.

Conseils

Les politiques doivent porter sur ce qui suit:

- le traitement des usagers avec respect et dignité;
- la protection de la vie privée, de la confidentialité et de la sécurité des usagers;
- les droits et responsabilités des usagers en ce qui a trait à la prestation des services qu'ils reçoivent. Dans quelques provinces ou territoires, les politiques concernant les droits et les responsabilités des usagers sont élaborées et imposées par un organisme externe comme le gouvernement.



- 1.6** L'apport des usagers et des familles est obtenu dans le cadre des principaux processus décisionnels de l'organisme.

Conseils

Les décisions clés sont celles qui auront une incidence sur l'expérience vécue par l'utilisateur et la famille. Elles peuvent être très variées et comprennent notamment un déplacement vers un autre service ou un autre établissement ou la modification des politiques. Les usagers et les familles peuvent souvent fournir des commentaires pertinents à propos de ces décisions, ce qui peut contribuer à ce que l'expérience vécue par l'utilisateur demeure positive.

Plusieurs mécanismes permettent d'obtenir l'apport des usagers et des familles, notamment des comités et des conseils (p. ex. des conseils consultatifs des familles et des usagers, des comités portant sur des projets particuliers).



- 1.7** Un cadre d'éthique visant à favoriser une pratique respectueuse des règles d'éthique est élaboré ou adopté, et mis en œuvre avec l'apport des usagers et des familles.

Conseils

Un cadre d'éthique offre une méthode normalisée pour aborder les questions d'éthique et prendre des décisions. Le cadre peut englober des codes de conduite, des lignes directrices, des processus et des valeurs pour aider à orienter la prise de décisions. Un cadre d'éthique contribue à faire la promotion de comportements et de pratiques qui respectent les règles d'éthique partout dans l'organisme et fait la lumière sur les problèmes d'ordre éthique lorsqu'ils surviennent. Le cadre d'éthique peut porter sur des enjeux d'ordre éthique relevant des secteurs clinique, commercial et organisationnel, ainsi que de la recherche et de la bioéthique, s'il y a lieu. Une conduite qui respecte l'éthique inclut notamment, mais sans s'y limiter, le maintien de la confidentialité, la protection et l'usage approprié des ressources de l'organisme, ainsi que le respect des lois, des règles et des règlements.

Il revient au personnel d'encadrement de l'organisme d'élaborer le cadre d'éthique de l'organisme avec l'appui du conseil d'administration et de s'assurer d'obtenir l'apport des usagers, des familles et de l'équipe.



- 1.8** Le cadre d'éthique définit les processus de gestion des problèmes, des dilemmes et des préoccupations liés à l'éthique.

Conseils

Les processus définis dans le cadre d'éthique encouragent toute personne concernée par l'organisme (y compris les usagers et leur famille) à signaler les problèmes et les préoccupations d'ordre éthique, de façon confidentielle au besoin. Les processus englobent les critères pour orienter les discussions et la prise de décisions liées aux problèmes d'éthique.

Les problèmes d'éthique peuvent être cliniques ou non, et comprennent, entre autres, les conflits d'intérêts, les comportements éthiques, la non-conformité au cadre d'éthique, comme le non-respect de la confidentialité, les répercussions d'ordre éthique de l'attribution des ressources (p. ex. le besoin par rapport à la capacité de payer pour les services de santé), l'importance du consentement éclairé et l'arrêt d'un traitement de maintien de la vie.



- 1.9** Les personnes responsables du cadre d'éthique et des processus de résolution des problèmes d'éthique sont désignées et font l'objet d'une surveillance.

Conseils

Par personnes responsables du cadre d'éthique et de la résolution des problèmes d'éthique, on entend une personne, un groupe ou un comité responsable de l'élaboration, de la diffusion et de la révision du cadre conceptuel. Ce rôle est clairement traduit dans la structure organisationnelle, dans l'organigramme et par des liens hiérarchiques précis.



- 1.10** Du soutien est fourni afin de renforcer la capacité du conseil d'administration, du personnel d'encadrement et des équipes à utiliser le cadre d'éthique.

Conseils

La capacité à utiliser le cadre d'éthique englobe un soutien offert au conseil d'administration, au personnel d'encadrement et aux équipes pour acquérir et améliorer leurs connaissances, leurs aptitudes et leurs compétences en matière d'éthique. L'acquisition et l'amélioration des aptitudes et des compétences en matière d'éthique peuvent se réaliser grâce à l'accès à de la formation et à du perfectionnement structurés, à la présence d'un cadre et d'outils relatifs à l'éthique, aux tribunes pour l'examen des cas, ainsi qu'à la diffusion des pratiques exemplaires en matière d'éthique. La capacité en matière d'éthique peut aussi être renforcée en invitant les membres de l'équipe, les représentants de la communauté, les usagers et les familles à prendre part aux discussions et à la prise de décisions relatives à l'éthique.



- 1.11** Un processus de collecte et d'examen de l'information sur les tendances relatives aux problèmes, aux défis et aux situations d'ordre éthique est suivi.

Conseils

En plus du soutien apporté à la collecte d'information générale sur l'éthique, les tendances relatives aux problèmes d'éthique de l'organisme sont analysées afin de faciliter et d'orienter l'amélioration de la qualité. Il est possible d'utiliser le cadre d'éthique pour recueillir cette information.



- 1.12** L'information sur les tendances relatives aux problèmes, aux défis et aux situations d'ordre éthique est utilisée afin d'améliorer la qualité des services.



- 1.13** Le cadre d'éthique englobe un processus pour examiner les répercussions éthiques des activités de recherche menées par l'organisme ou auxquelles il participe.

Conseils

Le processus d'examen des répercussions éthiques des activités de recherche englobe les critères permettant de déterminer si un projet de recherche nécessite une approbation sur le plan éthique, les critères permettant de déterminer si une innovation relève du domaine de la recherche et les processus visant à évaluer les répercussions de la participation des usagers aux projets de recherche et à approuver cette participation.

Les activités de recherche devraient respecter les politiques de l'organisme ainsi que les lois et règlements de la province ou du territoire.



- 1.14** Les projets de recherche dirigés par l'organisme ou auxquels celui-ci participe font l'objet d'un examen par un évaluateur ou un organisme objectif.

Conseils

L'évaluateur ou l'organisme peut être externe, p. ex. provenir d'un établissement d'enseignement ou d'une université partenaire; ou interne, p. ex. sélectionné selon un processus faisant appel aux trois conseils, ou il peut encore s'agir d'un consultant du secteur privé. L'évaluateur ou l'organisme doit être impartial, objectif et à l'abri de tout conflit d'intérêts.

L'examen permet d'évaluer le bien-fondé de chaque projet de recherche; les avantages et les risques pour les participants et pour l'organisme; les critères de refus et d'exclusion; le processus d'obtention du consentement éclairé des participants à l'étude; le processus utilisé pour faire face aux effets néfastes qui pourraient découler de la recherche; le bien-fondé du plan de recherche, y compris la conformité avec les normes établies en matière d'éthique; les compétences des coordonnateurs du projet; la qualité de l'analyse de fond effectuée à ce jour, p. ex. les analyses documentaires; l'effet éventuel du projet de recherche sur les ressources de l'organisme; la détermination des commanditaires du projet de recherche et la détection des conflits d'intérêts possibles; ainsi que la conformité du projet aux directives et aux protocoles de recherche internationaux, nationaux et régionaux.

Les activités de recherche devraient respecter les politiques de l'organisme ainsi que les lois et règlements de la province ou du territoire.

- 2.0 Un milieu de travail sain et sécuritaire et une qualité de vie positive au travail sont favorisés et appuyés.**



- 2.1** Un milieu de travail sain et sécuritaire constitue l'une des priorités stratégiques.

Conseils

Le conseil d'administration est tenu au courant des priorités en matière de milieu de travail sain et sécuritaire et des progrès réalisés pour les concrétiser.

Les initiatives concernant le milieu de travail sain et sécuritaire concordent avec l'orientation stratégique, les buts et les objectifs. Les initiatives visant à créer un milieu de travail sain et sécuritaire peuvent comprendre ce qui suit: modèles de rôles, activités de création d'esprit d'équipe, enseignement et encadrement offerts aux membres de l'équipe, motivation des membres des équipes, maintien d'un bon équilibre travail-vie personnelle, encouragement à la communication ouverte et à la prise de décisions concertée, remise de récompenses et reconnaissance du mérite, et élaboration et mise en œuvre de critères relatifs à la reconnaissance du mérite et à la promotion des membres de l'équipe.



- 2.2** Les activités d'amélioration de la qualité de vie au travail ainsi que la santé et la sécurité en milieu de travail sont appuyées.

Conseils

Le soutien visant l'amélioration de la qualité de vie au travail ainsi que la création et le maintien d'un milieu de travail sain et sécuritaire peut comprendre ce qui suit : soutien pédagogique prenant par exemple la forme d'ateliers, de congrès ou de cours; accès à des recherches et à de l'information sur les meilleures pratiques; attribution de ressources humaines ou financières axées précisément sur l'amélioration de la qualité de vie au travail au sein de l'organisme; réorganisation des responsabilités actuelles du personnel de façon à ce qu'il puisse consacrer plus de temps aux projets d'amélioration de la qualité de vie au travail; ou communication d'exemples concrets d'engagements de la direction envers la qualité de vie au travail au sein de l'organisme.



- 2.3** Le personnel d'encadrement de l'organisme participe aux projets d'amélioration de la qualité de vie au travail et de la santé et la sécurité en milieu de travail.

Conseils

Le personnel d'encadrement de l'organisme doit mettre en pratique l'engagement de l'organisme à l'égard de la qualité de vie au travail et d'un milieu de travail sain et sécuritaire. La culture de l'organisme doit favoriser la participation, de manière à ce que les membres de l'équipe contribuent à la qualité du milieu de travail et soient ouverts à la collaboration et à l'innovation.

Le personnel d'encadrement de l'organisme apporte son soutien et favorise un milieu de travail positif à tous les échelons de l'organisme. Pour ce faire, il peut : appuyer un processus d'engagement visant à déterminer les projets importants pour les membres de l'équipe; diriger des projets d'amélioration; offrir des services d'encadrement et de mentorat; ou encore, identifier et appuyer des champions de la qualité de vie au travail et de la santé et sécurité en milieu de travail.



- 2.4** Un code de conduite concernant toutes les personnes qui travaillent pour l'organisme est élaboré et mis en œuvre.

Conseils

Un code de conduite stipule les comportements attendus et ceux qui sont inacceptables dans l'organisme. Les membres de l'équipe doivent être assujettis aux mêmes attentes en ce qui concerne le comportement jugé acceptable. Le code de conduite devrait respecter les valeurs et le cadre d'éthique de l'organisme.

Lors de l'élaboration du code de conduite, il convient de chercher à obtenir les commentaires des personnes qui seront touchées par celui-ci, de manière à ce que le code soit accepté et appuyé.



- 2.5** Une politique qui porte sur le signalement des comportements qui vont à l'encontre du code de conduite, sur les enquêtes connexes et sur la résolution des problèmes de comportement est élaborée et mise en œuvre.



- 2.6** Des stratégies sont élaborées dans le but d'aider les membres de l'équipe à prendre en charge leur santé.

Conseils

Les facteurs tels que la culture de l'organisme, les exigences du travail, l'établissement des horaires, les ressources humaines et autres, ainsi que les impératifs de la vie personnelle, ont tous une incidence sur la santé en milieu de travail. Les stratégies visant à créer un milieu de travail sain portent sur tous les aspects de la santé, y compris la santé physique, émotionnelle et mentale. Elles peuvent inclure : une formation sur la santé et les déterminants de la santé; des programmes axés sur la gestion du stress, la perte de poids et l'abandon de la cigarette; des projets favorisant un mode de vie sain; un horaire variable; des programmes d'aide aux employés ou d'autres services de counseling afin de contribuer à la gestion des exigences du travail et de la vie personnelle; ou l'obtention d'avis sur l'établissement des horaires de travail et la conception des tâches.



- 2.7** Un processus en place appuie le personnel d'encadrement dans tout l'organisme afin qu'il puisse améliorer sa capacité à favoriser un milieu de travail sain et sécuritaire.

Conseils

Les mesures visant à aider le personnel d'encadrement de tous les échelons de l'organisme à comprendre les enjeux liés à la qualité de vie au travail, à en prendre conscience et à s'en faire les champions peuvent notamment prendre les formes suivantes : élaboration de lignes directrices claires sur l'étendue des responsabilités, la délégation efficace et les liens entre l'autorité et la reddition de comptes pour assurer la gestion de la charge de travail; communication des attentes en matière de qualité de vie au travail; services de mentorat aux nouveaux cadres; acquisition de connaissances sur les facteurs qui influent sur la qualité de vie au travail et leurs répercussions sur le milieu de travail; mise en œuvre de pratiques en matière de ressources humaines et de lignes directrices sur les meilleures pratiques en matière de développement de la capacité du leadership; enfin, création d'une culture organisationnelle qui soutient l'élaboration de styles de leadership sains.



- 2.8** Du soutien à la formation et au perfectionnement professionnel du personnel est offert.

Conseils

Le soutien à la formation et au perfectionnement professionnel peut comprendre l'attribution de ressources visant les cours ou les congrès, ou la création de moyens novateurs pour accéder à la formation et aux ressources afin que les membres de l'équipe puissent se tenir au courant des percées dans leur domaine et améliorer leurs compétences.



- 2.9** Des politiques de santé et de sécurité au travail qui sont conformes aux lois et règlements pertinents sont élaborées et mises en œuvre.

Conseils

Les lois et les règlements pertinents comprennent ceux sur la santé et la sécurité au travail et ceux sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail.

Une approche globale visant la santé et la sécurité au travail comprend la détermination et l'évaluation des risques pour les membres de l'équipe et les usagers; la création et l'entretien d'un système de gestion des invalidités; la détermination du rôle de chacun afin de promouvoir et de garantir la sécurité; la mise en œuvre de vérifications périodiques de la sécurité; la formation sur les pratiques de travail sécuritaires, de même que la prévention des situations d'urgence et la préparation à cet égard.



- 2.10** Une politique de vaccination et les procédures connexes, y compris la recommandation de certains vaccins aux membres de l'équipe, sont élaborées.

Conseils

La politique et les procédures précisent les vaccins nécessaires et ceux qui sont recommandés pour les membres de l'équipe, et ce, en fonction de leurs tâches, de leurs interactions avec les usagers et les familles, ainsi que des risques présents pour eux-mêmes et pour les autres.

Les vaccins nécessaires pour les membres de l'équipe varient selon le type d'organisme et ses usagers (p. ex. exigences et recommandations touchant des vaccins précis dans les hôpitaux pour enfants).

Dans quelques provinces ou territoires, les exigences en matière de vaccination relèvent du mandat du gouvernement ou du ministère de la santé publique.



- 2.11** L'état de fatigue et de stress des membres de l'équipe est suivi et des mesures sont prises pour atténuer les risques liés à la sécurité qui s'y rattachent.

Conseils

Les milieux militaires et de l'aviation reconnaissent que la fatigue et le stress ont une incidence sur la sécurité. Le stress et la fatigue peuvent être engendrés par la charge de travail, une autonomie ou un pouvoir décisionnel limités, des problèmes d'horaire et de dotation ou des distractions provenant du milieu, comme le bruit.

