



AGRÉMENT
CANADA

Manuel d'évaluation Qmentum Québec^{MC}

Gouvernance, leadership, santé publique et normes transversales

Table des matières

Introduction	6
Structure du manuel	8
Glossaire	12
Chapitre 1: Gouvernance	17
1.1: Orientation de l'établissement	17
1.2: Instance de gouvernance efficace	27
1.3: Vigie des activités	37
1.4: Faire preuve de réflexion	62
1.5: Lutter contre le racisme	66
1.6: Lutter contre le racisme à l'endroit des Autochtones	69
Chapitre 2: Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population	73
2.1: Définir et promouvoir la mission, la vision et les valeurs de l'établissement	73
2.2: Gérer les enjeux d'ordre éthique	75
2.3: Intégrer et soutenir une approche de soins centrés sur la personne	81
2.4: Assurer la collaboration des parties prenantes à la prise de décisions	86
2.5: Veiller à l'amélioration continue de la qualité	90
2.6: Intégrer et promouvoir les concepts de santé et de la sécurité organisationnelles	95
2.7: Favoriser une approche populationnelle et le respect de la diversité	98
2.8: Analyser l'environnement pour déterminer les priorités et élaborer le plan stratégique	107
2.9: Définir une structure organisationnelle qui soutient la réalisation des objectifs stratégiques	111
2.10: Mesurer la performance en continu et veiller à l'élaboration et la réalisation des plans d'amélioration de la qualité ..	117
2.11: Gérer les risques de façon intégrée	124
2.12: Veiller au développement durable et à la gestion écoresponsable	127
Chapitre 3: Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles	132
3.1: Mettre en œuvre un code de conduite	132
3.2: Gérer et attribuer les ressources de manière efficiente pour assurer une saine gestion financière	133
3.3: Gérer les talents, l'évaluation du rendement et la rétention de la main-d'œuvre par une approche de soins centrés sur la personne	139
3.4: Assurer la sécurité informationnelle et l'intégrité des systèmes d'information	152



Chapitre 4: Leadership – Gestion de la qualité et des risques	158
4.1: Gérer les risques à tous les niveaux	158
4.2: Mettre en œuvre des mécanismes opérationnels pour assurer la santé et la sécurité organisationnelles	169
4.3: Déclarer et divulguer les incidents liés à la sécurité	174
4.4: Assurer la gestion de l'environnement physique, de l'utilisation sécuritaire des appareils, des instruments médicaux et des technologies et veiller au respect des cadres de référence	181
Chapitre 5: Planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres	187
5.1: Établir le cadre général pour se préparer aux situations d'urgence et de sinistres	187
5.2: Planifier l'évaluation des risques à la santé et au bien-être et l'évaluation des besoins des usagers et de la communauté sur le plan des soins et services dans les situations d'urgence et de sinistres	193
5.3: Élaborer un plan d'intervention pour offrir des soins et services répondant aux besoins dans les situations d'urgence et de sinistres	195
5.4: Élaborer un plan pour le rétablissement à la suite de situations d'urgence et de sinistres	200
5.5: Évaluer et mettre à jour, de façon continue, le plan prévu pour les situations d'urgence et de sinistres	204
Chapitre 6: Santé publique	207
6.1: Planifier une offre de services de santé publique adaptée aux besoins de la population régionale et aux sous-groupes qui la composent	208
6.2: Surveiller l'état de santé de la population régionale, des sous-groupes qui la composent et ses déterminants, de façon continue	214
6.3: Offrir des services de santé publique efficaces, selon quatre axes d'intervention	217
6.4: Établir des partenariats intersectoriels pour des politiques publiques favorables à la santé	230
6.5: Évaluer et améliorer de façon continue le plan d'action régional de santé publique	232
Chapitre 7: Télésanté	236
7.1: Mise en œuvre de la télésanté	236
7.2: Participation des usagers dans la mise en œuvre des services de télésanté	242
7.3: Offre de services en télésanté éthique et sécuritaire	253
7.4: Documentation clinique lors d'une prestation de services par la télésanté	256
Chapitre 8: Programme de prévention et de contrôle des infections	259
8.1: Planifier et élaborer le programme de prévention et de contrôle des infections	259
8.2: Mettre en œuvre le programme de prévention et de contrôle des infections	264
8.3: Évaluer l'impact du programme de prévention et de contrôle des infections	282
Chapitre 9: Services de retraitement des dispositifs médicaux	290



9.1: Investir dans des services de qualité	290
9.2: Disposer d'une main-d'oeuvre compétente et proactive	293
9.3: Se conformer aux politiques, aux procédures opérationnelles normalisées et aux directives des fabricants	298
9.4: Assurer la qualité des services de retraitement des dispositifs médicaux (décontamination, nettoyage, désinfection, emballage, stérilisation, entreposage)	307
9.5: Gérer de façon sécuritaire et appropriée les dispositifs endoscopiques flexibles	311
9.6: Évaluer et améliorer de façon continue la qualité des services	315
Chapitre 10: Gestion du circuit du médicament	318
10.1: Assurer la bonne gouvernance du circuit du médicament	318
10.2: Former et évaluer les compétences	328
10.3: Accéder aux renseignements sur l'usager et les médicaments	329
10.4: Gérer les inventaires de médicaments	335
10.5: Entreposer et préparer les médicaments à la pharmacie et dans les aires de soins	348
10.6: Prescrire des médicaments	352
10.7: Préparer les médicaments	359
10.8: Étiqueter et emballer les médicaments	364
10.9: Distribuer et administrer les médicaments	366
10.10: Promouvoir la participation de l'usager dans la prise de médicaments	373
10.11: Évaluer le circuit du médicament	377
Documents de référence	383



© LE PRÉSENT DOCUMENT EST PROTÉGÉ PAR UN COPYRIGHT

Copyright © 2023, 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/individuel-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/fr/ Téléphone : 1.613.738.3800

Comment pouvons-nous améliorer ce manuel d'évaluation? Veuillez envoyer vos commentaires à publications@healthstandards.org

Introduction

Les personnes qui œuvrent dans les établissements publics de la santé et des services sociaux font part de leur préoccupation à l'égard de la qualité et de la sécurité des pratiques pour les activités cliniques et de gestion. Agrément Canada, au moyen de son programme Qmentum adapté pour le Québec, soutient ces établissements dans leur volonté d'amélioration continue dans l'ensemble de leurs sphères d'activités.

Le présent manuel sert à évaluer la structure organisationnelle et les thématiques transversales propres à l'ensemble des établissements publics de la santé et des services sociaux. Cette base est de mise pour assurer un fonctionnement sécuritaire, fiable et de qualité sur le plan des activités des programmes-services, qui, feront l'objet d'une évaluation distincte dans les séquences à venir. Plus précisément, les thématiques évaluées dans ce manuel sont la gouvernance, le leadership, la santé publique ainsi que les activités transversales telles que la télésanté, la planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres, la prévention et le contrôle des infections, la gestion du circuit du médicament et le retraitement des dispositifs médicaux.

L'exercice d'autoévaluation est une étape essentielle d'une démarche d'amélioration continue. Ce manuel d'évaluation, conçu en collaboration avec des usagers et des experts-conseils de domaines particuliers, représente donc un outil structurant pour les instances de gouvernance, les gestionnaires, les comités interdisciplinaires et les équipes qui désirent dresser un portrait de la conformité de leurs pratiques en rapport avec les critères provenant des normes de HSO.

En procédant à l'autoévaluation, l'instance de gouvernance, les gestionnaires, les comités interdisciplinaires et les équipes se mobilisent à l'égard de la qualité et de la sécurité des soins et services tout en apprivoisant les normes et les critères applicables à leur champ d'activité. Il est fortement recommandé de procéder à l'autoévaluation en adoptant une approche collaborative et interdisciplinaire qui comprend la participation des usagers afin de bien refléter les besoins de la population et les expériences vécues ainsi qu'afin d'assurer une diversité de points de vue durant l'exercice. Les résultats de cette démarche d'autoévaluation permettent de suivre de près les progrès de l'établissement par rapport à la conformité aux critères tout en assurant une participation continue dans la démarche du Cycle 2 d'agrément 2023-2027.

L'autoévaluation réalisée à l'aide du manuel d'évaluation est un exercice propre à l'établissement et servira de référence à l'élaboration d'un plan d'amélioration de la qualité. Au moment de la visite d'agrément, les visiteurs n'ont pas accès aux résultats de l'autoévaluation. Cet exercice constitue un fondement pour mettre en œuvre, adapter, poursuivre ou intensifier les initiatives d'amélioration continue.

Le programme d'agrément Qmentum offert aux établissements publics de la santé et des services sociaux du Québec s'appuie sur diverses méthodologies d'évaluation : l'autoévaluation réalisée par les



instances de gouvernance, les gestionnaires, les comités interdisciplinaires et les équipes ainsi que l'attestation, l'évaluation sur place (visite d'agrément) et l'administration de sondages qui portent sur trois grandes sphères, soit : 1) le fonctionnement de la gouvernance; 2) l'expérience de l'utilisateur; et, 3) les perceptions de la main-d'œuvre en lien avec la qualité de vie au travail et la sécurité. La visite d'agrément est menée selon une approche par traceur et est effectuée par des pairs, dénommés visiteurs. L'ensemble de ces méthodologies permet de dresser le portrait le plus représentatif possible de la maturité d'un établissement en matière d'amélioration continue, en faisant ressortir les acquis et les défis à relever. Les établissements ont donc tout intérêt à utiliser ce manuel d'évaluation pour mener efficacement leurs démarches d'autoévaluation.

Structure du manuel

Le présent manuel d'évaluation est composé de critères d'évaluation qui permettent d'évaluer la structure organisationnelle des établissements publics et les thématiques transversales nécessaires afin que ceux-ci assurent une prestation de soins et services sûre et sécuritaire pour l'ensemble des programmes-services. Le manuel est divisé en chapitres thématiques regroupant chacun des critères et des conseils particuliers provenant de normes de HSO pour guider l'évaluation.

Le manuel d'évaluation est utilisé d'une part par les établissements publics pour effectuer les autoévaluations, les attestations, ainsi que pour les évaluations sur place effectuées par les pairs (les visiteurs).

Ce manuel est le fruit d'une cocréation ayant mis à contribution les principaux acteurs concernés et a été conçu tout particulièrement pour le réseau de la santé et des services sociaux du Québec : les critères d'évaluation présentés sont en lien direct avec les orientations ministérielles, les plans d'actions et les cadres de références en vigueur au moment de la publication.

Nous aimerions prendre l'occasion de souligner le temps et les efforts des experts-conseils et de la Direction de l'éthique et de la qualité du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) qui ont partagé leurs expertises et recommandations au cours du processus de rédaction de ce manuel ainsi que des membres figurant ci-dessous qui ont formé le groupe de travail appuyant ce travail de rédaction. La collaboration de tous les experts fut très appréciée et a permis de rédiger un manuel de qualité qui s'intègre au contexte québécois et qui permet de suivre les orientations et d'atteindre les objectifs ministériels.

- Danielle Dubois, M.G.S.S., B. Sc. nut., Consultante en gestion de la santé
- Julie Gagné, M. Sc. inf., Microprog. 2e cycle en PCI, Adjointe à la DGA-PSPGS - Volet prévention et contrôle des infections, Direction générale adjointe, Programme de santé physique générale et spécialisée, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
- Lyne Jobin, M. Ps., Consultante en gestion de la santé et en services sociaux
- Martin D'Amour, t.i.m., B.A.A., LL.M., Directeur, Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
- Monique Nadeau, M.G.S.S., B. Sc. inf., Consultante en gestion de la santé
- Dr Régis Vaillancourt, B.Pharm., Pharm.D., Consultant en gestion du circuit du médicament

Chapitres

Le manuel d'évaluation compte dix chapitres pour soutenir les établissements dans leur parcours d'amélioration continue de la qualité. Chaque chapitre comprend un contexte sur son objectif ainsi que son sujet.

- Chapitre 1 : La gouvernance
- Chapitre 2 : Le leadership sur le plan de la planification et l'organisation des services selon les besoins de la population
- Chapitre 3 : Le leadership sur le plan de la gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles
- Chapitre 4 : Le leadership sur le plan de la gestion de la qualité et des risques
- Chapitre 5 : La planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres
- Chapitre 6 : La santé publique
- Chapitre 7 : La télésanté
- Chapitre 8 : Le programme de prévention et de contrôle des infections
- Chapitre 9 : Les services de retraitement des dispositifs médicaux
- Chapitre 10 : La gestion du circuit du médicament

Sous-chapitres

Les critères dans chacun des chapitres sont organisés en sous-chapitres qui traitent de thèmes pouvant donner lieu à des initiatives d'amélioration.

Critères

Chaque sous-chapitre du manuel d'évaluation contient des critères propres à la thématique présentée. Les critères regroupent des énoncés qui indiquent les exigences à atteindre. Les critères décrivent l'imputabilité, l'action et l'intention.

Conseils

Pour chaque critère, il existe un conseil correspondant qui fournit des renseignements supplémentaires pour aider les utilisateurs à comprendre son énoncé. Les conseils ne contiennent pas de nouveau contenu à évaluer.