Il est possible de surveiller le stress et la fatigue en observant l'absentéisme ou la fréquence des heures supplémentaires ou des doubles quarts. Les résultats des sondages sur l'expérience et la satisfaction de l'équipe donnent également de l'information à ce sujet.



2.12 Une approche documentée et coordonnée afin de prévenir la violence en milieu de travail est mise en œuvre

Conseils

La violence en milieu de travail est plus courante dans les établissements de soins de santé que dans de nombreux autres milieux de travail. Un quart de tous les incidents liés à la violence au travail ont lieu dans des organismes de santé. En outre, la violence en milieu de travail est une question qui affecte l'ensemble du personnel et des prestataires de soins de santé à travers tout le continuum des soins de santé.

La présente POR a adopté la définition modifiée de la violence en milieu de travail établie par l'Organisation internationale du Travail, soit : « Incidents au cours desquels une personne est menacée, maltraitée ou victime de voies de fait dans une situation liée à son travail, ce qui inclut toutes les formes de harcèlement, d'intimidation, de menaces physiques ou de voies de fait, de vol et autres comportements importuns. Ces comportements peuvent provenir d'un usager ou de collègues, et ce, à n'importe quel palier de l'organisme ».

Une stratégie de prévention de la violence en milieu de travail devrait respecter les lois régionales et nationales qui s'appliquent, et cela constitue une étape importante pour répondre à l'inquiétude grandissante face à la violence en milieu de travail dans le secteur des soins de santé.

Tests de conformité

- 2.12.1 Une politique écrite sur la prévention de la violence en milieu de travail est en place.
- 2.12.2 La politique est élaborée en collaboration avec les membres de l'équipe et les bénévoles (selon le cas).
- 2.12.3 La politique précise le nom des personnes ou des postes responsables de sa mise en œuvre et de son respect.
- 2.12.4 Des évaluations des risques sont effectuées pour vérifier le risque de violence en milieu de travail.
- 2.12.5 Des procédures permettent aux membres de l'équipe de signaler en toute confidentialité les incidents liés à la violence au travail.
- 2.12.6 Des procédures permettent d'enquêter sur les incidents liés à la violence au travail et d'y donner suite.
- 2.12.7 Le personnel d'encadrement de l'organisme étudie les rapports trimestriels sur les incidents liés à la violence au travail et il se sert des renseignements ainsi obtenus pour améliorer la sécurité, réduire les incidents impliquant la violence et améliorer la politique sur prévention de la violence en milieu de travail.
- 2.12.8 De l'information et de la formation sont fournies aux membres de l'équipe sur la prévention de la violence au travail.



- 2.13** Un processus confidentiel est élaboré à l'intention des membres de l'équipe pour qu'ils puissent formuler leurs plaintes, leurs préoccupations et leurs griefs en toute confidentialité.

Conseils

La culture organisationnelle favorise les discussions ouvertes et la capacité de soulever les problèmes sans avoir peur de subir des répercussions.



- 2.14** Des indicateurs de processus et de résultats liés à la qualité de vie au travail et au milieu de travail sont définis et font l'objet d'un suivi.

Conseils

Les outils de mesure des processus peuvent inclure les taux de participation aux activités visant à créer un milieu de travail sain, le nombre et la nature des plaintes, des préoccupations et des griefs et les taux de perfectionnement professionnel. Les indicateurs de résultats englobent la satisfaction du personnel, les congés de maladie ou l'absentéisme, le taux de postes à pourvoir et de maintien en fonction et le nombre d'heures supplémentaires.



- 2.15** L'organisation évalue régulièrement sa culture axée sur un milieu de travail positif.

Conseils

La qualité de la vie au travail ainsi que l'attitude et la perception qu'ont les membres de l'équipe de leur milieu de travail sont évaluées.



- 2.16** L'organisation a tenu compte de ses résultats relatifs à l'évaluation de la qualité de vie au travail.

Conseils

Les mesures pourraient comprendre les suivantes (sans s'y limiter):

- Communiquer les résultats à l'équipe, au client et aux familles.
- Déterminer les points qui sont déjà forts ainsi que ceux qui doivent être améliorés.
- Choisir une ou plusieurs possibilités d'amélioration sur lesquelles on pourrait agir au moyen de projets d'amélioration.
- Établir les points de référence à partir desquels pourraient être comparés les résultats des évaluations futures.



3.0 Une culture d'amélioration de la qualité est favorisée dans l'ensemble de l'organisme.

3.1 L'amélioration de la qualité est l'une des priorités stratégiques établies.

Conseils

Le personnel d'encadrement de l'organisme fait rapport au conseil d'administration sur les priorités en matière d'amélioration de la qualité et l'informe des progrès réalisés vers l'atteinte de ces priorités. Les projets d'amélioration de la qualité de l'organisme sont coordonnés avec l'orientation stratégique, les buts et les objectifs; de plus, le conseil d'administration assure la surveillance de la réalisation des projets d'amélioration de la qualité.

Lorsqu'un organisme n'a pas de conseil d'administration, son personnel d'encadrement doit se charger de déterminer les priorités en matière d'amélioration de la qualité.



3.2 Des ressources sont allouées pour appuyer les activités d'amélioration de la qualité.

Conseils

Les ressources qui favorisent les activités d'amélioration de la qualité peuvent inclure des ressources humaines ou financières affectées exclusivement aux projets d'amélioration de la qualité, ou la réorganisation des responsabilités des équipes pour qu'elles puissent consacrer suffisamment de temps aux projets d'amélioration de la qualité.



3.3 Les équipes, les usagers et leur famille reçoivent du soutien afin d'acquérir les connaissances et les compétences nécessaires pour participer aux activités d'amélioration de la qualité.

Conseils

Le personnel d'encadrement de l'organisme doit agir en tant que champion de l'amélioration de la qualité et favoriser la créativité et l'innovation en stimulant et en renforçant la capacité des membres de l'équipe, des usagers et de leur famille à réfléchir à l'amélioration de la qualité de façon proactive.

La formation offerte pour appuyer l'amélioration de la qualité ou des processus peut inclure des ateliers, des congrès, des cours, ainsi que l'accès à l'information sur la recherche et les meilleures pratiques. Le soutien peut également prendre la forme de séances de formation ou d'information concernant une théorie ou une méthodologie d'amélioration et des moyens pour effectuer des projets d'amélioration de la qualité par des initiatives et en suivant des cycles.



3.4 Des processus clairs et documentés sur la façon de soumettre une plainte au sujet de l'organisme ou des soins ou de signaler une violation de leurs droits sont communiqués aux usagers et à la famille.



3.5 Le personnel d'encadrement de l'ensemble de l'organisme a la possibilité de participer à des projets collaboratifs d'amélioration de la qualité.

Conseils

Les possibilités de participation et de collaboration à des projets d'amélioration de la qualité peuvent comprendre la possibilité de réaliser ou de diriger des projets d'amélioration de la qualité avec des mentors ou encore de diriger des projets qui s'inscrivent dans d'autres projets plus importants.



3.6 Le personnel d'encadrement discute régulièrement avec les usagers et leur famille afin d'obtenir leur point de vue et d'être informé de leurs connaissances au sujet des possibilités d'amélioration afin d'en tenir compte.

Conseils

Les usagers et les familles offrent un point de vue unique sur les possibilités d'amélioration de la qualité d'un organisme. L'utilisation des commentaires des usagers et des familles pour apporter des améliorations permet d'instaurer un mécanisme qui tient compte de leurs besoins et qui démontre que l'organisme accorde de l'importance à leur opinion.

Il est possible de faire participer les usagers et leur famille à la détermination des possibilités d'amélioration et à l'élaboration de solutions en:

- tenant des groupes de discussion ou des entretiens;
- installant dans l'organisme des kiosques où ils peuvent fournir leurs commentaires;
- discutant avec les usagers au point de service.

Diverses méthodes devraient être utilisées pour faire participer les usagers et les familles aux processus d'amélioration de la qualité afin d'obtenir le plus de commentaires possible.



3.7 Le personnel d'encadrement de l'organisme participe à la supervision des principaux projets d'amélioration de la qualité.

Conseils

Le personnel d'encadrement de l'organisme se fait le champion de l'amélioration de la qualité en parrainant et en appuyant des projets d'amélioration de la qualité et en participant à celles-ci afin de promouvoir une culture d'amélioration de la qualité dans l'ensemble de l'organisme. Il peut participer à la mise sur pied ou à la supervision de certains des grands projets d'amélioration de la qualité; offrir des services d'encadrement et de mentorat sur l'amélioration de la qualité aux membres de l'équipe, aux usagers et à leur famille; trouver des champions de l'amélioration de la qualité; ou favoriser les changements, dans l'ensemble de l'organisme, fondés sur les résultats des projets d'amélioration de la qualité.



- 3.8** La diffusion et la viabilité des résultats des projets d'amélioration de la qualité sont encouragées et soutenues.

Conseils

En plus de diriger des projets d'amélioration de la qualité à l'échelle du service, le personnel d'encadrement de tous les échelons de l'organisme doit se pencher sur l'incidence que les améliorations apportées à son équipe, à son unité ou à son programme peuvent avoir sur d'autres secteurs de l'organisme ou du système de santé. Il doit tenir compte, entre autres, des répercussions ou des effets sur les autres secteurs et des méthodes de diffusion des améliorations ou des changements. Il convient d'avancer des idées et de fournir des stratégies, des ressources et de l'information pour favoriser la diffusion et la viabilité des améliorations.



- 3.9** Le personnel d'encadrement de l'organisme favorise l'apprentissage à partir des résultats de l'amélioration de la qualité et de la prise de décisions fondées sur la recherche et les données probantes, ainsi que sur l'expérience des usagers et l'amélioration continue de la qualité.

Conseils

L'apprentissage à partir de résultats peut comprendre les leçons tirées des résultats tant positifs que négatifs ou surprenants. Ce processus peut englober les activités suivantes : offrir du temps pour réfléchir aux résultats, veiller à ce qu'on dispose du soutien et des compétences nécessaires pour apprendre des résultats, promouvoir des mécanismes favorisant une réflexion et une rétroaction collectives, par exemple à l'aide de comptes rendus, et établir un équilibre entre l'apprentissage à partir des résultats et le fait de se concentrer sur les résultats finaux.



- 3.10** Le personnel d'encadrement de l'organisme favorise et appuie le recours systématique à des processus et à des outils d'aide à la décision normalisés ou aux lignes directrices des meilleures pratiques pour réduire les variations entre les services, s'il y a lieu.



Conseils

Bien que chaque usager puisse présenter des besoins particuliers et imprévisibles, la réduction des variations inappropriées entre les services et les soins à l'aide de processus et de protocoles normalisés ou des lignes directrices des meilleures pratiques permet de réduire les risques liés à la sécurité des usagers.

3.11

Les membres de l'équipe, les usagers et les familles qui participent aux activités d'amélioration de la qualité sont reconnus pour leur travail.

Conseils

La reconnaissance peut comprendre des prix, des annonces dans les bulletins ou pendant les rencontres de l'organisme, ou d'autres récompenses. L'organisme peut reconnaître les efforts d'une personne, d'une équipe ou d'un programme.

PLANIFIER ET CONCEVOIR LES SERVICES

4.0 Les services sont planifiés et conçus de manière à répondre aux besoins de la communauté.



4.1 Un processus vise à élaborer ou à mettre à jour l'énoncé de mission avec l'apport des membres de l'équipe, des usagers, des familles et des principales parties prenantes.

Conseils

L'énoncé de mission, parfois appelé raison d'être, décrit clairement la raison d'être et le mandat de l'organisme, les populations qu'il sert et la gamme de services offerts. L'énoncé de mission est facile à comprendre et rédigé en termes simples.

Le personnel d'encadrement de l'organisme peut utiliser différents moyens pour participer au processus d'élaboration ou de mise à jour de l'énoncé de mission. Le conseil d'administration a besoin des commentaires de ses partenaires internes et des parties prenantes, y compris des équipes, des usagers et des familles. Souvent, c'est le chef de la direction de l'organisme qui recueille les commentaires et les transmet au conseil d'administration. Dans le cas des organismes publics, la collecte de commentaires peut comprendre un processus de consultation auprès du public et de la communauté.

Lorsqu'un organisme ne possède pas de conseil d'administration, il revient au personnel d'encadrement d'élaborer la mission. Dans quelques provinces ou territoires, ce processus peut incomber au gouvernement.

4.2 L'organisme a une vision et un plan stratégique.



Conseils

La fréquence et la structure du processus de planification stratégique peuvent varier selon la taille et le type d'organisme. Le processus de planification stratégique est utilisé pour déterminer la vision à long terme de l'organisme, ainsi que sa stratégie pour concrétiser la vision. Le personnel d'encadrement de l'organisme doit établir un partenariat avec un vaste réseau de parties prenantes participant au processus de planification stratégique, y compris les membres des équipes, les usagers et les familles.

Dans quelques provinces ou territoires, ce processus peut incomber au gouvernement.

4.3 Les services sont planifiés avec l'apport des usagers, des familles et de la communauté élargie.





Conseils

Il est possible d'obtenir cet apport de diverses façons officielles ou non officielles, p. ex. les groupes de discussion, les assemblées publiques locales, ainsi que les processus de rétroaction ou de plainte, les comités consultatifs des usagers et des familles et d'autres activités communautaires et processus de consultation.

- 4.4** Si possible, lors de l'élaboration de la vision et du plan stratégique, les besoins des usagers, de leur famille et de la communauté élargie sont pris en considération, ainsi que les priorités établies par le gouvernement et d'autres parties prenantes.

Conseils

Dans certains cas, particulièrement dans celui des organismes subventionnés par l'État, les priorités peuvent être établies par le gouvernement au moyen de lois ou d'ententes au sujet du rendement et des responsabilités.

Dans le cas des organismes privés, l'accent peut être mis sur l'harmonisation de la vision et du plan stratégique aux priorités des diverses parties prenantes, y compris les actionnaires.



- 4.5** Lors de l'élaboration de la vision et du plan stratégique, les risques et les possibilités d'amélioration qui s'offrent à l'organisme sont évalués.

Conseils

Le milieu et les changements prévus pouvant constituer un risque ou présenter une possibilité d'amélioration pour l'organisme sont compris et pris en considération. Ces risques et possibilités sont évalués, et les stratégies les concernant sont intégrées dans le plan stratégique.

Dans quelques provinces ou territoires, ce processus peut incomber au gouvernement.



- 4.6** Le plan stratégique fait état de buts et d'objectifs qui concordent avec la mission et les valeurs et dont les résultats sont mesurables.

Conseils

Les buts et les objectifs tiennent compte de l'apport des partenaires internes de l'organisme, de l'évolution des besoins et de l'état de santé de la communauté, des priorités établies par le gouvernement et les autres parties prenantes, ainsi que des risques et des nouvelles possibilités qui s'offrent à l'organisme. Ils contribuent à l'amélioration des résultats des services et du rendement de l'organisme.



- 4.7** Une analyse constante du milieu est effectuée pour cerner les changements et les nouveaux défis ainsi que pour adapter, au besoin, le plan stratégique, les buts et les objectifs, sous la supervision et avec les conseils du conseil d'administration.