Le contenu de ce manuel est fondé sur les normes suivantes de HSO :

- CAN/HSO A1001:2022 *Gouvernance*
- CAN/HSO A2001:2020 *Leadership*
- HSO A9002:2020 *Gestion des situations d'urgence et des catastrophes*
- QC/HSO A60004:2022 *Santé publique*
- CAN/HSO A3001:2019 *Gestion des médicaments*



- HSO A4001:2018 *Prévention et contrôle des infections*
- HSO A11011:2018 *Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables*
- HSO A83001:2018 *Télésanté*

En consultation avec des experts en la matière, le contenu des normes présentées ci-dessus a été adapté pour les fins de ce manuel à l'exception de la norme QC/HSO A60004:2022 *Santé publique*, qui a été élaborée tout particulièrement pour le Québec.

Classification des critères

Chaque critère compris dans ce manuel est classifié selon une méthode d'évaluation précise (sur place et attestation), un niveau de priorité (pratique organisationnelle requise et priorité normale et élevée) et une dimension de la qualité (p. ex., sécurité). Ces classifications figurent sous l'énoncé du critère et servent de guide aux établissements pour mieux comprendre les critères par regroupement thématique et les méthodologies qui sont utilisées pour évaluer leur conformité.

Méthodes d'évaluation

Attestation : Les critères classifiés « évalué par attestation » signifient qu'ils sont évalués par les établissements lors du processus d'attestation lorsque ce dernier sera déployé. Les établissements valident leur conformité par rapport aux critères identifiés de la sorte.

Sur place : Les critères classifiés « sur place » signifient qu'ils sont évalués sur place par un visiteur.

Niveaux de priorité

Pratiques organisationnelles requises (POR) :

Les POR sont des pratiques qui ont été déterminées comme essentielles et qui doivent être en place dans l'établissement pour améliorer la sécurité des usagers et réduire au minimum les risques.

Le contenu technique de la POR est constitué de l'énoncé, des conseils et des tests de conformité.

Énoncé de la POR : L'énoncé de la POR définit la pratique attendue dans l'établissement.

Conseils : Les conseils fournissent un contexte et les raisons pour lesquelles les POR sont importantes pour la sécurité des usagers et la gestion des risques. Ils contiennent aussi des données probantes et de l'information sur les moyens de se conformer aux tests de conformité. Même si les conseils éclairent et renseignent, l'information qu'ils véhiculent ne fait pas partie des exigences.

Tests de conformité : Les tests de conformité sont les exigences particulières que les visiteurs évaluent sur place pour déterminer si l'établissement respecte la POR. L'établissement doit répondre aux exigences de tous les tests de conformité d'une POR pour que l'évaluation indique sa conformité avec cette POR.



Critères à priorité élevée :

Les critères à priorité élevée portent sur la sécurité, l'éthique, la gestion des risques et l'amélioration de la qualité. Leur pondération est plus élevée dans les directives relatives à l'attribution du statut d'agrément.

Critères à priorité normale :

Les critères qui ne portent pas sur des thèmes de priorité élevée sont considérés comme des critères à priorité normale.

Dimensions de la qualité

Le cadre conceptuel de la qualité de HSO comporte huit dimensions de la qualité qui jouent un rôle dans la prestation de soins et services sécuritaires et de haute qualité dans tous les secteurs des soins de santé et des services sociaux. Ces dimensions forment la base des normes, en vertu desquelles chaque exigence (critère) est liée à l'une des huit dimensions de la qualité. Ainsi, l'orientation fondamentale de chaque critère est claire, et les utilisateurs du manuel d'évaluation comprennent son objectif.

Voici les dimensions de la qualité qui sous-tendent le cadre conceptuel de la qualité :

Accent sur la population : Travailler avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.

Accessibilité : M'offrir des services équitables, en temps opportun.

Sécurité : Assurer ma sécurité.

Qualité de vie au travail : Prendre soin des personnes qui s'occupent de moi.

Services centrés sur l'utilisateur : Collaborer avec moi et mes proches dans le cadre des soins.

Continuité des services : Coordonner mes soins dans le continuum de soins.

Pertinence : Faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.

Efficience : Utiliser les ressources le plus adéquatement possible.

Glossaire

Vous trouverez ci-dessous une liste de termes et définitions qui sont utilisés dans ce manuel d'évaluation.

autoadministration : Administration active d'un médicament par un usager plutôt que par un prestataire de soins et services de santé à la suite de l'évaluation de la capacité de cet usager à accomplir cette tâche dans le cadre de son plan de soins et services individualisé.

cheminement de l'usager : Parcours de l'usager tout au long du continuum de soins et services débutant dès la demande à la prestation des services, en y incluant les points de transition afin qu'il reçoive les bons soins, au bon endroit et au bon moment (Hall, 2006).

comité interdisciplinaire : Groupe de personnes ayant des expertises découlant de plus d'un champ de spécialité mises à profit dans le cadre d'un projet à réaliser ou d'un problème à résoudre. Le comité peut comprendre les usagers et les personnes proches aidantes.

déterminants de la santé : Facteurs définissables et modifiables qui influent sur les résultats en matière de santé, ou qui y sont associés. Les déterminants de la santé comprennent : l'environnement social et économique, l'environnement physique et les caractéristiques et les comportements individuels de la personne, tandis que les déterminants sociaux de la santé comprennent : le revenu et le statut social, l'éducation et l'alphabétisation, l'emploi et les conditions de travail, l'accès aux soins et services de santé appropriés et les habitudes de vie.

développement durable : Développement qui satisfait aux besoins du moment présent sans hypothéquer la capacité des prochaines générations à satisfaire à leurs propres besoins. Le développement durable est fondé sur une vision à long terme qui tient compte du caractère indissociable des aspects environnemental, social et économique des activités de développement.

éclosion : Augmentation localisée de l'incidence d'une maladie.

équipe : Groupe de personnes collaborant en vue de répondre aux objectifs, aux capacités et aux préférences de l'usager. L'équipe comprend l'usager, sa ou ses personnes proches aidantes si l'usager le souhaite, et les membres de la main-d'œuvre intervenant dans ses soins. Lorsque l'usager n'a pas la capacité de prendre une décision en matière de soins, son mandataire agit en son nom et est également un membre actif de l'équipe. Selon les soins et services prodigués, l'équipe peut également comprendre des gestionnaires de l'établissement, des bénévoles, des apprenants, des prestataires de soins et services externes et des visiteurs.

en temps opportun : Qui se produit dans un délai acceptable qui demeure pertinent et approprié.



gestion du circuit du médicament : Gestion du processus dans son ensemble en lien avec l'entreposage, l'ordonnance, la préparation, la distribution, l'administration, la consignation et l'élimination des médicaments. Le circuit comprend également la surveillance de la thérapie médicamenteuse.

gestion écoresponsable : Gestion des actions dans son ensemble visant à limiter les répercussions de l'activité quotidienne des communautés sur l'environnement. Au sein des établissements, l'écoresponsabilité fait donc intervenir de nouvelles décisions de gestion, d'achats, d'organisation du travail, d'investissements responsables et de sensibilisation de la main-d'œuvre.

gestionnaires de l'établissement : Personnes au sein d'un établissement qui travaillent dans une capacité de gestion officielle ou officieuse pour guider, gérer ou améliorer leur équipe, leur unité, leur établissement ou leur système (Dickson et Tholl, 2014). Les gestionnaires de l'établissement comprennent tous les cadres et les hors-cadres incluant les membres de la haute direction tel que le président-directeur général et le président-directeur général adjoint. Aux fins du présent manuel d'évaluation, les membres de l'instance de gouvernance de l'établissement ne sont pas considérés comme des « gestionnaires de l'établissement ».

infection nosocomiale : Toute maladie infectieuse contractée par un usager à la suite de soins et services qu'il a reçus dans un établissement, ou d'un contact avec une autre personne dans cet établissement. Les symptômes de la maladie infectieuse peuvent apparaître ou non durant le séjour dans l'établissement. Parmi les infections nosocomiales, on compte les infections à *C. difficile*, et celles du site opératoire, la grippe saisonnière, les norovirus ou les infections de voies urinaires.

incident lié à la sécurité des usagers : Événement ou circonstance qui aurait pu causer ou a causé un préjudice inutile pour l'usager. Voici des types d'incidents liés à la sécurité des usagers :

- Incident préjudiciable : Incident lié à la sécurité qui a causé un préjudice à l'usager. Ce terme remplace « événement indésirable » et « événement sentinelle ».
- Incident sans préjudice : Incident lié à la sécurité des usagers qui a atteint un usager, mais qui ne lui a causé aucun préjudice perceptible.
- Incident évité de justesse : Incident lié à la sécurité des usagers qui n'a pas atteint l'usager.

incident lié à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments : Toute erreur pouvant être évitée qui survient pendant la préparation, la distribution ou l'administration d'un médicament et qui peut causer ou risque de causer un préjudice à l'usager. Cela diffère de l'incident indésirable lié aux médicaments, qui est un préjudice inévitable causé par l'administration d'un médicament prescrit.

instance de gouvernance : Organisme légitime qui détient l'autorité, le pouvoir de décision ultime et la responsabilité concernant un établissement et ses services. Il peut s'agir d'un conseil d'administration, d'un comité consultatif en matière de santé, d'un conseil, d'un chef et de ses

conseillers ou d'une autre instance. Les instances de gouvernance peuvent travailler de manière indépendante ou avec le gouvernement au sein des provinces et des territoires où le gouvernement est responsable d'une ou de plusieurs fonctions de gouvernance.

main-d'œuvre : Tous ceux qui travaillent au sein d'un établissement ou en son nom, au sein d'une ou de plusieurs équipes, y compris les personnes salariées et rémunérées à l'heure, les employés temporaires ou contractuels, les employés des domaines cliniques et non cliniques, les médecins, les professionnels de la santé réglementés et non réglementés et tous les employés de soutien qui offrent des services pour l'établissement.

outil d'aide à la décision clinique : Outil qui fournit aux équipes, aux usagers ou aux personnes proches aidantes des informations fondées sur les données probantes pour faciliter la prise de décision. Cet outil vise à améliorer la qualité des soins et services en limitant les variations inattendues par une approche standardisée et ainsi diminuer les incidents liés à la sécurité des usagers. L'outil d'aide à la décision clinique peut être disponible sur diverses plateformes.

partenaire externe. Prestataire de services d'un établissement, d'un groupe communautaire, d'une entité ou d'un organisme collaborant avec une autre organisation de soins et de services. Parmi les partenaires externes, on compte les organismes gouvernementaux et communautaires, les compagnies pharmaceutiques, les pharmacies communautaires, les cliniques médicales, les partenaires du milieu des services de garde à la petite enfance, du milieu scolaire, du milieu municipal, du milieu de la sécurité publique et des différents milieux de travail.

partie prenante : Personne ou groupe de personnes qui ont un impact sur la réalisation des objectifs. Les parties prenantes peuvent inclure notamment la main-d'œuvre, les usagers, les personnes proches aidantes, les gestionnaires et les partenaires externes.

plan d'action régional (PAR) de santé publique : Dispositif prévu par la *Loi sur la santé publique* pour définir l'ensemble de l'offre du programme-services de santé publique pour une région géographique desservie par une Direction de santé publique, selon les dispositions du Programme national de santé publique en vigueur.

plan de soins et services individualisé : Plan de soins et de services élaboré en collaboration avec l'utilisateur et les personnes proches aidantes. Ce plan est établi en fonction des objectifs, capacités et préférences de l'utilisateur. On y décrit les rôles et les responsabilités de chaque membre de l'équipe et la façon dont participeront les autres équipes au sein et à l'extérieur de l'établissement. Le plan de soins et services individualisé est élaboré selon les antécédents de l'utilisateur, les évaluations en cours, les résultats de diagnostic, et les plans antérieurs.

plan intégré d'amélioration de la qualité : Série d'étapes documentée avec les équipes qui a pour but d'améliorer la qualité des soins et des services. Le plan comprend les objectifs à atteindre et les indicateurs de mesures ainsi que les actions qui seront entreprises.



pratique optimale : Procédure, pratique, méthode ou intervention qui permet d'obtenir les meilleurs résultats, comme les recherches et les expériences l'ont montré, et que l'on prescrit ou conseille d'adopter comme norme généralisée (Merriam-Webster, s. d.).

personne proche aidante : Personne ou groupe de personnes choisi par un usager pour participer à ses soins, tels qu'ils sont dispensés par l'équipe. Un usager a le droit d'inclure ou non une personne proche aidante dans tout aspect de ses soins. Un usager a également le droit de remplacer une personne proche aidante par une autre à tout moment.

politique : Document qui encadre les règlements administratifs et les procédures précisant les lignes de conduite d'un établissement. Les rôles et les responsabilités sont précisés et doivent être respectés par l'ensemble de la main-d'œuvre.

procédure : Série d'étapes documentées pour effectuer une tâche qui se rattache souvent à une politique. Les procédures sont normalisées et fondées sur des données probantes.

processus : Série d'étapes qui ne sont pas nécessairement documentées pour effectuer une tâche.

régulièrement : À intervalles constants. L'établissement définit les intervalles appropriés pour diverses activités en fonction des meilleures connaissances dont il dispose et respecte ces échéanciers.

ressources : Ensemble des moyens humains, financiers, matériels, informationnels ou technologiques nécessaires pour assurer une prestation de soins et services sécuritaires de qualité.

sinistre : Réalité particulière et inhabituelle en raison de son caractère soudain et imprévisible ainsi qu'en raison de l'ampleur des pertes qu'il a causées. Un sinistre peut perturber le quotidien des personnes touchées aux plans physique, psychologique, social, matériel, financier et environnemental. Il s'agit d'un événement plus large qu'une situation d'urgence, et qui compromet des communautés entières.

situation d'urgence : Situation actuelle ou imminente constituant un danger d'une importance majeure susceptible de causer un grave préjudice à des personnes ou d'importants dommages à des biens. Cette situation peut être causée par les forces de la nature, une maladie ou un autre risque pour la santé, un accident ou un acte intentionnel ou non et interpelle un ou plusieurs intervenants de première ligne tels que les pompiers, les policiers, les techniciens ambulanciers ou le personnel des services de travaux publics ou de transport. Bien qu'une situation d'urgence nécessite une intervention rapide, elle ne dépasse pas les capacités à réagir du milieu, du fait que sa portée est généralement limitée par opposition à un sinistre par exemple.

télesanté : Modalité de prestation de services et non un service qui crée un réseau en mode virtuel complémentaire aux services de soins de santé et services sociaux en mode présentiel. Il se produit donc à distance, à l'aide des technologies de l'information et de la télécommunication, une interaction entre les utilisateurs, en y incluant les usagers, les personnes proches aidantes et l'équipe de soins,



dans le but de faciliter ou de maximiser la qualité et l'efficacité des soins et des services prodigués aux usagers.

usager : Personne qui participe et bénéficie des systèmes de soins et services de santé à titre de coproducteur. Selon le milieu ou le contexte de prestation des soins et services de santé, le terme « usager » peut faire référence à un patient, un résident ou un membre de la communauté. Lorsqu'un établissement n'offre pas de soins ou services directement aux personnes, l'« usager » désigne la communauté ou la population qu'il dessert.