Conseils

Dans quelques provinces ou territoires, ce processus peut incomber au gouvernement. Dans ce cas, le personnel d'encadrement de l'organisme doit connaître le contenu de l'analyse du milieu et en utiliser les résultats aux fins de planification des services.



- 4.8** La mission, la vision et les valeurs de l'organisme sont communiquées aux membres des équipes, aux usagers, à leur famille et à la communauté.

Conseils

La communication de la mission, de la vision et des valeurs peut comprendre la diffusion publique de cette information, par exemple par voie d'affichage à l'accueil, dans le hall d'entrée ou sur le site Web de l'organisme.



- 4.9** Les buts et objectifs stratégiques sont communiqués aux membres des équipes dans l'ensemble de l'organisme, ainsi qu'aux usagers et à leur famille.



- 4.10** Les buts et objectifs des équipes, des unités ou des programmes concordent avec le plan stratégique.



- 4.11** Les progrès réalisés en vue d'atteindre les buts et les objectifs stratégiques de l'organisme sont signalés aux parties prenantes internes et externes et au conseil d'administration, s'il y a lieu.



- 4.12** Les politiques et les procédures concernant l'ensemble des fonctions, des opérations et des systèmes clés de l'organisme sont documentées, autorisées, mises en œuvre et mises à jour.

Conseils

Les fonctions clés varient selon la gamme de services offerts par l'organisme. Il incombe au personnel d'encadrement de l'organisme de déterminer les fonctions, les activités et les systèmes clés. Les politiques et les procédures comprennent les méthodes de fonctionnement uniformisées ainsi que les politiques, les procédures et les plans de l'organisme.

- 5.0** L'évolution des besoins et de l'état de santé de la communauté où l'organisme offre ses services est comprise.



- 5.1 L'information sur l'état de santé, les capacités et les besoins en matière de santé de la communauté est recueillie ou est obtenue auprès d'autres sources.

Conseils

Cette information peut aussi être appelée « évaluation des besoins de la communauté en matière de soins de santé » ou « profil de la communauté ». Elle comprend les tendances et les changements qui surviennent dans le milieu, y compris les données démographiques (âge, diversité culturelle, niveau d'alphabétisation, langue, etc.); les répercussions des déterminants de la santé (conditions de logement, statut socioéconomique, etc.); la prévalence de facteurs de risque susceptibles de conduire à des problèmes de santé (taux de tabagisme, d'embonpoint et d'obésité, etc.); ainsi que les observations des usagers et de la communauté concernant leurs besoins en matière de santé.

Il se peut que l'organisme n'ait pas le mandat de recueillir de l'information ou d'évaluer les besoins de la communauté, mais il doit savoir comment y accéder et utiliser ce qui est mis à sa disposition.



- 5.2 L'information au sujet de la communauté est utilisée dans le cadre de la planification de la gamme de services.

Conseils

Au fur et à mesure que de nouveaux renseignements sont diffusés ou que les besoins de la communauté changent, l'organisme s'adapte pour répondre à la demande.

Si l'organisme n'a pas à déterminer la gamme des services qu'il offre (p. ex. lorsque celle-ci est définie par le gouvernement ou dans le cadre d'une loi), l'information au sujet de la communauté l'aide à comprendre en quoi le mandat et les services de l'organisme contribuent à répondre aux besoins de la communauté et à cerner les lacunes touchant les services.



- 5.3 L'information au sujet de la communauté est tenue à jour sous une forme facile à comprendre.

Conseils

L'information au sujet de la communauté est claire et facile à comprendre pour les équipes. Dans certains territoires et certaines provinces, le gouvernement peut être responsable de ce processus.



- 5.4 L'information au sujet de la communauté est communiquée au conseil d'administration, aux équipes et aux parties prenantes, y compris à d'autres organismes, aux usagers et à leur famille.

Conseils

L'organisme détermine la façon dont l'information au sujet de la communauté est diffusée, y compris sous quelle forme et dans quelle mesure elle est détaillée. Il précise aussi les restrictions applicables, comme les lois sur la protection des renseignements personnels.

Dans certains territoires et certaines provinces, le gouvernement peut être responsable de ce processus.

6.0 Des plans opérationnels sont élaborés et mis en œuvre dans le but de réaliser le plan stratégique et d'atteindre les buts et les objectifs.



6.1 Des plans opérationnels annuels sont élaborés dans le but de réaliser le plan stratégique pour atteindre les buts et les objectifs, ainsi que pour orienter les activités quotidiennes.

Conseils

Les plans opérationnels décrivent des moyens à court terme d'atteindre les buts et objectifs établis dans le plan stratégique, de même que les activités et ressources requises.

Le budget annuel d'exploitation de l'organisme est souvent établi en fonction du plan opérationnel.



6.2 Lors de l'élaboration des plans opérationnels, l'apport des membres de l'équipe, des usagers et des familles, ainsi que des autres parties prenantes est obtenu, et les plans sont communiqués dans l'ensemble de l'organisme.

Conseils

Le processus de sollicitation des commentaires varie en fonction de la culture et des valeurs de l'organisme et de l'approche en matière de prises de décisions et de leadership.



6.3 Les plans opérationnels précisent les ressources, les systèmes et les infrastructures nécessaires pour offrir les services, pour réaliser le plan stratégique et pour atteindre les buts et les objectifs.

Conseils

Les plans opérationnels tiennent compte des ressources humaines et de la gestion de l'information de l'organisme, ainsi que des capacités et exigences de l'infrastructure.

Selon la taille de l'organisme, il est possible que ces éléments soient abordés dans un seul plan, notamment le plan d'affaires. L'organisme peut aussi élaborer des plans séparés propres à chacun des éléments. Si des plans séparés sont élaborés, il doit y avoir un processus permettant de veiller à ce qu'ils concordent les uns avec les autres en ce qui concerne les priorités et l'attribution des ressources.



- 6.4** Les structures et les secteurs de services ou les programmes de l'organisme sont conçus, mis en œuvre et adaptés de manière à favoriser la prestation des services et la réalisation des plans opérationnels.

Conseils

Les structures englobent les liens hiérarchiques tels qu'ils sont définis dans l'organigramme et dans la pratique, y compris les services de soutien comme ceux de l'administration et des finances ou de la comptabilité. Les liens hiérarchiques doivent assurer un équilibre entre l'autonomie professionnelle et les responsabilités du personnel d'encadrement de l'organisme en ce qui concerne la coordination et le contrôle dans l'ensemble de l'organisme. Cela peut être fait en distinguant la direction clinique ou le personnel d'encadrement d'une discipline médicale précise de la direction opérationnelle ou administrative.

Les structures et les secteurs de services ou les programmes de l'organisme sont adaptés en réponse à de nouveaux changements ou défis tels que les besoins ou les problèmes de santé en émergence ainsi que l'évolution du savoir et de la technologie ou à la nécessité d'apporter des modifications aux orientations stratégiques, aux buts et aux objectifs.



- 6.5** La gestion du changement se fait à l'aide de stratégies et de processus structurés.

Conseils

Les approches organisationnelles à la gestion du changement varient selon le type et l'étendue du changement et son incidence sur l'organisme, les équipes, les usagers, leur famille et la communauté. Le changement peut toucher les activités, les finances ou les services.

Les étapes d'un processus officiel de gestion du changement incluent la définition d'une vision claire du changement et la communication de celle-ci aux membres des équipes; l'adoption d'un plan opérationnel visant à mettre en œuvre le changement; la définition des rôles et des responsabilités entourant la gestion du changement; l'allocation des ressources financières et humaines pour appuyer le processus de changement; ainsi que le suivi et l'évaluation des résultats lors de la mise en place du processus de gestion du changement.



- 6.6** Des systèmes et des outils de gestion servent à surveiller la mise en place des plans opérationnels et à fournir des rapports à ce sujet.

Conseils

Les systèmes et outils de gestion sont choisis dans le but d'appuyer la coordination et l'évaluation des processus et services organisationnels, y compris les processus décisionnels. Cela peut englober les rapports de rendement, p. ex. les fiches de pointage équilibrées; le fait de s'assurer que les mesures de processus et de résultats sont directement liées aux buts et objectifs stratégiques; les rapports financiers, tels que les budgets et les prévisions budgétaires; et les outils de gestion de projet.

- 7.0** **Le personnel d'encadrement de l'organisme collabore avec un vaste réseau de parties prenantes.**



- 7.1** Le personnel d'encadrement de l'organisme travaille avec le conseil d'administration pour déterminer les parties prenantes externes et collaborer avec elles.

Conseils

Les parties prenantes externes peuvent comprendre les gouvernements ou d'autres bailleurs de fonds, des organismes partenaires ou similaires, des groupes d'intérêts ou de bénévoles, des associations ou des ordres professionnels, des organismes sous contrat, des populations marginalisées et l'ensemble de la communauté.

Il s'agit d'un processus collaboratif entre l'organisme et le conseil d'administration à l'intérieur duquel le personnel d'encadrement de l'organisme joue un rôle important en aidant le conseil d'administration à déterminer quelles sont ses parties prenantes ainsi qu'à trouver des façons de cibler leurs intérêts et d'y répondre.

Si l'organisme n'a pas de conseil d'administration, il incombe à son personnel d'encadrement de déterminer qui sont les parties prenantes externes et d'interagir avec elles au nom de l'organisme.



- 7.2** Le personnel d'encadrement fait la promotion de l'organisme et démontre la valeur de ses services aux parties prenantes et à la communauté.

Conseils

La promotion est une responsabilité partagée entre le conseil d'administration, le personnel d'encadrement de l'organisme et les autres membres de l'équipe.

Le personnel d'encadrement de l'organisme joue un rôle important en veillant à ce que la communauté connaisse les services offerts par l'organisme et le rôle de l'organisme dans la communauté. En favorisant le soutien de l'organisme et en le représentant, le personnel d'encadrement peut rehausser le profil de l'organisme et lui permettre d'être reconnu.

En consultation avec le conseil d'administration, le personnel d'encadrement de l'organisme détermine l'étendue des activités de représentation. Ces activités comprennent, entre autres, la participation aux événements qui se déroulent dans la communauté, p. ex. des campagnes de financement; l'appui donné aux politiques portant sur l'adoption de comportements sains pour agir sur les déterminants de la santé, p. ex. l'interdiction de fumer dans des lieux publics, les lois axées sur l'hygiène du milieu; la diffusion des résultats des projets d'amélioration de la qualité; la présentation des résultats du rendement dans des secteurs clés; et la sensibilisation de la communauté à diverses questions.



- 7.3** Des partenariats sont établis avec d'autres organismes de la communauté en vue de fournir et de coordonner les services de façon efficace et efficiente.

Conseils

Un organisme n'a pas les capacités nécessaires pour satisfaire à lui seul l'éventail complet des besoins de la population qu'il sert. Le personnel d'encadrement de l'organisme détermine les partenariats nécessaires pour assurer l'accès aux services tout au long du continuum des soins, et cherche à réduire le chevauchement des services et à mettre en commun les ressources avec celles d'autres organismes.

Dans le cas des organismes offrant plus d'un service ou comptant plus d'un emplacement, les partenariats cernés par le conseil d'administration et le personnel d'encadrement de l'organisme servent de point de départ à chaque programme ou secteur de service pour qu'il puisse former ses propres partenariats en vue de coordonner les services et de faciliter l'accès à ces derniers. Il est possible de créer des partenariats avec des organismes de la communauté qui offrent, par exemple, des soins de courte durée, des soins primaires, des programmes extra-hospitaliers, des services de santé publique, des services externes, des soins de longue durée, des soins et services à domicile ou des services de counseling.



- 7.4** Le personnel d'encadrement de l'organisme appuie les projets continus de la communauté, et y participe, pour promouvoir la santé et la prévention des maladies.

Conseils

Le degré et la nature de l'engagement de l'organisme peuvent varier selon sa taille, son mandat et son statut (public ou privé). Il peut participer à des campagnes de financement ou appuyer une politique publique sur la santé ayant une incidence sur les déterminants de la santé. L'organisme peut aussi prendre part à des projets qui portent sur des programmes ou des secteurs de services particuliers, p. ex. favoriser une saine alimentation et des exercices chez les personnes diabétiques, ou renseigner la communauté sur des affections comme la maladie d'Alzheimer ou l'accident vasculaire cérébral. Il n'est toutefois pas nécessaire que toutes les équipes ou tous les secteurs de services aient leurs propres projets de développement communautaire.



- 7.5** Un plan de communication porte sur la diffusion de l'information de l'organisme aux parties prenantes internes et externes et sur l'obtention de renseignements auprès de celles-ci.

Conseils

Le plan de communication sert à développer une communication ouverte et réciproque avec les parties prenantes. Il définit différents mécanismes de communication qui pourraient être offerts pour cibler différents groupes, de même que l'information qui doit être diffusée, la façon dont elle peut être divulguée, et à quelles personnes, ainsi que les buts et objectifs de l'échange d'information avec les parties prenantes et la communauté. Dans le cas des organismes publics, il porte aussi sur la diffusion de l'information au gouvernement.

Les parties prenantes internes peuvent inclure les membres des équipes; les fondations; les syndicats; les usagers actuels ou potentiels et leur famille, y compris les conseils de famille ou les comités consultatifs; et les actionnaires. L'organisme comprend qui sont les parties prenantes internes (autant les personnes que les groupes), ainsi que leurs besoins, leurs intérêts et leur rôle concernant le soutien et la mise en œuvre des décisions stratégiques et opérationnelles.

Dans le cas des organismes qui possèdent un conseil d'administration, celui-ci supervise l'élaboration du plan de communication et le personnel d'encadrement de l'organisme le met en œuvre.

- 7.6** Les commentaires des parties prenantes sont obtenus régulièrement afin d'évaluer l'efficacité de leurs relations avec l'organisme.

Conseils

Le personnel d'encadrement de l'organisme doit établir et respecter la fréquence de l'évaluation de l'efficacité des relations avec les parties prenantes. Il peut obtenir de la rétroaction par diverses voies, officielles ou non, p. ex. au moyen de groupes de discussion, de processus de rétroaction ou de plainte, d'activités communautaires, de consultations ou de réunions syndicales et autres.



ATTRIBUER DES RESSOURCES ET CRÉER UNE INFRASTRUCTURE

8.0 Les ressources financières de l'organisme sont attribuées et gérées de manière à en maximiser l'efficacité et à répondre aux besoins de la communauté en matière de services.



8.1 L'attribution des ressources fait partie du cycle régulier de planification de l'organisme.

Conseils

Il incombe au personnel d'encadrement de l'organisme de soumettre à l'approbation du conseil d'administration des recommandations relatives à l'attribution des ressources. Le conseil d'administration est responsable de déterminer et d'évaluer les risques pour guider l'attribution des ressources, et il supervise les décisions du personnel d'encadrement quant à leur répartition.

Lorsqu'un organisme ne possède pas de conseil d'administration, son personnel d'encadrement se charge des décisions touchant l'attribution des ressources, y compris la détermination et l'évaluation des risques. Dans quelques provinces ou territoires, l'attribution des ressources peut incomber au gouvernement.



8.2 Les budgets annuels d'exploitation et d'immobilisations sont préparés conformément aux politiques et procédures financières de l'organisme.