Chapitre 1: Gouvernance

Contexte

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) et la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux* (LMRSSS) énoncent les rôles et le fonctionnement des instances de gouvernance (dénommées « conseils d'administration » au Québec) des établissements publics du réseau de soins de santé et de services sociaux au Québec. Le présent chapitre, fondé sur la norme CAN/HSO A1001:2021 *Gouvernance*, a pour but de guider et d'évaluer les instances de gouvernance des établissements afin de s'assurer qu'elles assument leurs responsabilités et leurs fonctions. Notons que la LSSSS et la LMRSSS ont primauté sur les éléments d'une même intention au sein de la norme *Gouvernance* destinée à être utilisée dans le cadre de l'évaluation de la conformité auprès des établissements. Les priorités et les orientations énoncées dans le plan stratégique ministériel en vigueur demeurent le cadre de référence des établissements.

En complément, de cette norme et des lois qui la précèdent, les établissements sont encouragés à consulter leurs résultats du sondage sur le fonctionnement de la gouvernance afin de connaître la performance de leurs instances de gouvernance et d'être en mesure de réfléchir à des pistes d'amélioration potentielle.

Une instance de gouvernance détient la responsabilité officielle d'assurer la vigie des activités de l'établissement essentielles à sa réussite. Les instances de gouvernance doivent veiller à ce que les politiques et les objectifs de l'autorité compétente ainsi que les orientations régionales et nationales soient intégrés aux objectifs et aux activités de l'établissement. Les instances de gouvernance veillent également à ce que les établissements offrent des soins et des services en matière de santé qui répondent aux besoins et aux valeurs de la communauté et de la population desservie en accordant une attention particulière aux populations plus vulnérables. Une gouvernance efficace est essentielle pour offrir des soins de santé et des services sociaux sécuritaires, fiables, intégrés et centrés sur la personne.

1.1 Orientation de l'établissement

- 1.1.1 L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement travaille régulièrement de façon concertée avec les parties prenantes afin d'évaluer le mandat et les attentes de l'établissement en matière de performance.



Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le mandat de l'établissement peut être défini par la loi. Lorsque ce n'est pas le cas, le mandat peut être établi au moyen d'ententes avec le gouvernement et avec d'autres parties prenantes afin qu'il y ait une compréhension commune des attentes en matière de performance et de prestation de soins et de services d'un établissement. L'instance de gouvernance veille à consigner les résultats des consultations et des discussions habituelles avec les parties prenantes à l'égard du mandat de l'établissement. Cela comprend les ententes en matière de performance ou de responsabilité entre l'établissement et ses parties prenantes. Les parties prenantes comprennent la main-d'œuvre, les bénévoles, les usagers, les personnes proches aidantes, les divers groupes communautaires, y compris les organismes communautaires, les partenaires externes et les instances gouvernementales et non gouvernementales.

- 1.1.2 L'instance de gouvernance collabore avec l'établissement pour élaborer ou passer en revue régulièrement la vision, la mission et les valeurs de l'établissement avec les parties prenantes associées.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Accent sur la population** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

L'instance de gouvernance, avec l'appui de l'établissement, collabore à la conception de la vision, de la mission et des valeurs de l'établissement avec les parties prenantes (p. ex., la main-d'œuvre, les bénévoles, les usagers, les personnes proches aidantes et les divers groupes communautaires, y compris les organismes communautaires, les partenaires externes, les instances gouvernementales et non gouvernementales). Pour ce processus, l'instance de gouvernance et l'établissement s'efforcent de comprendre le rôle global occupé par l'établissement au sein du réseau de la santé et des services sociaux, la façon dont ses services s'intègrent avec ceux d'autres établissements et la façon dont il peut mieux répondre aux besoins prioritaires de la communauté qu'il dessert. Cela afin de réduire les iniquités et améliorer les résultats en matière de santé. Ils utilisent une approche d'équité, de diversité et d'inclusion pour solliciter la contribution des parties prenantes. L'instance de gouvernance passe en revue les renseignements sur l'établissement et sur le territoire (p. ex., le mandat; les rapports financiers; les évaluations des besoins populationnels actuels et à long terme et les exigences en matière de compétences; les lois, les règlements et les obligations contractuelles en la matière; et les objectifs de l'autorité compétente) avec les parties prenantes afin de



prendre des décisions éclairées par des données probantes ayant un impact sur la vision, la mission et les valeurs de l'établissement. L'instance de gouvernance collabore avec l'établissement pour veiller à ce que la vision, la mission et les valeurs :

- Soient cohérentes avec le principe de prestation de soins sécuritaires, fiables, intégrés et centrés sur la personne et respectueuses des droits des usagers;
- Soient conformes aux lois, aux règlements et aux obligations contractuelles en la matière;
- Soient harmonisées à la vision et aux objectifs exprimés par le MSSS pour l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux pour répondre aux besoins populationnels, promeut des résultats positifs et équitables en matière de santé, offrent des soins et services, veillent à la continuité et à la coordination des soins et services et soulignent les avantages de la coopération avec d'autres établissements;
- Reflètent le mandat et le rôle de l'établissement au sein de la société, y compris ceux de bâtir des communautés plus saines et de créer de la valeur, comme établi par les usagers, les personnes proches aidantes et les groupes communautaires, tout en tenant compte de la santé et de la sécurité de l'établissement, ainsi que de la gestion financière et environnementale. L'instance de gouvernance s'assure que la mission, la vision et les valeurs de l'établissement soient visibles et accessibles au public (p. ex., en les affichant à la réception ou dans la salle d'attente et sur le site Web de l'établissement).

Sur certains territoires, l'élaboration et la revue de la vision, de la mission et des valeurs relèvent du gouvernement. Dans ce cas-ci, l'instance de gouvernance collabore avec le gouvernement pour étayer le processus et y participer le plus possible.

1.1.3 L'instance de gouvernance collabore avec l'établissement pour élaborer ou passer en revue le plan stratégique de ce dernier de façon régulière, y compris les objectifs, conformément à la vision, à la mission et aux valeurs.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'instance de gouvernance oriente et assure la vigie du processus de planification stratégique de l'établissement pour établir la vision et les priorités à moyen terme de même que la stratégie de mise en œuvre. Au cours du processus de planification stratégique, l'instance de gouvernance collabore avec l'établissement pour mettre à contribution les parties prenantes (p. ex., la main-d'œuvre, les bénévoles, les usagers, les personnes proches aidantes et les divers groupes communautaires, y compris les



organismes communautaires, les partenaires externes et les instances gouvernementales et non gouvernementales). L'instance de gouvernance collabore également avec l'établissement pour identifier les risques et les possibilités d'amélioration en adoptant une approche intégrée de gestion des risques qui est cohérente, continue, proactive et systématique. Cette approche sera intégrée à la culture organisationnelle. L'instance de gouvernance veille à ce que le plan stratégique de l'établissement respecte les caractéristiques suivantes :

- Reflète les commentaires des parties prenantes;
- Prévoit des mesures d'atténuation des risques et identifie les possibilités;
- Se concentre sur les besoins à court, à moyen et à long terme des divers groupes communautaires afin de maximiser le bien-être de la population, de réduire les disparités sociales et de santé, d'identifier les déterminants sociaux et de santé non satisfaits, de promouvoir les approches préventives et de contribuer à bâtir des communautés saines;
- Favorise la réalisation de la vision, de la mission et des valeurs de l'établissement en assurant la cohérence avec les priorités et orientations du MSSS;
- Comporte des objectifs mesurables.

L'instance de gouvernance peut également examiner les plans opérationnels de l'établissement pour veiller à ce qu'ils soient harmonisés avec le plan stratégique et les objectifs.

1.1.4 L'instance de gouvernance s'assure que l'établissement évalue les caractéristiques de l'environnement de façon continue afin d'adapter le plan stratégique en fonction de celles-ci, si nécessaire.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'instance de gouvernance s'assure que l'établissement recueille des renseignements de façon continue et soit à l'affût des événements prévus ou inattendus et des changements dans ses environnements internes et externes pouvant avoir une incidence sur l'établissement à court et à long terme. Parmi ces changements et événements, on compte les changements ou les défis concernant les besoins des parties prenantes, la santé et la sécurité organisationnelle, les politiques gouvernementales, la géopolitique, les règlements et l'économie, les répercussions des changements climatiques, les situations d'urgences et les sinistres, les coûts des biens et services, la croissance démographique, l'âge de la population, la disponibilité et les compétences de la main-d'œuvre, la sécurité des technologies de l'information, l'accès aux technologies,



l'automatisation des processus et plus encore. L'instance de gouvernance passe en revue les résultats de l'analyse environnementale avec l'établissement pour comprendre l'incidence potentielle sur l'établissement à court et long terme et conseille la direction de l'établissement quant aux changements à apporter au plan stratégique ainsi qu'aux objectifs en fonction des résultats. Tout changement dans l'environnement de l'établissement n'entraîne pas nécessairement un réaménagement du plan stratégique ou des objectifs de l'établissement. L'instance de gouvernance collabore avec l'établissement pour établir des critères afin de choisir les conditions dans lesquelles il convient de modifier le plan, en fonction de l'incidence possible sur l'établissement. Sur certains territoires, l'analyse environnementale ou la planification stratégique et les ajustements connexes relèvent du gouvernement. Dans ce cas-ci, l'instance de gouvernance et l'établissement peuvent tirer parti des renseignements des analyses environnementales gouvernementales et collaborer avec le gouvernement pour étayer et adapter le plan stratégique.

1.1.5 L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement définisse les responsabilités relatives à la réalisation du plan stratégique.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Efficiace** | Méthodes d'évaluation:
Attestation

Conseils

L'instance de gouvernance veille à ce que les responsabilités de l'établissement soient claires afin que ce dernier réussisse la réalisation de son plan stratégique et atteigne ses objectifs.

1.1.6 L'instance de gouvernance collabore avec l'établissement pour intégrer une approche de soins centrés sur la personne dans l'ensemble de l'établissement ainsi qu'au sein de ses activités de gouvernance.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'intégration d'une approche de soins centrés sur la personne, qui intègre la culture et les pratiques appliquées dans l'ensemble de l'établissement, exige de créer un environnement axé sur l'équité, la diversité et l'inclusion. Dans cet environnement, les usagers doivent se sentir à l'aise d'apporter leur contribution en tant que partenaires actifs de leurs soins et en tant que partenaires dans la prestation de soins et services. La contribution des usagers et des personnes proches aidantes, en tant que partenaires



actifs des soins, permet d'améliorer l'expérience vécue par l'utilisateur et est liée à l'amélioration des résultats individuels et de la santé de la population. Cela grâce à la planification des soins en fonction de l'ensemble des besoins des personnes. L'instance de gouvernance veille à tenir ses membres informés de l'approche de soins centrés sur la personne et des principes sur lesquels elle repose. Elle représente l'engagement de l'établissement consistant à prodiguer des soins centrés sur la personne en intégrant les usagers et les personnes proches aidantes aux activités et aux décisions relatives à la gestion de l'établissement ainsi qu'à la gouvernance. L'instance de gouvernance établit différents mécanismes afin de prendre connaissance de l'opinion des usagers et des personnes proches aidantes de façon continue, et de prendre en considération leurs commentaires (p. ex., en établissant des comités des usagers et des personnes proches aidantes, en créant des liens avec les comités existants d'établissements ou du réseau de la santé et des services sociaux et en recevant des commentaires réguliers de leur part, en invitant les groupes ou organismes communautaires à faire des présentations à l'instance de gouvernance et en recevant directement les témoignages d'usagers et de personnes proches aidantes traitant de leurs expériences avec l'établissement). L'instance de gouvernance de l'établissement, y compris le comité des usagers prévu par la LSSSS entretiennent des communications bilatérales claires, en vertu desquelles l'instance de gouvernance reçoit des commentaires directement et informe le comité des mesures prises découlant des commentaires recueillis. L'instance de gouvernance reçoit et passe en revue les mises à jour régulières de l'établissement sur l'efficacité et l'évolution des priorités et des projets en matière de soins centrés sur la personne dans l'ensemble de l'établissement (p. ex., la conception conjointe des améliorations en matière de la qualité et de sécurité, la prestation de soins en équipe et une formation sur la sécurisation culturelle et l'humilité destinée aux prestataires). Ces priorités et projets visent à améliorer les soins et services en identifiant et en réduisant les obstacles et en améliorant la collaboration entre les usagers, les personnes proches aidantes, les prestataires et les autres membres de l'équipe et de l'établissement. Des données témoignent des différentes initiatives en lien avec l'approche de soins centrés sur la personne (p. ex., les résultats de l'expérience vécue par l'utilisateur, le nombre d'équipes qui ont mis en œuvre une approche de soins centrés sur la personne et la façon dont elles l'ont fait, le nombre et la diversité des usagers et des personnes proches aidantes qui participent aux comités et aux projets de l'établissement).

- 1.1.7 L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement dispose de mécanismes efficaces pour respecter les procédures liées aux enjeux éthiques dans sa prise de décisions.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**



Conseils

L'instance de gouvernance assiste l'établissement dans le développement de mécanismes normalisés (p. ex., un cadre d'éthique) pour établir ses principes d'éthiques, pour intégrer ceux-ci dans ses valeurs, dans ses processus et dans ses décisions, pour gérer ses enjeux d'ordres d'éthique et cela dans l'ensemble de l'établissement.

L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement soit guidé par ses valeurs et son éthique dans ses décisions de façon qu'il tienne compte des points de vue de la main-d'œuvre, des bénévoles, des usagers et des personnes proches aidantes ainsi que des responsabilités morales des prestataires. L'instance de gouvernance reçoit et examine régulièrement les rapports de l'établissement sur les enjeux éthiques et aide celui-ci à utiliser ces renseignements dans une optique d'amélioration. Elle guide l'établissement pour l'aider à analyser et à utiliser ces renseignements afin de cibler les possibilités d'amélioration.

- 1.1.8 L'instance de gouvernance collabore avec l'établissement afin d'identifier les parties prenantes et connaître leurs divers besoins, y compris ceux de la communauté qu'il sert.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Accent sur la population** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'instance de gouvernance collabore avec l'établissement pour identifier les parties prenantes de ce dernier (p. ex., la main-d'œuvre, les bénévoles, les usagers et les personnes proches aidantes, les groupes communautaires, les partenaires externes, les instances gouvernementales, les autorités de financement, les fondations, les syndicats et les groupes d'intérêt). Les parties prenantes varient selon le statut de l'établissement, soit privé ou public, et selon le rôle de l'établissement dans la société. L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement interagisse avec toutes les parties prenantes et les encourage à émettre des commentaires quant au respect d'une approche d'équité, de diversité et d'inclusion. Ce processus vise à en apprendre davantage sur les besoins des parties prenantes, notamment sur leurs caractéristiques, leurs priorités, leurs champs d'intérêt, leurs activités et leurs relations avec l'établissement. Par exemple, l'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement adopte une approche axée sur la santé de la population. Cette approche vise à en apprendre davantage sur la diversité de la communauté, sur les besoins en matière de soins de santé et de services sociaux, sur les déterminants sociaux de la santé et sur les inégalités qui empêchent les populations de la communauté d'exercer leur droit d'accéder de façon équitable aux meilleurs services de santé. Cette approche consiste notamment à identifier et à mobiliser les populations défavorisées, les Autochtones, les groupes culturels, les



minorités et les populations risquant davantage de vivre des expériences négatives de soins ou services. En outre, cette approche consiste à identifier et à mobiliser les populations de la communauté, quelles que soient leurs caractéristiques : capacités, sexe, identité de genre, origine ethnique, langue, culture, croyances, histoire, statut d'immigration, emplacement, revenu et statut social, niveau d'alphabétisation, statut d'emploi, situation en matière de logement et état de santé. L'instance de gouvernance et l'établissement peuvent solliciter l'avis des parties prenantes concernant les nouveaux services et les services modifiés, par l'intermédiaire de tribunes publiques, de consultations ou lors d'assemblées générales annuelles. L'instance de gouvernance et l'établissement peuvent combiner les renseignements sur les besoins des parties prenantes avec les données sur la santé de la population, les renseignements sur l'utilisation des services, l'expérience vécue par l'utilisateur, les temps d'attente, les délais d'accès, l'équité des soins, d'autres services de soins de santé offerts ainsi que d'autres renseignements provenant des analyses environnementales. Grâce à ce processus, on peut obtenir un portrait complet des besoins des parties prenantes et prévoir une évolution de l'offre de soins et services tenant compte des besoins changeants de la population, des données démographiques et des autres facteurs. À partir de ces renseignements, l'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement soit bien placé afin de répondre aux divers besoins des parties prenantes en temps opportun en collaborant avec ceux qui visent les mêmes objectifs (p. ex., pour atteindre l'équité et réduire les disparités en matière de santé) et qui offrent des ressources de soutien et des services aux mêmes populations ou aux mêmes groupes d'utilisateurs (p. ex., à d'autres établissements de santé et de services sociaux, d'autres organismes communautaires ou d'autres prestataires de soins traditionnels). L'établissement peut, à titre d'exemple, collaborer avec des partenaires externes du réseau de la santé et des services sociaux et d'autres secteurs afin de combler les besoins associés aux capacités en soins, à la coordination et à l'intégration des soins et aux déterminants sociaux de la santé dans la communauté. L'instance de gouvernance dispose d'un mécanisme qui permet d'équilibrer les priorités et les intérêts divergents. Ce mécanisme peut consister en un processus explicite et transparent pour la définition des priorités.

1.1.9 L'instance de gouvernance collabore avec l'établissement afin que ce dernier dispose d'un plan de communication et de mobilisation des parties prenantes.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils



L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement dispose d'un plan de communication et de mobilisation des parties prenantes. Le plan comprend les volets suivants:

- Objectif : Établir clairement les objectifs que l'établissement souhaite réaliser en collaborant et en discutant avec les parties prenantes;
- Public cible : Les parties prenantes que l'établissement doit mobiliser afin de transmettre et recevoir des renseignements (p. ex., la main-d'œuvre, les bénévoles, les usagers, les personnes proches aidantes, les visiteurs et les membres de la communauté, y compris les organismes communautaires, les partenaires externes et les instances gouvernementales et non gouvernementales);
- Stratégies de mobilisation : Méthodes utilisées pour communiquer avec les parties prenantes afin de connaître quels sont les renseignements qu'ils souhaitent recevoir et par quels moyens;
- Stratégies de communication : Façon dont les renseignements sont transmis aux parties prenantes, dans quelles langues et sous quels formats (p. ex., afin d'élaborer des messages clairs et cohérents et d'instaurer des communications ouvertes et bidirectionnelles);
- Stratégies en matière de gestion du changement : Façon dont on utilise les méthodes de mobilisation et de communication pour veiller à intégrer les parties prenantes aux processus de changements organisationnels;
- Sujets et messages clés : Thèmes et décisions choisis avec la collaboration des parties prenantes, et renseignements qui doivent leur être divulgués (p. ex., le plan stratégique, les objectifs de l'établissement; les décisions ayant une incidence sur les activités quotidiennes ou sur la façon dont les soins et services sont offerts; les changements dans l'environnement externe ayant une incidence sur les soins et services de l'établissement ou créant des risques ou des possibilités d'améliorations, et des changements concernant les membres, la structure ou les activités de l'instance de gouvernance).

1.1.10 L'instance de gouvernance collabore avec l'établissement afin de promouvoir la valeur des services de celui-ci auprès de toutes les parties prenantes.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Accent sur la population** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'instance de gouvernance et l'établissement veillent à ce que la communauté, le gouvernement, les partenaires externes et les autres parties prenantes soient informés de la vision, de la mission et des valeurs de l'établissement ainsi que de ses soins et



services offerts, de son rôle dans la santé de la communauté et de son rôle en tant qu'employeur. L'instance de gouvernance et l'établissement font la promotion de la valeur de l'établissement auprès des usagers, des personnes proches aidantes, des groupes communautaires diversifiés et des autres parties prenantes. Les services des communications, des relations avec les médias et des relations publiques de l'établissement soutiennent les efforts réalisés par l'instance de gouvernance en matière de promotion de la vision, de la mission, des valeurs et des soins et services de l'établissement. Grâce à leurs activités en ce sens, l'instance de gouvernance et l'établissement peuvent rehausser la réputation de l'établissement et mieux le faire connaître. Ces activités peuvent permettre de renforcer les capacités de l'établissement à promouvoir et à encourager un meilleur soutien aux services de l'établissement et aux besoins de la communauté. En consultation avec les gestionnaires de l'établissement, l'instance de gouvernance établit son niveau de participation et la portée de ses activités de défense des droits des usagers. Parmi ces activités, on compte les événements communautaires (p. ex., les campagnes de sensibilisation), l'appui de politiques publiques favorables à la santé et qui portent sur les déterminants de la santé des divers groupes communautaires (p. ex., une politique sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics; des lois sur la santé environnementale; des initiatives politiques visant à remédier aux effets néfastes des injustices actuelles et historiques sur la santé; des exigences juridiques pour veiller à instaurer un accès équitable, non discriminatoire et en temps opportun aux produits et aux services en matière de soins de santé et de services sociaux; et des ressources de soutien à la disposition de toutes les personnes et de toutes les populations qui en ont besoin), la communication des résultats des projets d'amélioration de la qualité, la démonstration de résultats dans des domaines clés et la sensibilisation de la communauté aux problèmes de santé et à l'importance d'adopter des pratiques saines, y compris des pratiques culturelles.

1.1.11 L'instance de gouvernance veille à la pérennité de l'établissement.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Efficience** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La pérennité de l'établissement est évaluée par sa capacité à faire preuve de résilience, à s'orienter vers l'avenir, à s'adapter et à répondre aux besoins évolutifs des usagers. L'instance de gouvernance peut veiller à la pérennité de l'établissement de la façon suivante :

- En encourageant l'établissement à appliquer des approches novatrices pour comprendre et combler les besoins et suivre les tendances à long terme parmi les divers groupes communautaires et à l'échelle du réseau de la santé et des services sociaux;



- En guidant l'établissement afin qu'il respecte sa mission de contribuer à la santé de la communauté;
- En surveillant la pérennité de l'établissement du point de vue de la qualité du service, de la sécurité, des finances, des ressources humaines et de la réputation;
- En aidant l'établissement à bâtir et à maintenir une reconnaissance sociale en tant qu'employeur et partenaire communautaire estimé.

1.1.12 L'instance de gouvernance collabore avec l'établissement afin de transmettre régulièrement des renseignements sur la qualité des soins et services et sur la performance de l'établissement à toutes les parties prenantes.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Afin de favoriser une communication transparente avec les parties prenantes (p. ex., la main-d'œuvre, les usagers, les personnes proches aidantes et les divers groupes communautaires), développer un lien de confiance avec eux et les assister dans la prise de décisions éclairées, l'instance de gouvernance et l'établissement transmettent des renseignements sur la qualité des soins et services offert par l'établissement et sur ses indicateurs de performance actuels. Ces renseignements portent notamment sur les progrès vers la réalisation des objectifs de l'établissement, ainsi que les plans ou les projets visant l'amélioration de la qualité et de la performance. Les méthodes de diffusion de l'information peuvent varier selon l'établissement (p. ex., au moyen de rapports d'étape annuels accessibles au public ou d'assemblées générales annuelles).

1.2 Instance de gouvernance efficace

1.2.1 L'instance de gouvernance réalise les objectifs établis concernant sa composition en lien avec son mandat.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Lorsqu'elle établit les objectifs concernant sa composition, l'instance de gouvernance tient compte de facteurs comme ses rôles et responsabilités; ses domaines de prise de



décision; le plan stratégique et les objectifs de l'établissement; et des lois, des règlements et des obligations contractuelles en la matière. Afin d'établir sa composition, l'instance de gouvernance définit les éléments suivants :

- Le nombre de membres (qui découle de plusieurs facteurs, notamment, de la taille de l'établissement; de ses risques et de ses possibilités d'amélioration; des services offerts; de la taille de la population desservie; des lois, des règlements et des obligations contractuelles en la matière.
- L'ensemble des compétences exigées (que l'on peut inscrire dans une matrice de compétences) pour assumer ses responsabilités de gouvernance et appuyer la vision, la mission et les valeurs de l'établissement. La grille des compétences peut évoluer pour s'adapter aux changements concernant la vision, la mission et les valeurs de l'établissement. Les compétences comprennent les volets suivants:
 - Les qualités que les membres doivent posséder, comme l'intégrité, des valeurs éthiques élevées, un bon jugement, de l'empathie, des compétences interpersonnelles efficaces, des compétences culturelles et un engagement ferme envers la santé de tous les membres de la communauté et le succès de l'établissement quant à sa capacité à combler les besoins en matière de la qualité et la sécurité, le droit, les finances, les risques, les technologies, les ressources humaines, la durabilité, l'expérience vécue et plus encore);
 - Les divers points de vue qu'elle souhaite refléter, y compris ceux des parties prenantes de l'établissement (p. ex., des populations et des groupes diversifiés de la communauté, des usagers et des personnes proches aidantes qui font régulièrement appel aux services de l'établissement, des prestataires de services cliniques et d'autres membres de la main-d'œuvre ou des bénévoles);
 - L'équilibre nécessaire entre l'ajout de nouveaux membres qui apportent de nouveaux points de vue et la fidélisation des membres expérimentés qui ont un point de vue historique sur l'établissement afin de favoriser la continuité;
 - Sa structure de gouvernance, y compris le mécanisme qu'elle utilise pour créer les comités sous sa supervision afin d'offrir une expertise et des conseils approfondis sur des décisions complexes ou techniques précises qui relèvent de ses responsabilités de gouvernance.