Conseils

Les politiques financières comprennent les principes comptables généralement reconnus (PCGR), ainsi que les lignes directrices du conseil ou du gouvernement. Les budgets d'exploitation et d'immobilisations démontrent que les ressources sont attribuées de façon appropriée dans tout l'organisme. Le budget d'exploitation fait état des profits et des pertes, de même que du coût des services.

Lors de la préparation des budgets annuels d'exploitation et d'immobilisations, la mission, la vision ainsi que les buts et objectifs stratégiques sont pris en considération, et la rétroaction des équipes est sollicitée.



8.3 Des possibilités sont offertes au personnel d'encadrement dans l'ensemble de l'organisme pour qu'il reçoive une formation sur la façon de gérer et de surveiller leurs budgets.



8.4 L'apport des parties prenantes internes et externes est obtenu lors de la prise de décisions sur l'attribution des ressources.

Conseils

Les commentaires englobent l'information recueillie au sujet de la communauté, p. ex. l'évaluation des besoins de la communauté; les conseils des partenaires communautaires sur les possibilités de partager des ressources pour maximiser l'efficacité; les priorités cernées par les usagers, les familles et la communauté; l'attribution des ressources imposée par les gouvernements régionaux ou nationaux, les bailleurs de fonds ou les fondations; et les demandes de fonds des comités internes, p. ex. le comité de planification des immobilisations.



- 8.5** Des critères servent à orienter les décisions liées à l'attribution des ressources.

Conseils

Les ressources sont réparties conformément aux critères établis pour les populations, les régions desservies et le continuum de services. Les critères utilisés pour orienter les décisions liées à l'attribution des ressources varient selon la taille et le mandat de l'organisme ainsi que les services qu'il offre, mais en général, ils prennent en considération les besoins et les priorités de la communauté; le financement attribué par les organismes publics et privés; les lignes directrices et les processus portant sur l'éthique; la mission, la vision, les valeurs, les buts et objectifs stratégiques de l'organisme; les objectifs établis pour une prestation de soins centrés sur l'utilisateur et la famille; de même que les données et les éléments probants, p. ex. les analyses de rentabilité.

Pour certains organismes subventionnés par l'État, le processus d'attribution des ressources incombe au gouvernement. Dans ce cas, le personnel d'encadrement de l'organisme comprend toutefois le processus et les critères ou les directives qui orientent ces décisions.



- 8.6** Il existe un processus pour que le conseil d'administration approuve les budgets annuels d'exploitation et d'immobilisations.

Conseils

Lorsqu'un organisme n'a pas de conseil d'administration, le personnel d'encadrement assume la responsabilité de l'élaboration et de l'approbation des budgets. Dans quelques provinces ou territoires, l'attribution des ressources peut incomber au gouvernement.



- 8.7** Lorsqu'un organisme n'a pas de conseil d'administration, le personnel d'encadrement assume la responsabilité de l'élaboration et de l'approbation des budgets. Dans quelques provinces ou territoires, l'attribution des ressources peut incomber au gouvernement.

Conseils

Le processus d'attribution des ressources est suffisamment souple pour répondre aux priorités et aux besoins changeants. Il peut prévoir un plan d'urgence permettant de réagir au changement en temps opportun.

Dans le cas d'un organisme dont le processus d'attribution des ressources incombe au gouvernement, le personnel d'encadrement de l'organisme prend part à la détermination des priorités et des besoins changeants, fait appel à des ressources supplémentaires et réagit en conséquence.



- 8.8** L'incidence des décisions relatives à l'attribution des ressources est analysée régulièrement.

Conseils

Le personnel d'encadrement de l'organisme doit établir et respecter la fréquence de l'analyse des répercussions des décisions concernant l'attribution des ressources. Il évalue les répercussions des décisions concernant l'attribution des ressources sur la qualité des soins offerts, la capacité de répondre aux besoins de la communauté, la culture du milieu de travail et la santé des membres des équipes, de même que l'atteinte des buts et objectifs stratégiques.

Lorsqu'il déplace les ressources d'un secteur de services à un autre, le personnel d'encadrement de l'organisme prévoit les répercussions de cette décision et prend des mesures en conséquence.



- 8.9** Les budgets sont surveillés, et des rapports réguliers sur le rendement financier de l'organisme sont produits.

Conseils

La fréquence de la surveillance du budget et de la production de rapports est établie par l'organisme, et des données probantes sur ce calendrier sont disponibles. Les rapports et les autres renseignements sur le rendement financier, p. ex. les risques concernant la situation financière de l'organisme, sont fournis au conseil d'administration, lorsque l'organisme en a un.

Dans le cas d'organismes sans conseil d'administration, les rapports sur le rendement financier sont remis au propriétaire, aux actionnaires ou aux autres personnes ou groupes chargés d'en surveiller le rendement financier.



- 8.10** Les rapports de rendement financier comprennent une analyse de l'utilisation des ressources et présentent des possibilités d'améliorer efficacement cette utilisation.

Conseils

L'analyse de l'utilisation des ressources sert à cerner les mesures à prendre pour en améliorer l'efficacité. Il existe plusieurs techniques pour examiner l'utilisation des ressources. L'organisme peut réaliser un examen structuré de l'utilisation des ressources, p. ex. un examen rétrospectif général ou pour un secteur de programmes ou de services, une détermination des coûts par diagnostic, une comparaison entre les budgets réels et les budgets prévus et une analyse des facteurs qui entraînent des écarts.



- 8.11** Le personnel d'encadrement veille à ce que l'organisme gère les ressources financières et produise des rapports conformément aux exigences d'ordre légal (p. ex. la vérification, la gestion d'une situation de déficit).

Conseils

La réglementation relative à la gestion financière et à la production de rapports financiers peut varier en fonction de la taille de l'organisme et selon qu'il est public ou privé.

9.0 L'environnement physique est sûr.



- 9.1** L'environnement physique respecte les lois, les règlements et les codes qui s'appliquent.

Conseils

Les points à prendre en considération comprennent les systèmes de chauffage, de ventilation et de climatisation qui servent à contrôler la température, l'humidité, les odeurs et l'apport en air frais; la prévention de l'exposition à la fumée secondaire; le bon fonctionnement de l'infrastructure matérielle (p. ex. fenêtres, toits, ascenseurs) et sa conformité aux codes pertinents; la présence de meubles et d'équipement qui tiennent compte de facteurs ergonomiques pour répondre aux besoins des membres des équipes et des usagers ayant des capacités et des besoins spéciaux; et enfin, un système de sécurité pour assurer la protection des membres des équipes et des usagers.

De nombreux organismes de soins de santé doivent composer avec les contraintes qu'imposent des infrastructures et des immeubles vétustes. Il faut effectuer des inspections régulières pour veiller à ce que les conditions physiques et environnementales concordent avec les lois, règlements et codes, de manière à protéger la santé et la sécurité des équipes et des usagers.

Lorsque les services sont fournis à domicile, des mécanismes sont prévus pour en évaluer la sécurité.



- 9.2** Il y a des mécanismes pour obtenir l'apport des usagers et des familles afin de concevoir de nouveaux locaux et de déterminer l'usage optimal qui peut être fait des locaux existants pour favoriser au mieux le confort et le rétablissement.
- 9.3** La santé et la sécurité des usagers et de l'équipe sont protégées en tout temps, particulièrement durant les périodes de construction ou de rénovation.

Conseils

Pendant les périodes de construction ou de rénovation, les points à prendre en considération relativement à la sécurité des usagers et de l'équipe peuvent inclure la prévention et le contrôle des infections, la restriction de l'accès aux lieux en construction, le contrôle des substances ou du matériel dangereux et l'isolement des travaux de construction et de rénovation en vue d'en limiter les conséquences sur la prestation des services.

- 9.4** Un processus structuré et transparent est en place pour sélectionner et acheter l'équipement, les instruments et les appareils médicaux, ainsi que pour choisir des fournisseurs compétents.

Conseils

Le processus utilisé pour sélectionner et acheter l'équipement, les instruments et les appareils médicaux prend en considération la normalisation de l'équipement à l'échelle de l'organisme, l'information provenant des équipes, des usagers et de leurs familles; le niveau et le type de services offerts, notamment les capacités fonctionnelles des usagers; les connaissances et les compétences requises; les risques qui s'y rattachent et les répercussions possibles sur la prévention et le contrôle des infections, dont le retraitement, la santé et la sécurité au travail, ainsi que la production et l'élimination de déchets; les données probantes et les projets de recherche les plus récents, les progrès technologiques; et si les avantages escomptés valent le coût.

Les organismes qui ont recours à l'impartition (emprunt, consignation ou location) de l'équipement, des instruments et des appareils médicaux utilisent le même processus que pour sélectionner l'équipement, les instruments et les appareils médicaux qu'ils achètent ou pour choisir les fournisseurs.

- 9.5** Un processus est en place pour offrir une formation aux équipes sur le fonctionnement sécuritaire de l'équipement, des appareils et des instruments médicaux.

- 9.6** Il existe une procédure ou une politique garantissant que les membres de l'équipe reçoivent l'autorisation et la formation nécessaires pour utiliser l'équipement et les appareils médicaux spécialisés.

Conseils

La procédure ou la politique peut comprendre la tenue d'une liste d'utilisateurs d'équipement, d'instruments et d'appareils médicaux spécialisés ayant obtenu l'autorisation et la formation nécessaires, ou la mise en place de numéros ou de codes d'accès qu'il faut entrer avant d'utiliser l'équipement et les appareils.



- 9.7** Les plans et les processus d'entretien, de modernisation et de remplacement de l'équipement, des appareils et des instruments médicaux sont suivis.

Conseils

Les plans et les processus d'entretien, de modernisation et de remplacement de l'équipement, des appareils et des instruments médicaux sont suivis.



- 9.8** Un programme efficace d'entretien préventif pour tous les appareils et instruments médicaux, l'équipement et la technologie est mis en œuvre.

Conseils

L'adoption d'un programme efficace d'entretien préventif permet de s'assurer que les instruments médicaux, l'équipement et la technologie sont sûrs et en état de fonctionner. Le programme permet également de repérer l'éventuelle défaillance d'un appareil ou instrument médical, de l'équipement ou de la technologie qui pourrait mener à des blessures chez les membres de l'équipe ou les usagers, et d'y remédier.

Tests de conformité

- 9.8.1 Il existe un programme d'entretien préventif pour tous les appareils ou instruments médicaux, l'équipement et la technologie.
- 9.8.2 Il y a des rapports d'entretien préventif pertinents.
- 9.8.3 Un processus est en place pour évaluer l'efficacité du programme d'entretien préventif de l'organisme.
- 9.8.4 Un suivi, lequel est consigné, est effectué en ce qui concerne les enquêtes relatives à des incidents et à des problèmes impliquant les appareils et instruments médicaux, l'équipement et la technologie.



- 9.9** Le personnel d'encadrement de l'organisme élabore et suit des politiques et des procédures pour gérer les incidents liés à la sécurité des usagers qui concernent la technologie, l'équipement, les instruments et les appareils médicaux, y compris les cas de mauvaise utilisation.



Conseils

La politique comprend l'obligation de faire un suivi au sujet de l'équipement, des appareils et des instruments médicaux qui concernent un incident lié à la sécurité des usagers.

- 9.10** Des mesures sont prises, y compris l'adoption de systèmes d'appoint, pour réduire les répercussions des pannes de services publics sur la santé et la sécurité des usagers et de l'équipe.

Conseils

Les services publics comprennent l'électricité, l'eau potable, l'eau stérile, le carburant, les gaz médicaux et les systèmes de chauffage à vide.

En l'absence d'un système d'appoint, les dirigeants de l'organisme préparent un plan précisant quoi faire en cas de pannes prolongées des services publics, en indiquant, par exemple, comment protéger les médicaments et vaccins devant être réfrigérés ou comment et où relocaliser les usagers.

En milieu extra-hospitalier, comme le domicile des usagers, le personnel d'encadrement de l'organisme peut prévoir un système d'appoint en cas de panne, p. ex. des piles ou une génératrice miniature pour l'équipement de ventilation à domicile.



- 9.11** Des projets servent à réduire au minimum l'incidence des activités de l'organisme sur l'environnement.

Conseils

Les projets peuvent englober ceux qui suivent : accroître les possibilités de réduire, de réutiliser et de recycler; économiser les ressources comme l'eau et l'électricité; utiliser des produits et promouvoir des pratiques qui sont sans danger pour l'environnement, p. ex. des détergents sans phosphate ou des préparations alimentaires écologiques; contrôler les émissions; se débarrasser correctement des substances qui présentent un danger pour l'environnement; prendre part à des programmes ou des activités communautaires visant à améliorer l'environnement, p. ex. les « journées de nettoyage »; travailler avec les organismes locaux de gestion de l'environnement; ou effectuer des travaux d'embellissement et d'entretien à l'extérieur.

- 10.0** **Le personnel d'encadrement de l'organisme investit dans les ressources humaines de l'organisme et dans le développement des capacités et des compétences des équipes.**



- 10.1** Les processus de recrutement et de sélection des membres des équipes sont réalisés de façon équitable selon les compétences de chaque personne ainsi que leurs capacités à contribuer à la mise en œuvre des valeurs, des buts et des objectifs de l'organisme.



10.2 Des stratégies de maintien des effectifs sont mises en place.

Conseils

Le maintien des effectifs est étroitement lié au milieu de travail et à la santé en milieu de travail. Ainsi, de nombreuses stratégies de maintien des effectifs sont semblables aux stratégies visant la promotion d'un milieu de travail sain et sécuritaire et de la santé en milieu de travail, telles que l'adoption de stratégies particulières pour accroître la souplesse en milieu de travail, p. ex. offrir des horaires variables; reconnaître la contribution des personnes et les récompenser; offrir des services de garde d'enfants; créer des occasions de mentorat, de promotion, de transfert ou d'observation au poste de travail; offrir du perfectionnement professionnel, y compris la possibilité de développer des compétences en leadership; ainsi que surveiller le stress et la fatigue pour réduire au minimum les interruptions de services et les risques d'épuisement professionnel.

Il existe d'autres stratégies, notamment l'examen de la rémunération pour s'assurer qu'elle est juste et équitable.

Les stratégies de maintien des effectifs dépendront de la taille de l'organisme, du type de membres de l'équipe, ainsi que d'autres facteurs tels que la situation géographique.



10.3 Le processus de dotation est fondé sur des données probantes et fait appel aux compétences, à la formation et aux connaissances de chaque personne.

Conseils

Le processus de dotation est fondé sur des critères objectifs tels que les besoins des usagers en matière de santé, la gravité des cas, la complexité des services ainsi que les ressources de l'organisme.

Le processus de dotation de l'organisme englobe une évaluation régulière de l'efficacité de la dotation, ainsi que la recherche de moyens pour remédier à la situation lorsque les effectifs se situent en deçà d'un seuil sécuritaire.

Le processus de dotation peut être influencé ou touché par les conventions collectives, p. ex. les dispositions sur l'ancienneté.



10.4 De la formation et du perfectionnement sont offerts dans l'ensemble de l'organisme pour favoriser et améliorer la culture de soins centrés sur l'utilisateur et la famille.

Conseils

Des programmes de formation et de perfectionnement servant à initier les équipes à la stratégie, aux buts, aux comportements et aux mesures qui favorisent une culture de soins centrés sur l'usager et la famille sont mis en place. Les équipes reçoivent de la formation sur les compétences permettant d'établir des partenariats fructueux et de communiquer efficacement avec les familles et les usagers.