L'instance de gouvernance identifie des stratégies axées sur ses objectifs concernant sa composition, même dans des circonstances difficiles. Par exemple, si l'instance de gouvernance a pourvu tous ses postes de membres avant d'avoir acquis les compétences et la diversité nécessaires, elle trouvera d'autres moyens de répondre aux objectifs et d'apporter l'expertise manquante aux discussions. Elle pourrait notamment recruter des membres supplémentaires qui occuperont des postes consultatifs, demander l'avis des conseils consultatifs des parties prenantes (p. ex., un ou plusieurs conseils consultatifs composés de membres ou de directeurs provenant de différents



groupes communautaires) et diversifier la composition des membres du comité. Sur certains territoires, la composition de l'instance de gouvernance peut relever du gouvernement. Dans ce cas-ci, l'instance de gouvernance collabore avec le gouvernement pour étayer le processus et y participer le plus possible (p. ex., pour soumettre des commentaires sur les compétences, la diversité, les perspectives et la structure nécessaires pour la gouvernance).

1.2.2 L'instance de gouvernance respecte des procédures transparentes fondées sur une approche d'équité, de diversité et d'inclusion quant à la gestion de ses membres et du président.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

La gestion des membres comprend la sélection, la nomination, le renouvellement ou le retrait des membres de l'instance de gouvernance. Les procédures de sélection des membres employées par l'instance de gouvernance sont divulguées ouvertement aux parties prenantes. L'instance de gouvernance encourage celles-ci, y compris les usagers et les personnes proches aidantes, à participer au recrutement des membres, y compris au recrutement du président, conformément aux objectifs de composition et à la taille de l'équipe de membres. Cette pratique favorisera la prise en compte des différents points de vue des parties prenantes et de la diversité de la communauté dans la composition de l'instance de gouvernance (p. ex., par rapport à l'âge, à l'identité de genre, et à l'origine ethnique). L'instance de gouvernance suit des procédures transparentes de renouvellement de mandat des membres conformément aux durées minimales et maximales établies et s'assure que la fin de mandat des membres soit conforme aux procédures établies. L'instance de gouvernance transmet les procédures de sélection et de renouvellement aux parties prenantes pour s'assurer qu'elle ne soit pas dirigée par des groupes d'intérêts spéciaux et pour s'assurer que son jugement ne soit pas biaisé en faveur ou au détriment d'une personne, d'un groupe ou d'une caractéristique (p. ex., envers l'âge, l'identité de genre et l'origine ethnique). Les procédures de sélection et de renouvellement des membres de l'instance de gouvernance sont conformes à la vision, à la mission et aux valeurs de l'établissement ainsi qu'aux lois, aux règlements et aux obligations contractuelles en la matière. Sur certains territoires, la sélection et le renouvellement des membres de l'instance de gouvernance relèvent du gouvernement. Dans ce cas-ci, l'instance de gouvernance collabore avec le gouvernement pour étayer le processus, favoriser sa transparence et y participer le plus possible.



1.2.3 L'instance de gouvernance dispose de règlements pour limiter les conflits d'intérêts entre les membres.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Un conflit d'intérêts survient lorsque l'instance de gouvernance ou les membres du comité ont des intérêts commerciaux ou personnels opposés qui occasionnent des difficultés à accomplir leurs tâches de gouvernance de façon indépendante. Il arrive parfois cependant qu'un conflit d'intérêts réel ou perçu soit inévitable (p. ex., si le membre de l'instance de gouvernance est le propriétaire, un usager, une personne proche aidante, un membre de la main-d'œuvre, un bénévole ou un partenaire externe). Lorsque cela se produit, l'instance de gouvernance suit une approche transparente qui lui permet d'identifier, de déclarer et de régler ou d'atténuer les conflits d'intérêts réels et perçus, au besoin et de façon continue. L'approche de gestion des conflits d'intérêts est harmonisée au code de conduite, aux principes d'éthique et aux valeurs de l'établissement. De cette façon, l'instance de gouvernance se protège des intérêts tendancieux et conserve son indépendance dans la réalisation de ses responsabilités de gouvernance.

1.2.4 L'instance de gouvernance crée au besoin des comités ayant un mandat particulier à un sujet pour s'acquitter de ses responsabilités.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Efficiencia** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Lorsque l'instance de gouvernance a besoin d'une expertise et de conseils approfondis afin de prendre des décisions concernant une question précise, complexe ou technique qui relève de sa compétence, elle peut créer un comité sur ce sujet (p. ex., un comité sur la qualité, la santé et la sécurité organisationnelle, les ressources humaines, les finances, les vérifications, l'éthique ou le risque). On appelle ce comité « sous-comité », « comité consultatif » ou « groupe de travail ». L'instance de gouvernance choisit les membres de chaque comité conformément aux objectifs relatifs à sa composition (p. ex., en fonction de l'objectif du comité et des domaines de prise de décision; des lois, des règlements et des obligations contractuelles en la matière; de la combinaison exigée de compétences et de points de vue au sein du comité, y compris des points de vue des usagers et des personnes proches aidantes). Les membres de l'instance de



gouvernance peuvent participer à un comité s'ils respectent les exigences du comité en matière d'adhésion. L'instance de gouvernance renouvelle la composition de ses comités à des fins d'objectivité et pour tenir compte des divers points de vue dans toutes les activités de gouvernance. L'instance de gouvernance veille à ce que chaque comité ait un mandat précis, un mandat et des exigences bien clairs en matière de production de rapports, y compris envers l'instance de gouvernance, conformément aux lois et aux règlements en la matière. L'instance de gouvernance supervise le travail de tous les comités afin d'assurer que ceux-ci s'acquittent de leurs responsabilités. De plus, elle passe en revue l'objectif de chaque comité régulièrement afin de prévenir la formation de comités inutiles ou inactifs. En fonction de leur finalité, les comités peuvent être permanents (c. à d. qu'ils sont actifs de façon continue) ou ad hoc (c.-à-d. qu'ils sont créés pour une période limitée). Sur certains territoires, les comités de l'instance de gouvernance peuvent relever du gouvernement. Dans ce cas-ci, l'instance de gouvernance collabore avec le gouvernement pour étayer le processus et y participer le plus possible.

1.2.5 L'instance de gouvernance établit ses responsabilités conformément aux obligations associées à son mandat.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

L'instance de gouvernance veille à ce que ses responsabilités, y compris ses rôles, soient établies en respect de ses obligations, en vertu des lois, des règlements et des ententes contractuelles en la matière, conformément à son mandat. Elle veille à ce que ses rôles et ses responsabilités soient harmonisés à la vision, à la mission et aux valeurs de l'établissement et qu'ils soient représentatifs du rôle de l'établissement dans la société. Le rôle de l'instance de gouvernance consiste à orienter l'établissement pour l'amener à réaliser sa vision, sa mission et faire vivre ses valeurs. L'instance de gouvernance est responsable d'orienter et de surveiller les fonctions de l'établissement, y compris la qualité et la sécurité, ainsi que les fonctions juridiques, financières, technologiques, et de pérennité. L'instance de gouvernance doit se tenir informée des activités de l'établissement et représenter ses intérêts. L'instance de gouvernance agit pour servir au mieux l'établissement et ses parties prenantes; elle veille notamment à la gestion financière et environnementale, à la santé et à la sécurité de l'établissement, aux résultats pour les usagers et à la santé à court et à long terme de la communauté. L'instance de gouvernance veille également à ce que les renseignements pertinents soient transmis en temps opportun et de façon transparente et coordonnée entre elle, ses comités, les gestionnaires de l'établissement et d'autres parties prenantes. De plus,



l'instance de gouvernance doit respecter le code de conduite de l'établissement; se conformer aux ententes de confidentialité de celui-ci; participer à l'orientation et à la formation continue; participer à l'autoévaluation et à son évaluation; et se préparer aux séances et y assister. L'instance de gouvernance doit bien préciser la façon dont les rôles et les responsabilités sont répartis entre l'instance de gouvernance et les gestionnaires de l'établissement. Il veille à ce que ses membres, ses comités, les gestionnaires de l'établissement et d'autres parties prenantes comprennent l'information sur les rôles et les responsabilités. Sur certains territoires, le gouvernement est responsable d'établir et de mettre à jour les rôles et les responsabilités de l'instance de gouvernance. Dans ce cas-ci, l'instance de gouvernance collabore avec le gouvernement pour étayer le processus et y participer le plus possible.

1.2.6 L'instance de gouvernance établit les responsabilités de chacun de ses membres, y compris celles du président.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Efficience** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Les rôles et les responsabilités de chaque membre de l'instance de gouvernance incluent les exigences en matière de présence, la durée des mandats et les limites. La durée des mandats est établie notamment par des règlements; si elle ne l'est pas, il faut l'établir et l'intégrer aux règlements administratifs. Les membres de l'instance de gouvernance peuvent recevoir ou non une compensation financière en échange de leurs services. Lorsqu'une compensation financière est offerte, l'instance de gouvernance veille à ce qu'elle soit versée de façon transparente et de façon à éviter qu'elle entraîne des conflits d'intérêts réels ou perçus et nuise à l'indépendance de ses membres. L'instance de gouvernance consigne les rôles et les responsabilités associés à chaque poste ou à chaque membre dans ses documents opérationnels (p. ex., dans son mandat ou dans les descriptions de poste individuelles). Elle veille à ce que les descriptions de poste soient rédigées à l'aide d'un langage neutre qui n'est pas biaisé en faveur ou au détriment d'une personne, d'un groupe ou d'une caractéristique (p. ex., envers l'âge, l'identité de genre, ou l'origine ethnique). Sur certains territoires, le gouvernement est responsable d'établir et de mettre à jour les rôles et les responsabilités des membres de l'instance de gouvernance, y compris de son président. Dans ce cas-ci, l'instance de gouvernance collabore avec le gouvernement pour étayer le processus et y participer le plus possible.

1.2.7 L'instance de gouvernance consigne sous forme de règlements administratifs les conditions opérationnelles exigées pour l'exercice de ses activités.



Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

L'instance de gouvernance consigne les conditions et les exigences opérationnelles. On appelle souvent ces documents « règlements administratifs », « charte » ou « constitution » de l'instance de gouvernance. Ils comprennent les codes, les politiques, les procédures, le mandat, les rôles et les responsabilités ainsi que d'autres exigences que doivent respecter les membres et l'instance de gouvernance dans son ensemble pour l'exercice de ses fonctions.

- 1.2.8 L'instance de gouvernance veille à ce que chaque membre reconnaisse par écrit ses responsabilités.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

L'instance de gouvernance exige à ses membres de reconnaître leurs rôles et leurs responsabilités individuelles ainsi que ceux de l'instance de gouvernance dans son ensemble. Cette déclaration peut être présentée sous forme de déclaration signée.

- 1.2.9 Les membres de l'instance de gouvernance respectent le code de conduite qui précise les comportements attendus de l'ensemble de la main-d'œuvre.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le code de conduite de l'établissement décrit les attentes minimales concernant les comportements de tous ceux qui travaillent au sein ou au nom de l'établissement. L'instance de gouvernance doit respecter les mêmes attentes comportementales que celles que l'on exige à la main-d'œuvre de l'établissement. Elle doit également respecter les politiques et procédures de l'établissement qui concernent ses membres à propos des mesures disciplinaires en cas de violations du code, notamment en ce qui concerne le signalement, l'enquête et à la résolution de ces violations. L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement communique le code de conduite aux parties prenantes.



1.2.10 L'instance de gouvernance respecte le calendrier des séances qu'il a établi.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Efficiencia** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'instance de gouvernance établit la fréquence de ses séances chaque année, y compris la fréquence des assemblées générales annuelles. Elle peut planifier des séances extraordinaires au besoin. L'instance de gouvernance établit également des exigences connexes relatives à la participation aux séances liées au quorum, aux présences virtuelles par audio ou par vidéoconférence, au processus de vote et plus encore. Elle fait part de son calendrier de séances à l'établissement et à ses parties prenantes.

1.2.11 L'instance de gouvernance veille à ce que ses membres soient en mesure d'accéder aux renseignements nécessaires avant les séances, en leur laissant suffisamment de temps pour se préparer et pour être en mesure de prendre des décisions éclairées.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Efficiencia** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

L'instance de gouvernance s'assure que les renseignements nécessaires pour les séances sont rédigés et distribués de façon accessible pour tous les membres. Elle peut notamment fournir une explication des abréviations, mettre à disposition les renseignements sous format électronique et papier et les diffuser dans des langues et dans un niveau d'alphabétisation accessibles pour tous les membres. Dans ses documents opérationnels (p. ex., dans le mandat), l'instance de gouvernance indique le temps dont les membres auront besoin pour passer en revue les renseignements avant les séances afin qu'ils arrivent préparés. L'instance de gouvernance veille au respect de cette exigence quant à la durée.

1.2.12 L'instance de gouvernance fournit une orientation facilitant l'intégration des nouveaux membres.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Efficiencia** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils



L'instance de gouvernance intègre les renseignements suivants dans l'orientation :

- Le type de gouvernance de l'établissement, y compris la façon dont l'instance de gouvernance collabore avec le gouvernement et avec d'autres parties prenantes responsables d'une ou de plusieurs activités de gouvernance de l'établissement;
- Les lois, les règlements et les obligations contractuelles en la matière et auxquels l'instance de gouvernance et l'établissement sont tenus de se conformer;
- La composition de l'instance de gouvernance et les documents opérationnels indiquant ses rôles, ses responsabilités, ses mandats, ses règlements administratifs, ses politiques et ses procédures ainsi que les calendriers et les protocoles de séances (p. ex., la reconnaissance des territoires, les présentations);
- La mission, la vision, les valeurs, les principes d'éthique et le code de conduite de l'établissement;
- Les priorités de l'établissement, y compris celles liées à la santé et à la sécurité organisationnelle; à l'approche de soins centrés sur la personne; à l'équité, à la diversité et à l'inclusion; à la lutte contre le racisme et à la sécurisation culturelle; à son plan stratégique; et à sa performance et à ses progrès actuels vers l'atteinte de ses objectifs stratégiques;
- Les gestionnaires de l'établissement, la main-d'œuvre, les bénévoles, les usagers, les personnes proches aidantes, les divers groupes de la communauté, les partenaires externes et d'autres parties prenantes;
- Les environnements opérationnels internes et externes de l'établissement.

1.2.13 L'instance de gouvernance offre une formation continue sur la gouvernance à ses membres.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'instance de gouvernance offre une formation continue pour aider ses membres à maintenir ou à améliorer leurs compétences et à mieux comprendre l'établissement, son secteur d'activité et ses pratiques de gouvernance. Cette formation aide les membres à respecter les exigences associées à leurs rôles et leurs responsabilités au sein de l'instance de gouvernance. La formation peut être offerte à l'intention des membres individuellement ou à l'intention de l'instance de gouvernance dans son ensemble. Cette formation peut porter sur les sujets suivants:

- La vigie de la qualité et de la sécurité des services cliniques;



- La santé et la sécurité organisationnelle (y compris la sécurité physique, psychologique et culturelle des usagers, de la main-d'œuvre, des bénévoles et des autres membres de l'établissement);
- La gestion des risques;
- L'amélioration de la qualité;
- La prise de décisions éclairées par des données probantes;
- La mission, la vision, les valeurs et les principes d'éthique de l'établissement;
- Les responsabilités juridiques et financières de l'instance de gouvernance;
- Les soins centrés sur la personne;
- La lutte contre le racisme et la sécurisation culturelle et l'humilité;
- L'équité, la diversité et l'inclusion;
- et d'autres sujets pertinents.

Les membres de l'instance de gouvernance reçoivent une formation continue pertinente. La formation peut être offerte lors des séances ordinaires, notamment lors de conférences ou de présentations des gestionnaires de l'établissement; dans le cadre d'une retraite annuelle et d'activités de consolidation d'équipe; ou pendant d'autres séances de formation comme un congrès ou des cours.

1.2.14 L'instance de gouvernance met en œuvre son cadre décisionnel en matière de gouvernance.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Efficiencia** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le cadre décisionnel de l'instance de gouvernance précise l'approche et les mécanismes normalisés (p. ex., les critères, les lignes directrices, les plans et les procédures) à adopter par l'instance de gouvernance pour prendre des décisions liées à ses responsabilités de gouvernance. Le cadre est conforme à la vision, à la mission et aux valeurs de l'établissement et favorise le succès et la pérennité de l'établissement, à court et à long terme. L'instance de gouvernance peut développer son cadre en collaboration avec les parties prenantes ou l'adopter à partir de cadres existants. À titre d'exemple, sur certains territoires, le gouvernement élabore ou recommande un cadre décisionnel en matière de gouvernance qui est adapté au contexte local et qui est conforme aux lois, aux règlements et aux obligations contractuelles en la matière. Voici les caractéristiques essentielles du cadre décisionnel de l'instance de gouvernance :

- Il est fondé sur les exigences opérationnelles de l'instance de gouvernance (p. ex., sur les règlements administratifs);
- Il comprend des mécanismes précis pour l'identification des priorités;



- Il a pour objectif de maximiser la valeur pour les usagers, les personnes proches aidantes, la communauté et les autres parties prenantes;
- Il tient compte de divers facteurs (p. ex., de l'expérience et des résultats de l'utilisateur, des résultats pour la santé de la population, de l'équité en matière de santé, de la santé et de la sécurité organisationnelle, de la santé environnementale et des impacts financiers);
- Il est fondé sur des données probantes (c.-à-d. sur des recherches, des opinions d'experts, des expériences vécues, des connaissances culturelles et des pratiques optimales) et sur les principes de l'apprentissage réfléchi, l'amélioration continue de la qualité et l'innovation;
- Il comprend un processus précis et transparent pour l'adoption de décisions (p. ex., si le processus est fondé sur le consensus, on formule une définition claire du consensus et on la transmet aux parties prenantes);
- Il est équitable, juste et conforme aux principes d'éthique et aux valeurs de l'établissement;
- Il favorise une participation égale ainsi que la communication et la discussion ouvertes et respectueuses de divers points de vue;
- Il comprend des mécanismes précis pour veiller à ce que l'instance de gouvernance soit indépendante de l'établissement (p. ex., des politiques axées sur la résolution des conflits d'intérêts liés aux responsabilités juridiques, fiduciaires et sociales de l'instance de gouvernance);
- Il veille à ce que les membres puissent accéder aux renseignements dont ils ont besoin pour étayer leurs discussions et leur prise de décisions.

Afin de prendre des décisions en collaboration avec les parties prenantes (p. ex., avec le gouvernement, les bailleurs de fonds, les groupes communautaires et d'autres établissements de santé et de services sociaux), l'instance de gouvernance veille à ce que toutes les personnes concernées suivent les pratiques liées à la prise de décisions d'ordres éthiques, de façon transparente et conformément au cadre décisionnel de l'instance de gouvernance en matière de gouvernance. L'instance de gouvernance évalue régulièrement le cadre décisionnel et assure sa mise à jour au besoin.

1.3 Vigie des activités

1.3.1 L'instance de gouvernance veille de près sur les fonctions opérationnelles nécessitant une vigie.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils



L'instance de gouvernance identifie et assure le suivi des fonctions opérationnelles qui nécessitent une vigie de sa part. Cela en fonction de ses rôles et de ses responsabilités établis ainsi qu'en fonction des lois, des règlements et des obligations contractuelles en la matière. L'instance de gouvernance pourrait devoir assurer le suivi des fonctions opérationnelles telles que la qualité et sécurité des soins, y compris l'amélioration de la qualité; la santé et la sécurité de l'établissement; la conformité juridique, réglementaire et contractuelle; la gestion financière et des risques; les technologies de l'information; la gestion des ressources humaines; et la pérennité de l'établissement. L'instance de gouvernance assure la vigie de ces fonctions opérationnelles, par exemple, en discutant régulièrement de ces sujets lors des séances et en recevant régulièrement des mises à jour sur les activités de l'établissement par l'entremise des gestionnaires de l'établissement. Ces séances permettent aussi à la direction de l'établissement de demander conseil à l'instance de gouvernance. En fonction de la taille et de la structure de l'instance de gouvernance, le suivi des fonctions opérationnelles peut être effectué par celle-ci dans son ensemble ou par l'un de ses comités.

- 1.3.2 L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement dispose de politiques et de procédures efficaces liées aux fonctions et aux domaines sous sa responsabilité.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Efficiencia** | Méthodes d'évaluation:
Attestation

- 1.3.3 L'instance de gouvernance applique le cadre de responsabilisation pour veiller à sa bonne gestion et au respect de ses responsabilités envers ses parties prenantes.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Efficiencia** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Un cadre de responsabilisation précise l'approche et les mécanismes éclairés par des données probantes (p. ex., les critères, les lignes directrices, les plans et les procédures) dont peut s'inspirer l'instance de gouvernance afin de mettre en place des attentes par rapport à une gestion organisationnelle optimale. L'instance de gouvernance s'inspire du cadre pour superviser et guider la réalisation des objectifs stratégiques de l'établissement et pour définir les responsabilités de l'établissement envers ses parties prenantes, y compris envers la main-d'œuvre, les bénévoles, les usagers et les personnes proches aidantes. Le code de conduite est harmonisé au cadre de valeurs et



aux principes d'éthique de l'établissement. L'instance de gouvernance peut développer son cadre en collaboration avec les parties prenantes ou l'adopter à partir de cadres existants.

- 1.3.4 L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement dispose de politiques et de procédures efficaces pour encadrer les activités de recherche, y compris une politique de recherche tenant compte d'une approche de soins centrés sur la personne.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Si l'établissement mène une recherche ou y participe, l'instance de gouvernance veille à ce que celui-ci dispose de politiques et de procédures qui s'appliquent à ses activités de recherche. Les politiques et les procédures sont conformes aux principes de soins centrés sur la personne, aux principes d'éthique et aux valeurs de l'établissement ainsi qu'aux principes d'éthique en recherche qui respectent les droits de l'utilisateur et de la communauté et qui se conforment aux lois, aux règlements et aux obligations contractuelles en la matière. Une pratique de recherche tenant compte d'une approche de soins centrés sur la personne exige de s'associer avec les usagers et les personnes proches aidantes pour entreprendre les processus de recherche. L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement offre, aux usagers et aux personnes proches aidantes, la possibilité de participer au continuum des activités de recherche (p. ex., à la conception des projets de recherches; au choix des questions de recherche; à la préparation des sondages; aux décisions relatives aux méthodes de collecte de données; et à l'application des connaissances pour le bien-être des usagers, des personnes proches aidantes et de la communauté). Les politiques de recherche de l'établissement favorisent la recherche tenant compte d'une approche de soins centrés sur la personne et contiennent des conseils sur la façon d'y parvenir. L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement tienne compte des risques associés aux activités de recherche.

- 1.3.5 L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement maximise la valeur ajoutée pour ses parties prenantes.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils



L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement collabore avec les usagers et les personnes proches aidantes ainsi qu'avec la communauté et les autres parties prenantes pour établir le concept de valeur ajoutée par rapport aux avantages liés à l'expérience vécue par l'utilisateur et aux résultats pour la santé de la population. Cela, tout en tenant compte des avantages pour la santé et sécurité de l'établissement, les impacts financiers et les perspectives de gestion écoresponsable. La définition de la valeur ajoutée varie d'un établissement à l'autre. L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement maximise la valeur ajoutée en surveillant les indicateurs, notamment les indicateurs de résultats signalés par les usagers; les indicateurs liés aux expériences rapportées par les usagers; les indicateurs de satisfaction et les commentaires des usagers, des bénévoles et de la main-d'œuvre; les indicateurs liés à la gestion des ressources humaines et financières; et les indicateurs de l'état de santé de la population, y compris les indicateurs propres à différents groupes de la communauté. Ces résultats permettent à l'instance de gouvernance de guider l'établissement afin de l'orienter dans sa prise de décisions qui maximisent la valeur ajoutée pour les usagers, les personnes proches aidantes, la communauté et les autres parties prenantes.

1.3.6 L'instance de gouvernance passe en revue régulièrement les indicateurs de performance organisationnelle, y compris ceux liés à la qualité et à la sécurité.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Efficiences** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'instance de gouvernance et les gestionnaires de l'établissement sélectionnent des indicateurs de processus et de résultats pour évaluer la performance de l'établissement. Ensemble, ils veillent à ce que les indicateurs sélectionnés soient pertinents et veillent à l'atteinte des résultats découlant des objectifs stratégiques, y compris ceux liés à la qualité et à la sécurité. Ils veillent à ce que les indicateurs soient harmonisés aux priorités et aux exigences de l'établissement et à ceux du réseau de la santé et des services sociaux, y compris ceux liés à la qualité et à la sécurité, lesquels englobent, comme défini, la sécurité physique, psychologique et culturelle. L'instance de gouvernance comprend très bien comment les indicateurs sélectionnés sont élaborés, calculés et évalués. L'instance de gouvernance choisit les indicateurs qu'elle suivra régulièrement, en fonction des priorités et des exigences de l'établissement et du réseau de la santé et des services sociaux. Ce processus permet à l'instance de gouvernance d'examiner un nombre réaliste d'indicateurs pertinents desquels l'établissement devra faire rapport régulièrement. L'instance de gouvernance et les gestionnaires de l'établissement établissent la méthode et la fréquence relatives à la revue des indicateurs. Par exemple, l'instance de gouvernance peut mettre sur pied un comité qui se réunira tous les trimestres afin de passer en revue les indicateurs. Le comité peut se



servir d'outils comme de fiches de performance (p. ex., d'une carte de pointage équilibrée) qui intégrera les mesures de performance organisationnelle, le suivi des objectifs stratégiques, de même que des activités d'amélioration de la qualité. L'instance de gouvernance passera en revue les données actuelles de performance et suivra leur progression, les comparera à d'autres établissements similaires et identifiera les lacunes. Elle veille à ce que l'établissement identifie les possibilités d'amélioration, les priorités et les projets d'amélioration de la qualité afin de remédier aux problèmes liés à la performance.