- 10.5** Un plan de gestion du personnel talentueux qui comprend des stratégies de développement des compétences et des capacités de leadership au sein de l'organisme est établi.

Conseils

Le plan de gestion du personnel talentueux doit aborder la planification de la relève, la planification du perfectionnement des ressources humaines et les plans de développement des capacités de leadership à l'échelle de l'organisme. Il favorise un milieu de travail sain en habilitant et en incitant les membres des équipes à assumer des fonctions et des postes de leadership.

Le perfectionnement des compétences en leadership doit être constant et favorisé grâce à une culture qui préconise l'encadrement ou l'apprentissage.

Les stratégies favorisant le perfectionnement du personnel d'encadrement dans l'ensemble de l'organisme peuvent englober des ateliers de leadership, de l'encadrement, du mentorat, des activités de simulation, et des programmes d'échange en leadership. Un aspect important du leadership est le développement de compétences telles que des techniques de motivation, des techniques de communication interpersonnelle, la gestion des conflits, la gestion d'équipe et le renforcement de la confiance.



- 10.6** Les rapports hiérarchiques sont définis pour l'ensemble des membres de l'équipe.

Conseils

Les rapports hiérarchiques figurent dans l'organigramme et sont bien compris par tout le monde dans l'organisme. Ils respectent la structure de l'organisme, la gamme et le genre de services offerts, un leadership et un travail d'équipe efficaces et efficients à l'échelle de l'organisme, le type de membres qui constitue les équipes, les déplacements des membres des équipes au sein de l'organisme; de même que l'intégration des services tout au long du continuum.



- 10.7** Les profils des postes sont élaborés et mis à jour régulièrement, et ce, pour chacun des postes.

Conseils

Le personnel d'encadrement de l'organisme établit et respecte la fréquence de la mise à jour du profil des postes.

Les profils de poste, également appelés descriptions de tâches, descriptions d'emploi ou descriptions de poste, sont harmonisés à la mission, à la vision et aux valeurs de l'organisme, comportent un résumé du poste et décrivent les rôles et les responsabilités connexes. Ils définissent aussi la nature et la portée des tâches, les compétences requises pour le poste, les voies hiérarchiques et les voies de communication.



- 10.8** Les rôles et les responsabilités en matière de sécurité des usagers sont définis par écrit.

Conseils

Tous les membres de l'organisme jouent un rôle important en matière de sécurité des usagers. Les rôles et les responsabilités en matière de sécurité des usagers peuvent être définis dans les profils de poste, les évaluations de rendement, les manuels et les documents d'orientation.



- 10.9** De la formation et du perfectionnement sur des secteurs ciblés en matière de sécurité des usagers sont offerts au personnel d'encadrement, aux membres de l'équipe et aux bénévoles au moins une fois par année.

Conseils

La formation annuelle sur la sécurité des usagers est offerte au personnel d'encadrement de l'organisme, aux membres de l'équipe et aux bénévoles. Les secteurs spécifiques en matière de sécurité des usagers sont déterminés, tels que l'utilisation sécuritaire des médicaments, la déclaration des incidents liés à la sécurité des usagers, une formation sur les facteurs humains, les techniques de communication efficaces, la stérilisation du matériel et des installations, le lavage des mains et les mesures d'hygiène, ainsi que la prévention des infections.

Tests de conformité

- 10.9.1 Une formation annuelle est offerte sur la sécurité des usagers; elle est adaptée aux besoins de l'organisme et aux secteurs ciblés en matière de sécurité des usagers.



- 10.10** Les liens hiérarchiques et l'étendue des responsabilités du personnel d'encadrement sont évalués régulièrement.

Conseils

L'évaluation des liens hiérarchiques et de l'étendue des responsabilités comprend ce qui suit : évaluer régulièrement la formation et les compétences du personnel d'encadrement afin de s'assurer que chacun remplit les exigences liées à ses fonctions et vérifier qu'il a le pouvoir nécessaire pour diriger les aspects dont il est responsable.

Le personnel d'encadrement de l'organisme doit établir et respecter la fréquence de l'évaluation des liens hiérarchiques et de l'étendue des responsabilités.



- 10.11** Les politiques et les procédures qui permettent de surveiller le rendement du personnel sont harmonisées à la mission, à la vision et aux valeurs de l'organisme.

Conseils

Les politiques et les procédures portent sur les lignes directrices concernant les comportements attendus s'harmonisant aux valeurs de l'organisme (p. ex. des soins centrés sur l'utilisateur et la famille); l'évaluation du rendement de façon régulière et objective; la consignation du rendement; enfin, l'élaboration de plans de gestion du rendement individuel fondés sur les points forts, les possibilités d'amélioration, ainsi que les buts personnels et les plans de carrière.

Les politiques et les procédures sont diffusées à tous les membres des équipes.



- 10.12** Les politiques et les procédures de l'organisme qui permettent de surveiller le rendement indiquent la façon de traiter les problèmes liés au rendement de façon juste et objective.

Conseils

Les conventions collectives peuvent avoir une incidence sur le traitement des problèmes liés au rendement.



- 10.13** Des entrevues de départ sont proposées aux membres des équipes qui quittent l'organisme et les renseignements ainsi obtenus servent à améliorer le rendement, la dotation et le maintien des effectifs.

Conseils

L'information découlant des entrevues de départ est utilisée pour cerner les tendances pouvant servir à améliorer les stratégies de dotation ou de maintien des effectifs. Par exemple, si de nombreux membres de l'équipe quittent leur emploi en raison de la rareté des possibilités de promotion, l'organisme peut s'efforcer de créer des possibilités de promotion ou des mesures incitatives qui encourageront les employés à demeurer au sein de l'organisme, p. ex. du perfectionnement professionnel ou des possibilités d'affectation provisoire.



- 10.14** Des dossiers de ressources humaines sont tenus pour l'ensemble des membres de l'équipe.

Conseils

Les dossiers englobent de l'information sur l'embauche, l'orientation, la formation et le perfectionnement, les évaluations du rendement et les problèmes à cet égard, ainsi que le licenciement ou la démission, y compris l'entrevue de départ.



- 10.15** Les dossiers des ressources humaines sont entreposés conformément aux règlements applicables de manière à protéger la vie privée des personnes.

Conseils

L'organisme se conforme aux règlements nationaux et régionaux sur la protection des renseignements et conserve les dossiers pendant le laps de temps requis après le départ d'un l'employé.

- 11.0** **Les politiques et les systèmes de gestion de l'information répondent aux besoins actuels en matière d'information, tiennent compte des besoins futurs et permettent d'améliorer le rendement au sein de l'organisme.**



- 11.1** Les systèmes de gestion de l'information sélectionnés répondent aux besoins actuels de l'organisme et tiennent compte de ses besoins futurs.

Conseils

La gestion de l'information comprend l'organisation, le retrait, l'acquisition et la tenue de l'information, sous forme de dossiers papier, de fichiers multimédias (CD et DVD) ou de données électroniques. Un système de gestion de l'information est une méthode qui permet à l'organisme de gérer ses dossiers papier, ses fichiers multimédias ou ses données électroniques en tenant compte de l'archivage, du cycle de vie et de la destruction et du partage avec d'autres parties.

Lorsqu'il choisit les systèmes de gestion de l'information, le personnel d'encadrement de l'organisme tient compte des besoins actuels et changeants en matière d'information, de la fiabilité, de la sécurité et de la convivialité du matériel et des logiciels, des commentaires des utilisateurs, des ressources disponibles et des exigences juridiques applicables.

Dans quelques provinces ou territoires, la sélection et la mise en œuvre des systèmes de gestion de l'information incombent au gouvernement.



- 11.2** La protection de la vie privée et la confidentialité des renseignements sur les usagers sont assurées, conformément aux lois applicables.

Conseils

Les lois applicables peuvent être nationales ou régionales.



- 11.3** Les politiques et les procédures à l'appui de la collecte, de la saisie, de l'utilisation, de la transmission et de la conservation de l'information sont mises en œuvre et régulièrement examinées et mises à jour.

Conseils

Le personnel d'encadrement de l'organisme détermine la fréquence de la révision et de la mise à jour des politiques et des procédures.

Les politiques et les procédures liées à la gestion de l'information comprennent les méthodes normalisées servant à recueillir, à coder, à classier et à saisir les données; la formation et le soutien des utilisateurs permettant d'utiliser le système d'information de façon appropriée; le maintien de la confidentialité, de la sécurité et de l'intégrité des données et de l'information; la communication des données et de l'information de façon uniforme et précise; ainsi que l'établissement de calendriers de conservation et de destruction qui précisent la durée de la conservation de l'information, des données et des dossiers.



- 11.4** Il existe des politiques et des processus qui permettent aux usagers d'accéder facilement à l'information contenue dans leur dossier de façon systématique et en temps voulu.

Conseils

Les politiques et processus pour accéder aux dossiers sont centrés sur les usagers et les aident à accéder aux renseignements qui les concernent. Comme les usagers sont propriétaires de l'information portant sur leur santé, ils sont des partenaires dans le processus de consignation de l'information dans leur dossier et peuvent fournir des commentaires quant aux renseignements consignés. Les usagers ont l'occasion de discuter des renseignements qui les concernent, de poser des questions et de formuler des commentaires. Ils sont informés de leur droit et du processus d'accès à l'information contenue dans leur dossier.



- 11.5** Le personnel d'encadrement de l'organisme contrôle l'accès à l'information clinique et administrative diffusée à l'intérieur de l'organisme, au conseil d'administration, entre les services et les emplacements ou à l'intérieur de la région, aux partenaires de l'externe et à la communauté, et il en facilite la circulation.

Conseils

L'information peut être de nature clinique ou administrative. Elle peut porter, entre autres, sur les usagers, une équipe, la sécurité, p. ex. la prévention et le contrôle des infections, ou sur le rendement de l'organisme, p. ex. la qualité, les résultats, ou les rapports financiers. L'accès y est accordé, au besoin seulement, afin de protéger les renseignements personnels conformément aux lois et aux règlements pertinents. Pour améliorer la diffusion de l'information, le personnel d'encadrement de l'organisme peut établir différentes permissions d'accès à l'information et adapter l'information en fonction des personnes qui la reçoivent.



- 11.6** Les équipes ont accès en temps opportun à des données fondées sur la recherche et à de l'information sur les pratiques exemplaires et les meilleures pratiques.

Conseils

L'accès aux données fondées sur la recherche et à l'information sur les meilleures pratiques peut différer d'une unité ou d'une équipe à l'autre.

Le personnel d'encadrement de l'organisme collabore avec les partenaires et autres parties prenantes pour faciliter l'accès à l'information clinique en temps opportun, ce qui inclut les bases de données, les livres ou les revues et les lignes directrices fondées sur des données probantes. Cela peut comprendre des initiatives visant à exposer le personnel d'encadrement de tous les échelons de l'organisme à la recherche et aux meilleures pratiques, l'établissement de services de bibliothèque ou de liens avec des centres de documentation spécialisés afin de gérer l'information dont dispose l'organisme sur la recherche et les meilleures pratiques, ou une participation aux réseaux ou aux partenariats de recherche.



- 11.7** La qualité et l'utilité des données et de l'information de l'organisme sont évaluées régulièrement, et les résultats servent à améliorer les systèmes d'information.

Conseils

Le personnel d'encadrement de l'organisme doit établir et respecter la fréquence de l'évaluation de la qualité et de l'utilité des données et de l'information.

L'évaluation englobe des processus et des points de vérification permettant de s'assurer que les données et l'information sont exactes, fiables, qu'on en assure la protection et la confidentialité et qu'elles sont communiquées en temps opportun. Elle peut également comporter la tenue à jour d'un répertoire permettant l'intégration de l'information issue de sources diverses; empêcher les chevauchements inutiles, p. ex. recueillir une même information à partir de plusieurs sources; souligner les écarts et cerner de nouveaux champs pour la collecte des données; enfin, favoriser une approche plus complète en matière de gestion de l'information.

Le personnel d'encadrement de l'organisme consulte les utilisateurs pour s'assurer que les données fournies sont utiles et pertinentes.

SURVEILLER ET AMÉLIORER LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES SERVICES



12.0 Un processus permet de gérer et de réduire les risques au sein de l'organisme.

12.1 Un processus structuré est utilisé pour déterminer et analyser les difficultés ou les risques réels et potentiels.

Conseils

L'analyse des risques potentiels comprend l'évaluation et le classement des risques selon la probabilité qu'ils surviennent et la gravité potentielle de leurs répercussions ou conséquences.

Les difficultés ou les risques potentiels peuvent comprendre les fluctuations de financement, les changements politiques ou les interruptions de travail ainsi que les pénuries de ressources humaines ou autres.

En ciblant de façon proactive les difficultés ou les risques potentiels, le personnel d'encadrement de l'organisme est capable de mobiliser les ressources rapidement et efficacement pour prévenir ou limiter les situations de crise, et il dispose de mécanismes pour assurer la continuité des activités en cas de crise.



12.2 Le personnel d'encadrement de l'organisme met en œuvre une méthode intégrée de gestion des risques qui permet de réduire et de gérer les risques.

Conseils

La gestion intégrée du risque exige une évaluation continue des risques auxquels une organisation peut faire face à tous les niveaux, le regroupement des résultats à l'échelle de l'organisation et une communication, une surveillance et un examen adéquats. Les résultats regroupés servent alors à donner fond aux décisions et aux pratiques de l'organisation.

Une méthode intégrée de gestion des risques signifie que la gestion des risques est intégrée à la culture de l'organisme. Le personnel d'encadrement de l'organisme incite la participation des cadres de tous les échelons de l'organisme à la planification de la gestion des risques et les encourage à tenir compte de la gestion des risques dans leurs activités quotidiennes. Cela comprend les plans ou les objectifs opérationnels et l'attribution des responsabilités et des obligations redditionnelles à l'échelle de l'organisme.

Le personnel d'encadrement de l'organisme informe le conseil d'administration des risques réels ou potentiels auxquels l'organisme s'expose et travaille avec celui-ci pour intégrer les méthodes de gestion des risques au plan stratégique. La gestion des risques d'entreprise, y compris la gestion des risques d'ordre organisationnel ou administratif, porte sur les risques liés aux finances, à l'infrastructure, à la réputation et au marché. Elle peut comprendre l'évaluation de la couverture d'assurance et des processus de planification du budget et des immobilisations; les ressources humaines; la gouvernance; les risques associés à la conformité aux normes, aux politiques et aux lois; la technologie et les systèmes d'information; la propriété et l'infrastructure matérielle; la préparation en vue de situations d'urgence et de sinistres; la gestion des contrats; enfin, les risques liés à la réputation, à l'examen des titres et à la responsabilité.

La réduction des risques cliniques pour les usagers, leur famille et les équipes passe par la prestation de soins sécuritaires et efficaces, et peut porter sur certains secteurs à risque élevé comme la prévention et le contrôle des infections, les services de laboratoire ou d'autres secteurs de risques cliniques potentiels cernés par l'organisme.

Lorsqu'un organisme ne possède pas de conseil d'administration, son personnel d'encadrement se charge d'intégrer la gestion des risques aux processus décisionnels de l'organisme.



12.3

Dans le cadre de la méthode intégrée de gestion des risques, le personnel d'encadrement de l'organisme établit des plans d'atténuation des risques.

Conseils

Les plans de l'organisme visant à atténuer les risques sont fondés sur la fréquence et la gravité du risque. Ils portent sur les difficultés ou les risques cernés et précisent les mesures que doit prendre l'organisme pour réduire les répercussions des incidents, s'ils surviennent.



12.4 La méthode de gestion des risques et les plans d'urgence sont diffusés dans l'ensemble de l'organisme.

12.5 L'efficacité de la méthode intégrée de gestion des risques est évaluée régulièrement, et les améliorations nécessaires y sont apportées.

Conseils

Le personnel d'encadrement de l'organisme doit établir et respecter la fréquence de l'évaluation.

L'évaluation de l'efficacité de la méthode comprend le suivi du rendement par rapport à des objectifs prédéterminés et la mise en œuvre d'améliorations fondées sur les résultats. Cela peut comprendre l'élaboration d'un processus de vérification interne pouvant être utilisé pour contrôler les processus et les procédures de gestion des risques à l'échelle de l'organisme et déterminer les points à améliorer. La vérification interne vise les processus ou les mesures dont la mise en œuvre découle de la méthode intégrée de gestion des risques à divers échelons dans l'ensemble de l'organisme. La vérification interne doit comprendre une analyse de la rentabilité de la méthode et le suivi des indicateurs de rendement liés aux risques pour évaluer la contribution de la méthode intégrée de gestion des risques au sein de l'organisme.



12.6 Dans le cadre de la méthode intégrée de gestion des risques, les politiques et les procédures qui portent sur la sélection des services contractuels et des prestataires de services en sous-traitance, ainsi que sur la négociation des contrats, sont respectées.

Conseils

L'organisme dispose de politiques et de procédures pour sélectionner les organismes ou les prestataires de services en sous-traitance; négocier les conditions des ententes; signer, revoir et mettre à jour tous les contrats; de même que prévoir et traiter les risques liés aux services contractuels.



12.7 Dans le cadre de la méthode intégrée de gestion des risques, la qualité des services contractuels et de ceux offerts par des prestataires de services en sous-traitance est évaluée régulièrement.

Conseils

Le personnel d'encadrement de l'organisme suit des processus pour surveiller et évaluer la qualité des services contractuels et ceux offerts par des prestataires de services en sous-traitance conformément à l'évaluation des services à l'interne, ce qui inclut le fait de veiller au maintien de la sécurité des usagers, de régler les cas de conflits et de non-respect du code de conduite, des politiques ou des procédures, ainsi que de prendre des mesures à l'égard des possibilités d'amélioration.

13.0 Le cheminement des usagers est évalué et amélioré.



- 13.1** L'information sur le cheminement des usagers est recueillie et analysée pour déceler les obstacles au cheminement optimal des usagers, leurs causes ainsi que leurs répercussions sur l'expérience et la sécurité des usagers.

Conseils

Les obstacles au cheminement optimal des usagers comprennent les situations où la demande de services est supérieure à la capacité de l'organisme à fournir ces services, ce qui perturbe la fluidité des transitions dans le continuum de soins pour les usagers. Les attentes, les retards, les engorgements ou le travail en attente entrent dans cette catégorie. Les secteurs de l'organisme les plus susceptibles de constituer des obstacles à un cheminement optimal et efficace des usagers comprennent les soins primaires, les services d'urgence (attente pour l'admission à l'hospitalisation), les unités de soins intensifs ou post-anesthésiques (attente pour des lits de soins chirurgicaux ou médicaux), les unités d'hospitalisation (attente pour des lits dans le milieu de soins suivant), les milieux communautaires (attente pour des soins de longue durée, des soins et services à domicile, du soutien à domicile, de l'hébergement ou des soins palliatifs).

L'analyse du cheminement doit comprendre un examen du système selon la perspective de l'utilisateur, ainsi que l'étude du taux d'occupation et de la fréquence à laquelle les usagers demeurent dans certains secteurs pendant qu'ils attendent de passer à un autre niveau ou milieu de soins. Il faut étudier les possibilités d'examiner les commentaires fournis par les usagers dans les sondages et, de façon plus active, dans les groupes de discussion sur le cheminement et durant les tournées de la haute direction. Cela peut aussi comprendre l'analyse de la variabilité de la demande de services, ce qui inclut les tendances en matière de volume de chirurgies ou les temps d'attente pour des soins d'urgence, des interventions chirurgicales ou des soins de longue durée, ainsi que la capacité de l'organisme à répondre à ces demandes.



- 13.2** L'information sur les obstacles au cheminement des usagers sert à élaborer une stratégie visant à renforcer la capacité de l'organisme à répondre à la demande de services et à améliorer le cheminement des usagers dans l'ensemble de l'organisme.

Conseils

La stratégie visant à améliorer le cheminement des usagers peut s'appliquer à une région géographique, à un système de santé, à un réseau d'établissements de soins de santé ou à un organisme de soins de santé indépendant. Les équipes, les usagers et leur famille participent au processus d'élaboration de la stratégie d'amélioration du cheminement des usagers. Une fois les obstacles ou les difficultés et leurs causes cernés, l'amélioration du cheminement des usagers peut englober les activités ou les processus inefficaces ou non sécuritaires qui contribuent à l'inefficacité du cheminement des usagers dans l'ensemble de l'organisme.

L'amélioration du cheminement des usagers peut comprendre l'évaluation et l'amélioration des processus de triage; l'ajout de lits ou la modification de la capacité en lits ou l'établissement de politiques et de procédures visant la capacité à faire face à des hausses soudaines de demandes, incluant les seuils à atteindre pour déclencher l'augmentation de la capacité; l'amélioration des délais d'exécution pour le nettoyage des lits; l'amélioration du transfert d'information entre les services ou les unités; la détermination des usagers ou des cas prioritaires et la réservation de lits pour les personnes qui ont reçu la priorité; ou l'établissement d'un équilibre entre l'horaire des chirurgies urgentes et non urgentes afin d'avoir la marge de manœuvre nécessaire pour réaliser des chirurgies d'urgence ou imprévues.



- 13.3** Le personnel d'encadrement de l'organisme collabore avec d'autres prestataires de services et d'autres partenaires en vue d'améliorer et d'optimiser le cheminement des usagers.

Conseils

Le personnel d'encadrement de l'organisme établit des partenariats avec des prestataires de services de l'extérieur de l'organisme, notamment des consultants (p. ex. pour les épreuves diagnostiques), des prestataires de soins de courte durée et de soins primaires, des cliniques externes et des organismes de soins de longue durée, pour améliorer les situations problématiques liées au cheminement des usagers à l'admission et au congé. Pour ce faire, une méthode consiste à établir des lignes directrices visant à déterminer le milieu de soins le plus approprié (par exemple, quels usagers envoyer au service des urgences plutôt que de leur dispenser des soins primaires).



- 13.4** Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs.

Conseils

La congestion au Service des urgences est un défi dans l'ensemble du système et sa cause profonde est habituellement un mauvais cheminement des usagers (p. ex., non-disponibilité de lits d'hospitalisation, admissions inadéquates, délais dans les décisions d'admission, congés retardés et manque d'accès en temps utile aux services de diagnostic et aux soins dans la communauté) causé par un déséquilibre entre la capacité et la demande. En évaluant les données sur le cheminement des usagers et en tenant compte de toutes les sources de demande (comme les urgences et les admissions prévues, les consultations externes et les soins de suivi), les organismes peuvent comprendre le fonctionnement de la demande et mettre au point des stratégies pour répondre aux variations de la demande, réduire les obstacles au cheminement des usagers et prévenir la congestion. L'approche devrait s'aligner sur les stratégies et les indicateurs utilisés à l'échelle provinciale et territoriale.

L'approche doit préciser le rôle des équipes cliniques et non cliniques de l'hôpital (p. ex., médecine, chirurgie, contrôle des infections, services diagnostiques, entretien ménager, admissions, planification du congé et transport) et de l'ensemble du système de soins de santé (p. ex., soins de longue durée, soins et services à domicile, soins palliatifs, réadaptation et soins primaires).

L'amélioration du cheminement des usagers exige un fort soutien de l'équipe de leadership. La responsabilité des membres de la haute direction, dont les médecins, peut être démontrée au moyen d'une politique, des rôles et responsabilités qui leur reviennent ou de l'évaluation du rendement.

Les interventions possibles pour répondre aux variations de la demande et pour surmonter les obstacles qui nuisent au cheminement comprennent l'établissement de critères d'admission clairs, la réduction de la durée du séjour (particulièrement pour ceux dont les séjours sont prolongés), l'amélioration de l'accès aux services ambulatoires (services diagnostiques et de laboratoire et consultations), l'amélioration de la planification du congé et l'établissement de partenariats avec la communauté pour améliorer le temps requis pour les placements. Pour savoir si les interventions ont entraîné une amélioration, l'organisme doit continuer d'analyser le cheminement des usagers.

Tests de conformité

- 13.4.1 Le personnel d'encadrement de l'organisme, dont les médecins, sont tenus responsables d'agir de façon proactive pour améliorer le cheminement des usagers et réduire la congestion au Service des urgences.
- 13.4.2 Les données sur le cheminement des usagers (p. ex., durée du séjour, délais pour les services de laboratoire ou d'imagerie, temps requis pour les placements dans la communauté, temps de réponse pour les consultations) sont utilisées pour cerner les variations de la demande et les obstacles qui nuisent à une prestation des services en temps opportun au Service des urgences.
- 13.4.3 Une approche documentée et coordonnée est utilisée pour améliorer le cheminement des usagers et prévenir la congestion au Service des urgences.
- 13.4.4 L'approche précise le rôle que joue chaque équipe de l'hôpital et de l'ensemble du système de soins de santé dans l'amélioration du cheminement des usagers.
- 13.4.5 L'approche précise des objectifs d'amélioration du cheminement des usagers (p. ex., période visée pour transférer les usagers du Service des urgences vers un lit d'hospitalisation après que la décision d'admission a été prise, durée du séjour au Service des urgences pour les usagers non admis, temps requis pour le transfert des soins des services médicaux d'urgence au Service des urgences).
- 13.4.6 Des interventions qui tiennent compte des variations de la demande et des obstacles cernés sont mises en œuvre pour améliorer le cheminement des usagers.
- 13.4.7 Au besoin, des mesures à court terme sont mises en œuvre pour gérer la congestion. Ces mesures réduisent les risques pour les usagers et les membres de l'équipe (p. ex., protocoles de surcapacité).
- 13.4.8 Les données sur le cheminement des usagers sont utilisées pour déterminer si les interventions préviennent ou réduisent la congestion au Service des urgences, et des améliorations sont apportées, au besoin.



- 13.5** L'efficacité et l'incidence de la stratégie d'amélioration du cheminement des usagers sont évaluées.

14.0 L'organisme est prêt à faire face aux sinistres et aux situations d'urgence.



- 14.1** Des plans de prévention et de réduction des situations d'urgence et des sinistres potentiels sont élaborés et mis en œuvre.

Conseils

La prévention englobe les mesures prises pour éviter un incident ou empêcher que ne survienne une situation d'urgence ou un sinistre. La réduction se rapporte aux mesures prises pour atténuer les risques et les répercussions des dangers.

Les plans de prévention et de réduction des situations d'urgence doivent être fondés sur l'information tirée de la détermination des dangers, de l'évaluation des risques et de l'analyse des répercussions sur les activités.



- 14.2** Un plan d'intervention relatif à tous les sinistres ou toutes les situations d'urgences est élaboré et mis en œuvre.

Conseils

Le plan précise les mesures immédiates visant à répondre aux sinistres et aux situations d'urgence, ce qui inclut les rôles et les responsabilités liés aux diverses fonctions à l'interne et à l'externe (p. ex. pour les partenaires de la communauté), et il établit les voies hiérarchiques. Le plan porte sur tous les dangers cernés par le personnel d'encadrement de l'organisme, l'évaluation des risques et l'analyse des répercussions sur les activités.

Les organismes composés de deux emplacements ou plus suivent les mêmes plans ou des plans semblables pour se préparer en vue de sinistres ou de situations d'urgence et pour réduire les risques qui se produisent des sinistres ou des urgences.



- 14.3** Le plan d'intervention relatif à tous les sinistres et à toutes les situations d'urgence est harmonisé à ceux des organismes partenaires et des gouvernements local, régional et national.

Conseils

Les plans d'intervention en cas de sinistres ou de situations d'urgence de l'organisme sont intégrés à ceux des organismes partenaires et des gouvernements pour faciliter la mise en œuvre de mesures d'urgence coordonnées à grande échelle, au besoin.



- 14.4** De la formation est offerte pour appuyer le plan d'intervention relatif à tous les sinistres et à toutes les situations d'urgence.

Conseils

La formation a pour objectif de favoriser la sensibilisation sur le sujet et d'améliorer les compétences requises pour élaborer, mettre en œuvre, respecter et exécuter le plan d'intervention relatif à tous les sinistres et à toutes les situations d'urgences.

La formation peut inclure ce qui suit : plans et processus d'intervention en cas d'urgence; premiers soins avancés (façons de maintenir les usagers en vie et de prévenir l'aggravation des blessures); triage sur le terrain (trier les usagers selon qu'ils ont besoin d'une attention médicale immédiate et de soins intensifs ou qu'ils souffrent de blessures mineures); ou utilisation de normes de soins modifiées (p. ex. lorsque la demande de soins dispensés conformément aux normes actuelles dépasse les ressources disponibles), y compris les conditions qui déclenchent l'utilisation des normes de soins modifiées, la façon dont les intervenants d'urgence seront avisés de cette situation et l'application des normes de soins modifiées sur le terrain.



- 14.5** Les plans d'intervention relatifs à tous les sinistres et à toutes les situations d'urgence de l'organisme sont mis à l'essai régulièrement en effectuant des exercices dans le but d'évaluer sa capacité à répondre à ces situations.

Conseils

Selon le degré de risque, la mise à l'essai régulière d'au moins un type d'urgence ou élément du plan est effectuée au moins une fois tous les trois mois, et des exercices d'évacuation annuels ont lieu pour chaque quart de travail. L'horaire et la fréquence des exercices peuvent dépendre de l'importance du facteur temps ou de la complexité des plans d'urgence. Un emplacement où le roulement est élevé peut avoir besoin d'effectuer des exercices plus fréquemment. Souvent, les horaires de la formation et des exercices peuvent être liés aux dangers saisonniers ou aux événements déclencheurs.

Le personnel d'encadrement de l'organisme encourage le plus grand nombre possible de membres des équipes à participer à la mise à l'essai des plans d'intervention en cas de sinistres ou de situations d'urgence, et il surveille et consigne leur participation.



- 14.6** Les résultats de l'analyse et du bilan qui font suite à l'exercice sont utilisés pour réviser au besoin les plans et procédures relatifs à tous les sinistres et à toutes les situations d'urgences.



- 14.7** Un système de gestion des incidents pour orienter et coordonner les mesures et les opérations pendant et après les sinistres et les urgences est élaboré et mis en œuvre.

Conseils

Un système de gestion des incidents (également appelé système de gestion des urgences) est un système qui précise les rôles et les responsabilités des membres des équipes, ainsi que les méthodes de fonctionnement à employer pour la gestion des urgences et d'autres événements. Les rôles et les responsabilités varient selon la nature de l'urgence ou du sinistre.