1.3.7 L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement se serve de la rétroaction des usagers pour améliorer la qualité de ses soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement recueille des commentaires sur l'expérience vécue par l'utilisateur et sur la satisfaction de ce dernier afin d'évaluer et d'améliorer ses soins et services. L'expérience vécue par l'utilisateur comprend toutes les interactions des usagers et des personnes proches aidantes avec l'établissement, et ce, tout au long du parcours de la trajectoire de soins et de services. Elle englobe aussi les soins fournis et les interactions avec les prestataires de services et celle de l'utilisateur à titre de membre à part entière de l'équipe soignante. L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement recherche et encourage la rétroaction des usagers et des personnes proches aidantes (c.-à-d. une rétroaction diversifiée et à l'image de la communauté desservie). Il est à la fois essentiel et positif de recueillir des commentaires sur l'expérience des usagers et des personnes proches aidantes; cela permet de savoir si les étapes et les processus établis se déroulent au bon moment et se font par la bonne personne. L'établissement se sert aussi de ces données pour élaborer un cadre de référence pour les évaluations futures et pour connaître les points forts et ceux à améliorer. Les données sur la satisfaction des usagers permettent connaître le niveau de satisfaction de ces derniers. Ces données varient d'un usager à l'autre, chacun ayant ses propres attentes en matière de soins. L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement recueille et utilise les renseignements sur la satisfaction de l'utilisateur pour évaluer l'efficacité des communications de l'établissement avec les usagers et les personnes proches aidantes tout au long de la trajectoire de soins. La compréhension de l'expérience vécue par l'utilisateur et de la satisfaction des usagers constitue un volet essentiel pour réaliser l'objectif d'adhérer à une approche de soins centrés sur la personne. L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement s'inspire de ses conclusions pour étayer sa planification de l'amélioration de la qualité.



- 1.3.8 L'instance de gouvernance examine régulièrement les progrès réalisés par l'établissement par rapport aux objectifs de son plan intégré d'amélioration de la qualité.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Efficiencia** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

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 de performance, y compris le suivi des objectifs stratégiques; des soins centrés sur la personne; de la sécurité des usagers; de la santé et sécurité au travail; de la gestion écoresponsable et de l'amélioration de la qualité. Le plan reconnaît l'interdépendance de ces activités et le fait qu'elles doivent être coordonnées. L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement collabore avec la main-d'œuvre, les bénévoles, les usagers et les personnes proches aidantes à l'élaboration, la revue, la vigie et la mise à jour du plan intégré d'amélioration de la qualité, et à ce que le plan appuie la mise en œuvre d'approches novatrices afin d'améliorer les soins et la prestation des soins et services. L'instance de gouvernance passe en revue les renseignements fournis par l'établissement concernant les progrès réalisés par rapport aux projets d'amélioration de la qualité. Pour ce faire, il utilise des outils, notamment des fiches-résultats équilibrées, qui permettent d'harmoniser les mesures de performance et les activités d'amélioration de la qualité de l'établissement avec les objectifs stratégiques. L'établissement peut également fournir, à l'instance de gouvernance, des données sur la qualité et la performance des programmes, des services et des équipes en particulier; sur les systèmes et les processus internes; ainsi que sur l'expérience et la rétroaction des usagers, des personnes proches aidantes, de la main-d'œuvre et des bénévoles. L'instance de gouvernance peut se servir de ces outils pour assurer la vigie des progrès réalisés par rapport aux objectifs de performance et d'amélioration de la qualité dans l'ensemble de l'établissement.

- 1.3.9 L'instance de gouvernance s'assure d'être informée des risques organisationnels, en temps opportun.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Efficiencia** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'instance de gouvernance peut avoir des exigences particulières relatives à la déclaration des risques de l'établissement afin d'être informée des risques en temps opportun et des plans d'intervention et des mesures d'atténuation des risques. Par exemple, l'instance de gouvernance peut avoir des exigences précises quant au



signalement des risques au palier supérieur ainsi que sur la méthode et la rapidité de transmission. L'établissement peut être tenu d'effectuer rapidement un rapport sur les risques dont les probabilités d'occurrence ou de gravité sont élevées afin que l'instance de gouvernance puisse assurer la gestion et le contrôle en temps opportun. L'instance de gouvernance passe en revue les rapports de l'établissement sur les risques réels et potentiels auxquels l'établissement est confronté et guide ce dernier afin qu'il applique une approche intégrée dans sa planification de la gestion des risques. L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement identifie et gère ses risques opérationnels et cliniques en tenant compte de l'ensemble de l'établissement, et de façon continue, proactive et systématique afin de réduire le plus possible ces risques. Les risques opérationnels peuvent être liés aux éléments suivants : les ressources humaines, financières et matérielles; le budget; la planification des immobilisations; les biens et l'infrastructure physique; la réputation; l'octroi de titres professionnels et de permis de pratique; la concurrence; la protection en matière de responsabilité et d'assurance; la gouvernance organisationnelle; la santé et la sécurité de l'établissement; les services confiés par contrat; la recherche et l'innovation; le respect des normes, des politiques ou des lois; l'environnement politique; les systèmes et la sécurité de l'information; la confidentialité des données et la gestion des accès; la conservation et la destruction des données; la gestion des contrats; et la gestion des situations d'urgence et des sinistres, y compris de pandémies. Les risques cliniques liés à la prestation de soins sûrs et de qualité (p. ex., à la sécurité clinique; à l'élaboration du bilan comparatif des médicaments; à l'équipement, aux appareils et aux instruments médicaux; à la prévention et au contrôle des infections; et aux examens de laboratoire).

1.3.10 L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement dispose d'une stratégie complète de continuité des activités afin de réduire le plus possible les interruptions de service.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Efficiences** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

L'établissement utilise l'approche de continuité des activités en matière de prévention et de reprise des activités à la suite de circonstances potentiellement perturbatrices. Cela afin de réduire le plus possible les interruptions de service et de veiller à la continuité des activités. Le plan de continuité des activités est fondé sur les résultats d'évaluation des conséquences possibles liées aux interruptions des activités et des services de l'établissement (aussi connu sous le nom d'« analyse d'incidence sur les activités »). Il définit les fonctions et les applications essentielles, les besoins en ressources connexes et les interdépendances. L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement



adopte une stratégie de continuité des activités qui s'applique à diverses circonstances, y compris en matière de planification de la continuité des activités en cas de situations d'urgence et de sinistres; pour assurer la pérennité; pour faire face aux changements des besoins de la communauté et pour les autres risques organisationnels importants qui ont été identifiés dans la planification de gestion des risques de l'établissement. La stratégie prévoit la planification de l'accès et de la poursuite des activités des systèmes et des services publics essentiels (c.-à-d. les activités des infrastructures essentielles, y compris des infrastructures de l'eau, de l'électricité, des technologies clés et de l'équipement). Cette stratégie comprend également le développement et le maintien de relations avec d'autres établissements et services de la communauté et du territoire concernés à des fins d'intervention conjointe en cas de perturbation des activités. L'instance de gouvernance passe en revue et met à jour la stratégie de continuité des activités dans le cadre des processus d'apprentissage et d'amélioration continus. Un volet important de la continuité des activités consiste à effectuer la planification nécessaire pour assurer sécurité de la main-d'œuvre et des bénévoles et pour s'assurer qu'ils travaillent efficacement dans différentes circonstances. Par conséquent, l'instance de gouvernance veille à ce que la stratégie de continuité des activités de l'établissement soit harmonisée à la stratégie de gestion des ressources humaines de l'établissement.

1.3.11 L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement dispose d'une approche stratégique en matière de gestion des ressources humaines.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthodes d'évaluation : **Attestation**

Conseils

L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement l'informe des risques auxquels il est confronté et des possibilités d'amélioration liés aux ressources humaines. Cela permet de gérer correctement les risques et les points à améliorer de façon à assurer la sécurité et l'efficacité de la main-d'œuvre. L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement élabore et revoie régulièrement (au moins une fois par an) sa stratégie en matière de gestion des ressources humaines en collaboration avec la main-d'œuvre. L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement dispose d'une stratégie en matière de gestion des ressources humaines qui possède les caractéristiques suivantes:

- Aborde le recrutement de ses bénévoles et des membres de sa main-d'œuvre;
- Comprend des programmes de santé et de sécurité axés sur la prise en charge de la santé physique, psychologique et culturelle et de la sécurité de sa main-d'œuvre et de ses bénévoles;
- Comprend des systèmes de gestion des talents qui permettent de gérer et d'améliorer la performance de la main-d'œuvre, d'encourager le perfectionnement



professionnel, de développer les compétences de la main-d'œuvre, d'encourager la rétention de la main-d'œuvre et d'appuyer la planification de la relève;

- Réflète les commentaires des usagers et des personnes proches aidantes concernant les caractéristiques, les compétences et les valeurs centrées sur la personne qui devraient être incarnées par tous les membres de la main-d'œuvre de l'établissement;
- Représente une approche axée sur l'équité, la diversité et l'inclusion. Par exemple, la stratégie comprend notamment des procédures de recrutement et de sélection équitables et éclairées par des données probantes. Ces procédures comprennent des étapes qui visent à éviter les préjugés inconscients en faveur ou au détriment d'une personne, d'un groupe ou d'une caractéristique (p. ex., envers l'âge, l'identité de genre, ou l'origine ethnique) et à former une main-d'œuvre organisationnelle à l'image des populations et des groupes diversifiés qui composent la communauté faisant appel aux services de l'établissement;
- Comprend des procédures de planification de la relève pour renforcer les capacités de divers membres de la main-d'œuvre à pourvoir des postes essentiels et de direction par l'éducation, la formation, l'accompagnement, la rotation des postes de travail et le mentorat;
- Veille à ce que le modèle de rémunération financière qui s'applique à sa main-d'œuvre, y compris aux membres de la haute direction, soit fondé sur des lois, des règlements et des obligations contractuelles en la matière (le modèle de rémunération est passé en revue et mis à jour régulièrement, et tient compte des contraintes et des risques liés à l'emploi, de l'équité salariale, du marché du travail, des augmentations du coût de la vie, des primes, des avantages sociaux et des indemnités);
- Comprend des processus d'apprentissage et d'amélioration continus.

L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement dispose d'une structure organisationnelle qui appuie sa stratégie en matière de gestion des ressources humaines. Elle veille à ce que l'établissement harmonise sa stratégie en matière de gestion des ressources humaines à la planification de la continuité des activités de l'établissement, que ce soit en période de perturbations ou dans le cadre d'une planification à long terme. La gestion efficace des talents contribue à la continuité des activités. Par exemple, elle peut consister à réduire le plus possible les répercussions du départ d'un cadre supérieur ou d'un membre important de la main-d'œuvre qui exerce des fonctions opérationnelles en préparant les candidats internes à remplacer ces employés.

1.3.12 L'instance de gouvernance démontre qu'elle assume ses responsabilités par rapport à la qualité des soins et services offerts par l'établissement.

POR



Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Conseils du test de conformité 1.3.12.1 :

Le cadre adopté s'inspire de cadres existants dans d'autres territoires de compétences, par exemple, le Cadre canadien sur la qualité des soins et la sécurité des patients. Il comprend une approche normalisée que l'instance de gouvernance utilise pour agir à l'égard de la qualité. Le cadre est adapté aux personnes et aux communautés recevant des soins et services de l'établissement.

Conseils du test de conformité 1.3.12.2 :

La formation et l'apprentissage continu aident les membres de l'instance de gouvernance à comprendre la nécessité d'intégrer la qualité à la prestation de ses services.

La formation et l'apprentissage continu peuvent prendre plusieurs formes. La formation et l'apprentissage continu peuvent regrouper la formation pédagogique ou en ligne, l'engagement communautaire et la pratique réflexive afin d'accroître les connaissances et les compétences. L'instance de gouvernance a recours aux ressources à sa disposition pour offrir cette formation et cet apprentissage continu.

Conseils du test de conformité 1.3.12.3 :

L'instance de gouvernance fixe des objectifs de rendement pour les membres de la haute direction de l'établissement sous son autorité directe, et procède à l'évaluation de ces objectifs. Ainsi, l'instance de gouvernance peut tenir les membres de la haute direction responsables de l'atteinte des objectifs fixés pour la qualité des soins et services et des indicateurs de qualité associés. La surveillance des objectifs de rendement des membres de la haute direction sera accomplie sur une base continue par l'instance de gouvernance, qui devra en outre formuler des commentaires constructifs et utiles sur leur rendement.