- 14.8** Un plan de communication en cas d'urgence est élaboré et mis en œuvre.

Conseils

Le plan de communication précise l'information et les messages essentiels à envoyer et à recevoir, les personnes à qui les communiquer et le mode de transmission des communications à l'interne et à l'externe, ce qui inclut le public.



- 14.9** Un plan de continuité des opérations est élaboré et mis en œuvre afin de poursuivre les activités critiques pendant et après un sinistre ou une situation d'urgence.

Conseils

Le plan de continuité des opérations est fondé sur les résultats de l'analyse des répercussions sur les activités et englobe la détermination des fonctions et des applications cruciales où le temps est un facteur critique, les besoins connexes en matière de ressources et les interdépendances.



- 14.10** Le plan de continuité des opérations porte sur les systèmes d'appoint pour les services publics et les systèmes essentiels pendant et après les situations d'urgence.

Conseils

Les services publics comprennent l'électricité, l'eau potable, l'eau stérile, le carburant, les gaz médicaux et les systèmes de chauffage à vide.

Les systèmes comprennent les ascenseurs et escaliers roulants; les systèmes de chauffage, de ventilation et de climatisation; la vapeur utilisée pour la stérilisation; l'équipement de communication comme les téléphones, les télécopieurs, les téléphones mobiles, les téléavertisseurs et les interphones; ainsi que les systèmes d'information.



- 14.11** Lorsque surviennent des sinistres ou des urgences, les équipes, les usagers et la communauté se font offrir la possibilité d'obtenir du soutien et de faire le bilan.

Conseils

Selon l'ampleur du sinistre ou de la situation d'urgence, la possibilité de faire le bilan pourrait se traduire par une réunion non officielle restreinte aux personnes concernées ou un rassemblement plus important tel un forum avec les organismes partenaires et la communauté.

15.0 La sécurité des usagers est surveillée et améliorée de façon continue.



15.1 Un plan de sécurité des usagers est élaboré et mis en œuvre dans l'organisme.

Conseils

Il y a un lien important entre l'excellence des soins et la sécurité. La prestation de services sécuritaires figure parmi les principales responsabilités de l'organisme à l'endroit des usagers et des membres de l'équipe. La sécurité des usagers peut être améliorée si les organismes élaborent un plan de sécurité des usagers ciblé.

Les plans de sécurité doivent prendre en considération les questions de sécurité dans l'organisme, la prestation des services, ainsi que les besoins des usagers et des familles. Ils peuvent comprendre une variété de sujets et d'approches, dont le mentorat offert aux membres de l'équipe, le rôle de l'équipe de leadership (p. ex., tournées de l'équipe de leadership en rapport avec la sécurité des usagers), la mise en œuvre de projets liés à la sécurité des usagers dans l'ensemble de l'organisme, l'accès à des données probantes et à de meilleures pratiques, et la reconnaissance de l'innovation visant à améliorer la sécurité des usagers dont font preuve les membres de l'équipe.

Tests de conformité

- 15.1.1 Les problèmes de l'organisme liés à la sécurité des usagers sont évalués.
- 15.1.2 Un plan et un processus sont en place pour s'occuper des problèmes de sécurité des usagers cernés.
- 15.1.3 Le plan comprend la sécurité des usagers sous forme de priorité ou de but stratégique formulé par écrit.
- 15.1.4 Des ressources sont allouées pour favoriser la mise en œuvre du plan sur la sécurité des usagers.



15.2 La responsabilité de mettre en œuvre et de surveiller le plan de sécurité des usagers et de diriger les activités d'amélioration de la sécurité des usagers est confiée à un conseil, à un comité, à un groupe ou à une personne.

Conseils

La responsabilité du plan de sécurité des usagers peut être confiée à un conseil, à un comité ou à une équipe dont le mandat comprend la sécurité des usagers dans l'ensemble de l'organisme; à un membre de l'équipe responsable de la sécurité des usagers; ou à des champions de la sécurité des usagers dont le mandat consiste à faciliter et à améliorer la sécurité des usagers dans l'ensemble de l'organisme ou dans des secteurs de travail précis.



15.3 Une stratégie pour prévenir le mauvais traitement des usagers est élaborée et mise en œuvre.

Conseils

Cela englobe tous les mauvais traitements pouvant être infligés à un usager. Les types de mauvais traitements comprennent ceux qui sont d'ordre physique, verbal, émotionnel, financier ou sexuel, y compris l'exploitation financière et la négligence.

Il est important de définir les facteurs qui, au sein de l'organisme, sont les plus susceptibles de contribuer à des risques de mauvais traitement et de négligence. Ils comprennent notamment :

- les facteurs de risque de l'organisme (p. ex. faibles effectifs, stress et épuisement des membres de l'équipe, haut taux de roulement du personnel, culture organisationnelle négative, absence d'une politique de prévention des mauvais traitements);
- les facteurs de risque de l'utilisateur (p. ex. démence, haut degré de dépendance, isolement social);
- les facteurs de risque des proches de l'utilisateur (p. ex. conflits antérieurs avec des membres de l'équipe ou de la famille, peu ou pas de contacts avec la famille).

Une stratégie organisationnelle de prévention des mauvais traitements peut inclure plusieurs facteurs, dont une politique sur la prévention des mauvais traitements, la formation des équipes, des usagers et des familles, les outils permettant d'identifier les usagers qui présentent des risques de mauvais traitement, ainsi qu'un protocole de déclaration des mauvais traitements.

L'élaboration d'une politique de prévention des mauvais traitements constitue un excellent premier pas pour réduire les risques de mauvais traitement au sein d'un organisme. La politique doit contenir de l'information sur les moyens de reconnaître les signes et symptômes de mauvais traitements, les mécanismes de déclaration et les procédures d'enquête, en plus de respecter les lois en vigueur. La formation et le perfectionnement des équipes sont essentiels à la prévention des mauvais traitements et doivent porter sur des sujets comme les aptitudes à communiquer, la gestion de la colère, les comportements ou les symptômes qui exposent une personne à des risques de mauvais traitement, p. ex. une maladie mentale ou la démence, ainsi que sur la façon de réagir adéquatement aux situations problématiques et aux confrontations.



15.4 Un mécanisme de gestion des événements découlant de la prestation de soins de santé et de services sociaux* qui appuie la déclaration et l'apprentissage est mis en place.

Conseils

Dans une culture de sécurité des usagers, tout le monde est encouragé à déclarer les événements et à tirer des leçons de ceux-ci, y compris pour ce qui est des accidents avec conséquences pour l'usager, des accidents sans conséquence mais ayant touché l'usager et des incidents ou échappées belles. Il est essentiel qu'il y ait un mécanisme de déclaration simple (quelques étapes), clair (ce qui doit être déclaré, la façon de faire la déclaration et la personne à qui la faire), confidentiel et axé sur l'amélioration du système. Les usagers et les familles peuvent signaler les événements différemment que les membres de l'équipe, mais tout le monde doit savoir comment les déclarer. L'information sur le mécanisme de déclaration peut être adaptée aux besoins des membres de l'équipe ou des usagers et peut faire partie de la formation des membres de l'équipe et incluse dans les communications écrites et verbales avec les usagers et les familles au sujet de leur rôle en matière de sécurité.

L'intervention immédiate à un événement consiste à dispenser les soins urgents et à répondre aux besoins des personnes touchées. Il est aussi important d'obtenir tous les articles liés à l'événement (aux fins de test et d'examen par l'équipe d'analyse), de déclarer l'événement au moyen du processus approuvé, d'entamer le processus de divulgation (au besoin) et de prendre des mesures pour réduire le risque de récurrence.

L'analyse de l'événement (aussi appelé analyse des causes profondes) permet de cerner les facteurs à la base de l'événement et de recommander des mesures à prendre pour apporter des améliorations. Le fait d'analyser ensemble des événements similaires (comme les échappées belles), pour relever des tendances, peut permettre d'obtenir de l'information utile, tout comme le fait d'analyser les événements de façon isolée. La communication à grande échelle des résultats de l'analyse des événements (p. ex. avec les usagers et familles, la gouvernance, la direction, les équipes cliniques et les partenaires externes) suscite la confiance face au mécanisme de gestion des événements et favorise un apprentissage découlant des événements.

« Alertes mondiales sur la sécurité des patients » est une base de données interrogeable en ligne où les organismes peuvent partager les leçons tirées des événements.

Tests de conformité

- 15.4.1 Un mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers est mis au point, examiné et mis à jour avec l'apport des usagers, des familles et des membres de l'équipe; il comprend des processus pour déclarer et analyser les événements, recommander des mesures et assurer le suivi des améliorations.
- 15.4.2 L'information est partagée avec les usagers, les familles et les membres de l'équipe pour qu'ils comprennent quels événements déclarer, quand et comment le faire.
- 15.4.3 Une formation documentée sur l'intervention immédiate aux événements est en place pour les membres de l'équipe.
- 15.4.4 Il existe des procédures pour examiner les événements, et des critères sont utilisés pour établir la priorité des événements qui seront analysés plus en profondeur.
- 15.4.5 Toutes les mesures recommandées découlant des analyses des événements sont examinées et les raisons expliquant leur acceptation, leur rejet ou le report de leur mise en œuvre sont consignées.
- 15.4.6 L'information sur les actions recommandées et les améliorations apportées suite aux analyses des événements est partagée avec les usagers, les familles et les membres de l'équipe.
- 15.4.7 L'efficacité du mécanisme de gestion des événements est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Voici des mécanismes d'évaluation possibles.
- Recueillir la rétroaction des usagers, familles et membres de l'équipe au sujet du mécanisme en place.
 - Assurer la surveillance des rapports sur les événements en fonction du type d'événement et de sa gravité.
 - Examiner si les améliorations sont mises en œuvre et maintenues.
 - Déterminer si les membres de l'équipe se sentent à l'aise de déclarer les événements.



- 15.5** Le personnel d'encadrement de l'organisme favorise une culture juste et fournit aux membres des équipes des possibilités de tirer leçon des incidents liés à la sécurité des usagers.



Conseils

Une culture juste encourage les membres des équipes à signaler les incidents liés à la sécurité. Elle favorise un environnement exempt de jugement axé sur l'amélioration des systèmes et sur l'apprentissage découlant des incidents liés à la sécurité des usagers, tout en reconnaissant la responsabilité professionnelle des membres des équipes. Dans une culture juste, le suivi accordé à un incident est équitable, cohérent et favorable — par conséquent, il encourage la déclaration des incidents. Lorsqu'un incident survient dans une telle culture, celle-ci permet d'étudier les facteurs qui ont contribué à son déclenchement et de discuter des moyens de prévenir qu'un tel incident se reproduise.

**15.6**

Une approche documentée et coordonnée, qui favorise la communication et un suivi axé sur le soutien, est mise en œuvre pour divulguer aux usagers et aux familles les événements découlant de la prestation de soins de santé ou de services sociaux*.

Conseils

La divulgation des événements est une discussion continue qui comprend les éléments clés suivants.

- Informer les personnes concernées qu'un événement s'est produit et présenter des excuses.
- Expliquer ce qui s'est passé et pourquoi, au fur et à mesure que les faits sont connus.
- Discuter des mesures immédiates prises pour s'occuper de l'utilisateur et atténuer d'autres préjudices.
- Examiner les mesures recommandées pour éviter de futurs événements.
- Offrir du soutien à toutes les personnes concernées.

Le soutien offert répond aux besoins des personnes touchées (usagers, familles et équipe) et peut être d'ordre pratique (p. ex., paiement des frais remboursables), affectif ou psychologique (p. ex. proposer de l'aide pour l'accès à des groupes de soutien ou offrir du counseling).

La divulgation d'un événement qui touche de multiples usagers (p. ex., manquement au niveau de la stérilisation, non-respect de la vie privée) comprend d'autres éléments, dont les suivants.

- Déterminer quels usagers ont été exposés au risque.
- Décider avec quels usagers communiquer et comment le faire.
- Repérer les usagers qui ont été touchés et communiquer avec eux.
- Informer la communauté, les autres organismes et les médias.

Au moment de fournir la rétroaction demandée, les usagers et les familles sont encouragés à exprimer, dans leurs mots, leur perspective de l'expérience.

Tests de conformité

- 15.6.1 Un processus documenté et coordonné, qui comprend les éléments suivants, est en place pour divulguer les événements aux usagers et aux familles:
- Quels événements doivent être divulgués.
 - Qui est responsable de diriger et d'appuyer le processus de divulgation.
 - Quels éléments concernant l'événement peuvent être communiqués et à qui.
 - Quand et comment divulguer l'information.
 - Où consigner l'information sur la divulgation.
- 15.6.2 Le processus de divulgation est examiné et mis à jour, au besoin, avec l'apport des usagers, des familles et des membres de l'équipe.
- 15.6.3 Les personnes responsables de diriger et d'appuyer le processus de divulgation reçoivent de la formation sur la divulgation.
- 15.6.4 Tout au long du processus de divulgation, il y a communication avec les usagers, les familles et les membres de l'équipe concernés par l'événement. La communication est documentée et elle est fondée sur les besoins des personnes concernées.
- 15.6.5 Dans le cadre du processus de divulgation, du soutien d'ordre pratique et affectif ou psychologique est offert aux usagers, aux familles et aux membres de l'équipe concernés par l'événement.
- 15.6.6 De la rétroaction est demandée aux usagers, aux familles et aux membres de l'équipe au sujet de leur expérience liée à la divulgation; cette information est utilisée pour apporter des améliorations au processus de divulgation, au besoin.



15.7

Un processus d'établissement du bilan comparatif des médicaments documenté et coordonné est utilisé pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.

Conseils

Le bilan comparatif des médicaments est reconnu comme une initiative importante par l'Institut canadien pour la sécurité des patients et l'Organisation mondiale de la santé (OMS). C'est aussi une façon rentable de réduire les erreurs liées aux médicaments (p. ex., omissions, doubles prescriptions et prescriptions erronées) et les remaniements associés à la gestion des médicaments de l'utilisateur.

Le bilan comparatif des médicaments est un processus en trois étapes dans le cadre duquel l'équipe (c.-à-d. les médecins, le personnel infirmier, les pharmaciens) travaille en partenariat avec les usagers et les familles pour produire le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP), détermine et résout les divergences entre les sources d'information sur les médicaments et communique une liste de médicaments exacte et complète aux usagers et aux prochains prestataires de services.

Une politique organisationnelle fait état de l'engagement de l'équipe de leadership à l'égard du bilan comparatif des médicaments et fournit les orientations générales (p. ex. : un aperçu du processus, la répartition des rôles et des responsabilités, les points de transition où il faut établir le bilan comparatif des médicaments, les cas d'exception). L'affectation de ressources, entre autres, à la dotation en personnel, à la formation, aux outils ou aux technologies de l'information témoigne de l'importance attachée au bilan comparatif des médicaments. La formation de l'équipe devrait inclure la raison d'être du processus et les étapes qu'il comporte. Un organisme réussira mieux à mettre en œuvre et à maintenir le bilan comparatif des médicaments dans l'ensemble de ses services si le processus est dirigé par une équipe de coordination interdisciplinaire. Selon l'organisme, l'équipe de coordination pourrait comprendre des cadres supérieurs (dont du personnel d'encadrement clinique qui représente les médecins, les soins infirmiers et les pharmaciens), les membres de l'équipe qui prennent part au processus, le personnel de technologie de l'information, des représentants des comités d'amélioration de la qualité, de gestion des risques et de sécurité, de même que des usagers et des familles. En consultation avec l'équipe de coordination et les membres de l'équipe clinique, il est important d'évaluer dans quelle mesure la politique relative à l'établissement du bilan comparatif des médicaments est respectée (p. ex. : Est-ce que les usagers reçoivent le bilan comparatif des médicaments? Le MSTP est-il bien documenté?). Il faut aussi évaluer la qualité du processus (p. ex., Le MSTP est-il complet? Les divergences ont-elles été décelées et résolues?).

Tests de conformité

- 15.7.1 Une politique et une procédure sur le bilan comparatif des médicaments sont en place pour recueillir et utiliser des renseignements exacts et complets sur les médicaments de l'utilisateur à tous les points de transition des soins.
- 15.7.2 Les rôles et responsabilités en ce qui concerne l'établissement du bilan comparatif des médicaments sont définis.
- 15.7.3 Un plan organisationnel est dirigé par une équipe de coordination interdisciplinaire en vue de maintenir l'établissement du bilan comparatif des médicaments.
- 15.7.4 Des preuves écrites démontrent que les membres de l'équipe, dont les médecins, qui sont responsables d'établir le bilan comparatif des médicaments reçoivent la formation pertinente.
- 15.7.5 La conformité au processus d'établissement du bilan comparatif est vérifiée et des améliorations sont apportées au besoin.



- 15.8** Au moins une analyse prospective liée à la sécurité des usagers a été effectuée au cours de la dernière année et des améliorations appropriées sont ensuite mises en œuvre.

Conseils

La tenue systématique d'analyses prospectives au sujet des incidents liés à la sécurité des usagers possibles s'avère une méthode efficace pour éviter ou réduire les erreurs. Le but est d'éliminer les actes et conditions non sécuritaires pouvant entraîner des incidents préjudiciables. Par exemple, une importante amélioration a été notée quand une analyse des modes de défaillance et de leurs effets (FMEA) a été appliquée à deux situations à risques élevés, soit les erreurs de transcription des médicaments des usagers hospitalisés et la congestion au Service des urgences. Il existe de nombreux outils et techniques pour effectuer une analyse prospective. L'un de ces outils est la FMEA, une approche méthodique et proactive axée sur l'équipe, qui permet de cerner les situations qui pourraient entraîner la défaillance d'un processus ou d'un plan, les raisons expliquant la défaillance possible, les effets de celle-ci et les manières de rendre la démarche plus sûre. Parmi les autres méthodes d'analyse proactive des processus clés, mentionnons l'analyse par arbre des causes, l'analyse des risques fonctionnels, les simulations et le modèle Erreurs d'omissions de Raison.



- 15.9** L'organisation évalue régulièrement sa culture de sécurité des usagers.



Conseils

Les dirigeants de l'organisation reconnaissent leur responsabilité pour ce qui est de la promotion d'une culture de sécurité des usagers, de la prévention des incidents liés à la sécurité des usagers, de l'attribution des ressources en vue d'améliorer la sécurité, ainsi que de la promotion d'une culture exempte de blâme qui préconise d'apprendre de ses erreurs.

- 15.10** L'organisation a tenu compte de ses résultats relatifs à l'évaluation de la culture de sécurité des usagers.

Conseils

Les mesures pourraient comprendre les suivantes (sans s'y limiter) :

- Communiquer les résultats à l'équipe, au client et aux familles.
- Déterminer les points qui sont déjà forts ainsi que ceux qui doivent être améliorés.
- Choisir une ou plusieurs possibilités d'amélioration sur lesquelles on pourrait agir au moyen de projets d'amélioration.
- Établir les points de référence à partir desquels pourraient être comparés les résultats des évaluations futures.



- 15.11** Le conseil d'administration reçoit des rapports trimestriels sur la sécurité des usagers, qui comprennent les mesures recommandées découlant de l'analyse des incidents liés à la sécurité, de même que les améliorations qui ont été apportées.

Conseils

Le conseil d'administration assume la responsabilité définitive de la qualité et de la sécurité des services dispensés par l'organisme. Il joue un rôle important dans l'instauration d'une culture organisationnelle qui contribue à améliorer la sécurité des usagers.

Un organisme est plus susceptible de placer la sécurité et l'amélioration de la qualité au cœur de ses activités si le conseil d'administration connaît les questions relatives à la sécurité des usagers et aux incidents liés à la sécurité, et s'il est à la tête des projets d'amélioration de la qualité de l'organisme. De plus, le conseil d'administration doit être informé des mesures de suivi ou des projets d'amélioration qui résultent des incidents liés à la sécurité des usagers. Les résultats et les processus liés aux soins sont meilleurs dans les organismes où le conseil d'administration participe au dossier de la sécurité des usagers.

Tests de conformité

- 15.11.1 Des rapports trimestriels sur la sécurité des usagers sont fournis au conseil d'administration.
- 15.11.2 Les rapports trimestriels sur la sécurité des usagers précisent les activités et les réalisations spécifiques de l'organisme qui viennent appuyer les buts et objectifs en matière de sécurité des usagers.
- 15.11.3 Le conseil d'administration appuie les activités et les réalisations en matière de sécurité des usagers et accorde un suivi aux recommandations présentées dans les rapports trimestriels sur la sécurité des usagers.

16.0 Il existe un système de gestion de la qualité défini et intégré pour évaluer le rendement et améliorer la qualité.

- 16.1 Un plan intégré d'amélioration de la qualité est élaboré et mis en œuvre.



Conseils

Un plan intégré d'amélioration de la qualité tient compte de la gestion des risques et de l'utilisation des ressources; de la mesure du rendement, ce qui comprend le suivi des buts et des objectifs stratégiques, de la sécurité des usagers et de l'amélioration de la qualité. Il tient compte du fait que toutes ces activités se trouvent en interrelation et qu'elles doivent donc être coordonnées.

Dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité, le personnel d'encadrement de l'organisme peut utiliser une fiche de pointage équilibrée, qui permet l'harmonisation des mesures du rendement et de l'amélioration de la qualité aux buts et aux objectifs stratégiques ou de traduire la stratégie en mesures opérationnelles. Il est important de faire participer les services concernés et les cadres de tous les échelons à la réalisation des buts et des objectifs stratégiques. La fiche de pointage peut être adaptée aux buts et aux objectifs de l'organisme. La fiche peut porter sur les questions financières, l'expérience des usagers et de l'équipe, ainsi que sur l'information relative au rendement des systèmes ou des processus internes.

En utilisant l'information qui figure sur la fiche de pointage, le personnel d'encadrement de l'organisme peut communiquer l'information sur le rendement au conseil d'administration, s'il y a lieu; produire des tableaux de bord ou des fiches de pointage visant des unités, des équipes ou des programmes particuliers; produire des rapports sur l'expérience des usagers ou de l'équipe; et, enfin, produire de l'information relative à d'autres mesures dans l'ensemble du système.

La méthodologie Lean constitue une méthode d'analyse et d'amélioration des processus et de la qualité globale d'un organisme de santé. Celle-ci est axée sur la compréhension du système à partir de l'expérience de l'utilisateur et sur l'utilisation de cette information pour améliorer l'efficacité, réduire les pertes et améliorer la qualité. La méthodologie Six Sigma constitue une autre méthode que l'on peut utiliser pour améliorer la qualité et réduire au minimum la variabilité des services. Cette méthode utilise des analyses de données et de statistiques pour cerner où se produisent les erreurs et où apporter des améliorations.

Le British Columbia Patient Safety and Quality Council offre des programmes de formation en ligne sur l'amélioration de la qualité et la sécurité des usagers. Le site Web de Qualité des services de santé Ontario contient des guides sur l'amélioration de la qualité qui portent sur les modèles d'amélioration, les méthodes et les outils, l'accès, l'efficacité et les soins de longue durée.



16.2

Un processus défini est suivi pour sélectionner et surveiller les processus et les mesures de résultats à l'échelle de l'organisme dans le but d'évaluer le rendement de ce dernier d'un point de vue stratégique.

Conseils

Sur le plan stratégique, le personnel d'encadrement choisit des mesures qui s'appliquent à l'ensemble de l'organisme et qui lui permettent d'évaluer son rendement global. Ces mesures sont souvent appelées mesures ou indicateurs « d'ensemble ». Elles servent à évaluer le rendement de l'organisme au fil du temps et par rapport aux buts et aux objectifs stratégiques; à comparer le rendement de l'organisme à celui d'autres organismes; et à prévoir les buts et les objectifs stratégiques ainsi que les projets d'amélioration de la qualité.

Ces mesures peuvent refléter le continuum de soins (p. ex. les soins de santé primaire, les soins de courte durée, les soins de longue durée et les soins et services à domicile) et peuvent aborder des thèmes comme l'accès, la durée de séjour, la sécurité des usagers, la prestation de soins et de services centrés sur l'utilisateur et la famille, l'expérience vécue par l'utilisateur ou les ressources humaines en santé. Les organismes doivent choisir des mesures en fonction de leur conformité aux priorités régionales et nationales et de leurs propres buts stratégiques en matière d'amélioration de la qualité.

Le personnel d'encadrement de l'organisme collabore avec le conseil d'administration, s'il y a lieu, afin de choisir des indicateurs de processus et de résultats qui sont pertinents et associés aux buts et aux objectifs stratégiques.

Lorsqu'un organisme ne possède pas de conseil d'administration, son personnel d'encadrement doit se charger de choisir et de surveiller les indicateurs de processus et de résultats de l'organisme.



16.3

Le personnel d'encadrement de l'organisme surveille et appuie les divers secteurs de services, les unités et les programmes pour qu'ils assurent le suivi des indicateurs de processus et de résultats qui leur sont propres et qui s'harmonisent aux buts et objectifs stratégiques plus larges de l'organisme.

Conseils

Le personnel d'encadrement de l'organisme obtient une perspective équilibrée de l'ensemble de l'organisme en utilisant un groupe d'indicateurs dans l'ensemble du système qui sont assortis de mesures ou d'indicateurs à l'échelle locale se rapportant au rendement des secteurs de services, des unités ou des programmes.

Les indicateurs des secteurs de services ou des programmes portent sur l'efficacité de la prestation des services, la capacité de répondre aux besoins, la prestation de soins et de services centrés sur l'utilisateur et la famille, l'expérience vécue par l'utilisateur et les résultats des usagers. En utilisant les données sur leur propre rendement, les équipes sont en mesure de déterminer si elles réalisent leurs buts et leurs objectifs, s'il existe des lacunes en matière de rendement, ainsi que les points à améliorer.



16.4 L'organisation évalue régulièrement l'expérience vécue par l'utilisateur.

Conseils

Une expérience vécue par l'utilisateur comprend toutes les interactions qu'il a avec l'organisation, y compris ses interactions avec les membres de l'équipe de soins et les soins qu'il reçoit de celle-ci. Comprendre l'expérience vécue par l'utilisateur fait partie des efforts visant à rendre les soins davantage centrés sur les usagers et la famille.



16.5 L'organisation a tenu compte de ses résultats relatifs à l'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur.

Conseils

Les mesures pourraient comprendre les suivantes (sans s'y limiter):

- Communiquer les résultats à l'équipe, au client et aux familles.
- Déterminer les points qui sont déjà forts ainsi que ceux qui doivent être améliorés.
- Choisir une ou plusieurs possibilités d'amélioration sur lesquelles on pourrait agir au moyen de projets d'amélioration.
- Établir les points de référence à partir desquels pourraient être comparés les résultats des évaluations futures.



16.6 Des possibilités d'amélioration de la qualité fondées sur les tendances relatives aux incidents liés à la sécurité des usagers, aux données sur le rendement, aux données sur l'expérience vécue par l'utilisateur, aux commentaires des comités consultatifs des usagers et des familles ainsi qu'à d'autres sources sont cernées, et des plans pour dresser l'ordre des priorités et se pencher sur les possibilités d'amélioration sont élaborés.

Conseils

D'autres sources de données utilisées pour cerner les possibilités d'amélioration comprennent les résultats en matière de santé, p. ex. les changements dans l'état de santé de la population servie par l'organisme; la satisfaction des usagers, de la communauté et des équipes; les plaintes; la pertinence des services offerts par l'organisme; les résultats des rapports d'utilisation des ressources, p. ex. la rentabilité et l'efficacité; enfin, le niveau d'intégration réalisé ainsi que la continuité des services.

On établit l'ordre de priorité des possibilités d'amélioration du rendement en fonction des besoins de la communauté en matière de santé; des secteurs qui comportent des risques, un volume ou des coûts élevés, ou qui sont susceptibles de devenir problématiques; et de l'harmonisation avec les buts et objectifs stratégiques.



- 16.7** Le personnel d'encadrement de l'organisme vérifie si les plans d'amélioration de la qualité et les changements qui s'y rattachent sont mis en œuvre.

Conseils

Pour apporter des améliorations à l'échelle de l'organisme, le personnel d'encadrement de l'organisme cerne les possibilités d'amélioration et vérifie que les améliorations et les changements correspondants sont mis en œuvre. Les équipes, les usagers et leur famille participent à l'interprétation des résultats, à la résolution de problèmes et à la mise en œuvre d'améliorations.



- 16.8** Des rapports réguliers sur le rendement de l'organisme sont produits et l'information qui en découle est communiquée au conseil d'administration, s'il y a lieu.

Conseils

Le personnel d'encadrement et le conseil d'administration, le cas échéant, doivent établir et respecter la fréquence des rapports sur le rendement. Les rapports comprennent de l'information sur le rendement actuel, y compris les possibilités d'amélioration, ainsi que sur les plans ou projets d'amélioration du rendement.

Les rapports sont communiqués au conseil d'administration afin de le tenir au courant du rendement de l'organisme, des priorités en matière d'amélioration et des résultats. Lorsqu'un organisme ne possède pas de conseil d'administration, son personnel d'encadrement se charge de surveiller le rendement et les projets d'amélioration du rendement de l'organisme.



- 16.9** Des rapports au sujet du rendement de l'organisme et de la qualité des services sont communiqués aux équipes, aux usagers et à leur famille, à la communauté à laquelle les services sont offerts, ainsi qu'à d'autres partenaires et parties prenantes.



Conseils

La fréquence des rapports sur le rendement est établie par le conseil d'administration et le personnel d'encadrement de l'organisme. Les rapports comprennent de l'information sur le rendement actuel, y compris les possibilités d'amélioration, ainsi que sur les plans ou projets d'amélioration du rendement.

- 16.10** Les résultats des activités d'amélioration de la qualité de l'organisme sont communiqués à grande échelle, s'il y a lieu.

Conseils

La communication à grande échelle des résultats des activités d'amélioration de la qualité comprend la communication avec le conseil d'administration, le cas échéant, les équipes, les usagers et leur famille. Les résultats des activités d'amélioration de la qualité peuvent aussi être communiqués aux partenaires, aux parties prenantes et à l'ensemble de la communauté.

La communication des résultats des activités d'amélioration de la qualité s'effectue conformément aux lois qui protègent l'information concernant la qualité, la sécurité, la gestion des risques et les renseignements personnels sur la santé.