Conseils du test de conformité 1.3.12.4 :

Le plan d'action repose sur une approche collaborative comprenant les usagers, les partenaires externes et la main-d'œuvre de l'établissement. Le plan d'action énonce les thèmes et les priorités à l'égard desquels l'établissement souhaite agir, les activités, les rôles et les responsabilités des personnes concernées et la façon dont l'établissement évaluera le changement. Le plan d'action d'une instance de gouvernance doit inclure les éléments mis de l'avant dans le cadre reconnu choisi.

Conseils du test de conformité 1.3.12.5 :



L'instance de gouvernance démontre un intérêt clair pour la qualité des soins et services en l'inscrivant comme point récurrent à l'ordre du jour des séances courantes et en s'assurant de consacrer suffisamment de temps à l'analyse et à la discussion du plan d'action de l'établissement pour agir à l'égard de la qualité des soins et services.

Les discussions doivent être appuyées par des données sur les indicateurs qui comprennent les commentaires de plusieurs parties prenantes, notamment les usagers, les personnes proches aidantes et les partenaires externes. Les indicateurs de qualité clés servant à évaluer la qualité à l'échelle de l'établissement (c.-à-d., les indicateurs « d'ensemble ») aideront à répondre aux questions « à quoi ressemble la qualité des soins et services ? » et « comment prendre acte de l'amélioration de la qualité ? ».

Voici des exemples d'indicateurs d'ensemble :

- Nombre d'usagers ayant subi un préjudice;
- Nombre de plaintes d'usagers;
- Accessibilité aux soins et services en temps opportun;
- Qualité de vie au travail selon la main-d'œuvre, y compris les indicateurs d'engagement, de maintien en poste et de satisfaction au travail pouvant influencer les capacités cliniques de l'établissement en matière de ressources humaines;
- Résultats du sondage sur l'expérience vécue par l'utilisateur.

Test(s) de conformité

- 1.3.12.1 L'instance de gouvernance applique un cadre reconnu pour orienter les activités liées à la qualité des soins et services offerts par l'établissement.
- 1.3.12.2 L'instance de gouvernance offre à ses membres de la formation et de l'apprentissage continu sur le thème de la qualité des soins et services – cadre conceptuel de la qualité, principes essentiels de la qualité, indicateurs de qualité clés.
- 1.3.12.3 L'instance de gouvernance s'assure que les hauts dirigeants de l'établissement sous son autorité directe tiennent compte de la qualité des soins et services dans leurs objectifs de rendement.



1.3.12.4 L'instance de gouvernance s'assure que l'établissement dispose d'un plan d'action pour agir à l'égard de la qualité des soins et services.

1.3.12.5 La qualité des soins et services figure comme point récurrent à l'ordre du jour des séances courantes de l'instance de gouvernance lorsque celles-ci se penchent sur le plan d'action de l'établissement.

1.3.13 L'instance de gouvernance veille à établir les responsabilités des membres de la haute direction.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Efficiences** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

L'instance de gouvernance veille à établir et à mettre à jour les rôles et les responsabilités des membres de la haute direction, conformément aux lois, aux règlements et aux obligations contractuelles en la matière. L'instance de gouvernance demande l'avis des membres de la haute direction pour étayer et passer en revue les rôles et les responsabilités. L'instance de gouvernance décrit les rôles et les responsabilités des membres de la haute direction dans une description du poste. Elle veille à ce que les descriptions de poste soient rédigées dans un langage neutre qui n'est pas biaisé en faveur ou au détriment d'une personne, d'un groupe ou d'une caractéristique (p. ex., par rapport à l'âge, à l'identité de genre, ou à l'origine ethnique). La description du poste précise la répartition des rôles et des responsabilités entre les membres de la haute direction et l'instance de gouvernance. Elle comprend les responsabilités des membres de la haute direction envers l'instance de gouvernance et les parties prenantes de l'établissement (p. ex., envers les usagers, les personnes proches aidantes, la main-d'œuvre, les bénévoles, les groupes communautaires, les partenaires externes) pour veiller à la qualité et à la sécurité des services offerts par l'établissement; pour favoriser les progrès liés aux soins centrés sur la personne offerts par l'établissement et le réseau de la santé et des services sociaux; et pour diriger la main-d'œuvre afin qu'elle concrétise la vision, la mission et les valeurs de l'établissement. Sur certains territoires, le gouvernement peut établir les rôles et les responsabilités des membres de la haute direction. Dans ce cas-ci, l'instance de gouvernance fournit des commentaires sur l'établissement, revoit et assure la mise à jour des rôles et des responsabilités et participe le plus possible à ces processus.



- 1.3.14 L'instance de gouvernance évalue régulièrement le rendement des membres de la haute direction en se référant à des objectifs mesurables préétablis.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Efficiences** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Pour veiller à ce que les membres de la haute direction accomplissent les rôles et les responsabilités qui ont été établis, l'instance de gouvernance évalue le rendement des membres de la haute direction par rapport aux objectifs de performance fixés. Ces membres sont imputables de la performance de l'établissement dans les domaines de la qualité et de la sécurité. L'instance de gouvernance veille à ce que les objectifs de rendement des membres de la haute direction soient liés aux objectifs stratégiques de l'établissement et reflètent le mandat et le rôle de l'établissement dans le système de santé et dans la société, y compris en ce qui concerne la promotion des soins centrés sur la personne. Les objectifs sont conformes aux lois, aux règlements et aux obligations contractuelles en la matière. L'instance de gouvernance fixe les objectifs de rendement en collaboration avec les membres de la haute direction et les revoit régulièrement (p. ex., annuellement). L'instance de gouvernance demande à l'équipe de direction de donner des commentaires sur le rendement des membres de la haute direction, y compris au président-directeur général et au président-directeur général adjoint, et sollicite les commentaires des parties prenantes, y compris des usagers, des personnes proches aidantes, de la main-d'œuvre, des bénévoles, des organismes communautaires et des partenaires externes (p. ex., au moyen d'évaluation occasionnelle tous azimuts). En cas d'inquiétudes au sujet du rendement des membres de la haute direction ou si l'instance de gouvernance le juge approprié, elle peut effectuer des évaluations plus fréquemment. Sur certains territoires, la haute direction peuvent relever du gouvernement plutôt que de l'instance de gouvernance. Dans ce cas-ci, l'instance de gouvernance collabore étroitement avec les représentants du gouvernement pour établir les objectifs de rendement des membres de la haute direction et effectuer leur évaluation de ce rendement.

- 1.3.15 L'instance de gouvernance appuie et examine régulièrement le plan de perfectionnement professionnel continu des membres de la haute direction.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils



L'instance de gouvernance soutient le perfectionnement professionnel des membres de la haute direction en l'aidant à consacrer du temps aux activités précisées dans son plan de perfectionnement professionnel et à la budgétisation des fonds à cette fin. L'instance de gouvernance peut suggérer aux membres de la haute direction, des possibilités de perfectionnement professionnel qui permettront à ce cadre d'améliorer ses compétences (p. ex., d'acquérir des connaissances propres au sujet, des compétences en leadership ou des compétences culturelles) identifiées dans le cadre des évaluations de rendement.

- 1.3.16 L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement mette en place des procédures pour vérifier les profils de compétences de sa main-d'œuvre devant posséder un titre professionnel ou un permis de pratique.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

L'agrément consiste à évaluer et à vérifier les profils de compétences dont ont besoin les membres de la main-d'œuvre pour exercer leurs rôles, conformément à la stratégie de gestion des ressources humaines. Par exemple, les profils de compétences des prestataires de services cliniques doivent comprendre la formation et les compétences cliniques nécessaires ainsi que les compétences liées au partenariat avec les usagers; à la gestion des conflits; à la lutte contre le racisme; à la sécurisation culturelle et à l'humilité; et au maintien des droits des usagers de recevoir des soins sécuritaires, fiables, intégrés et centrés sur la personne. Sur certains territoires, l'agrément peut relever du gouvernement. Dans ce cas-ci, l'instance de gouvernance collabore avec le gouvernement pour étayer le processus et y participer le plus possible.

- 1.3.17 L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement mette en œuvre les procédures nécessaires pour l'octroi des privilèges de pratique des prestataires de services cliniques concernés.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Certains prestataires de services cliniques qui ne sont pas à l'emploi d'un établissement ont besoin d'autorisations, ci-appelées privilèges, afin de prodiguer des soins aux usagers, soins dont la portée et le contenu sont établis. L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement mette en place et adhère aux procédures en vigueur pour la gestion des privilèges, notamment pour l'octroi, la révision et le renouvellement ou le retrait des privilèges. Selon l'établissement et le domaine de compétence, les privilèges sont accordés par un comité (p. ex., par un comité médical consultatif), par une



personne (p. ex., par un médecin en chef) travaillant au sein de l'établissement ou par un établissement ou un gouvernement compétent. Peu importe l'emplacement de l'établissement de réglementation responsable d'accorder des privilèges, l'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement suive ses procédures consignées relatives à l'octroi et à la gestion des privilèges. Ces procédures précisent les mesures à prendre pour évaluer les profils de compétences du prestataire de services cliniques. Elles visent également à accorder les privilèges appropriés et conformes au mandat et à la gamme des services offerts par l'établissement. Ces procédures sont suivies par les prestataires qui ont l'obligation de prodiguer des soins sécuritaires. Les privilèges accordés aux prestataires de services cliniques peuvent s'appliquer de façon générale à leur pratique au sein de l'établissement, et peuvent être propres aux services ou aux procédures offerts par les prestataires de soins de santé. Ils peuvent aussi être propres au contexte dans lequel ces prestataires offrent leurs services. L'instance de gouvernance veille à ce que les procédures utilisées par l'établissement pour octroyer les privilèges de pratiques précisent les conditions dans lesquelles les prestataires de services cliniques peuvent demander l'obtention de privilèges supplémentaires, et les conditions dans lesquelles les privilèges d'un prestataire de services cliniques peuvent être annulés ou restreints (p. ex., à des fins de conformité avec les plans de prestation de services et de répartition des ressources de l'établissement ou en raison de problèmes de performance qui ont été identifiés). Les procédures comprennent les étapes du renouvellement, de l'ajout ou de la modification des privilèges. Les procédures précisent également les délais établis pour l'examen et le renouvellement des privilèges, et elles sont inspirées des résultats obtenus dans le cadre des évaluations de rendement, le cas échéant.

- 1.3.18 L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement mette en place des procédures pour évaluer le rendement des professionnels de santé à qui sont octroyés des privilèges de pratiques.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Le rendement est axé sur leurs activités de maintien des compétences et de développement professionnel ainsi que leurs rôles et responsabilités définis par leurs privilèges de pratiques. L'instance de gouvernance veille à ce que les évaluations de rendement comprennent des indicateurs relatifs aux aptitudes, à la performance, aux résultats et aux comportements. Les procédures d'évaluation du rendement comprennent des étapes qui visent à régler les problèmes de performance identifiés (p. ex., une restriction, une suspension ou un retrait des privilèges ou une annulation de la nomination par l'autorité compétente). Les évaluations du rendement sont importantes pour responsabiliser l'établissement envers les parties prenantes et pour l'amener à



progresser vers ses objectifs en matière de soins centrés sur la personne, de santé et de sécurité.

1.3.19 L'instance de gouvernance assure une vigie sur l'expérience vécue par la main-d'œuvre en milieu de travail.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthodes d'évaluation : **Sur place**

Conseils

Il convient que l'environnement social et psychologique de l'établissement reflète les valeurs de l'établissement. La main-d'œuvre de l'établissement doit se sentir en sécurité sur les plans physique, psychologique et culturel. Elle doit aussi se sentir à l'aise et être globalement satisfaite de sa qualité de vie au travail et de l'environnement de travail dans lequel elle exerce ses fonctions. La main-d'œuvre devrait se sentir appuyée par les gestionnaires et ressentir relativement peu de fatigue et de stress au travail. De plus, il convient que la main-d'œuvre soit mobilisée afin de collaborer de manière optimale à la mission de l'établissement. La main-d'œuvre devrait se sentir à l'aise de poser des questions et d'obtenir des conseils. Pour assurer la vigie de l'expérience de la main-d'œuvre au sein de l'établissement, l'instance de gouvernance peut appliquer des mécanismes tels que les évaluations tous azimuts des membres de la haute direction, les sondages sur la satisfaction de la main-d'œuvre, les entrevues de départ, les évaluations du rendement, les processus de traitement des plaintes et d'autres outils semblables qui peuvent servir à identifier les possibilités d'amélioration de l'expérience de travail au sein de l'établissement.

1.3.20 L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement adopte une approche globale pour promouvoir et soutenir la santé et la sécurité organisationnelle.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement élabore une définition plus large de la santé et de la sécurité plutôt que de définir ces termes simplement par l'absence de maladie ou de préjudice. L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement adopte une approche complète, axée sur l'équité, la diversité et l'inclusion, pour développer une compréhension approfondie des risques et des besoins physiques et psychologiques et des besoins et des risques associés au bien-être et à la sécurisation culturelle. Ces risques et ces besoins sont soulevés par les usagers, les personnes proches aidantes, la main-d'œuvre, les bénévoles et les autres parties



prenantes de l'établissement au moment d'élaborer les objectifs de l'établissement en matière de santé et de sécurité. Les objectifs sont harmonisés aux priorités organisationnelles liées à l'expérience et aux résultats des usagers, à la santé de la population et à la gestion financière et écoresponsable. Les objectifs reflètent également l'engagement de l'établissement envers la lutte contre le racisme et la discrimination. L'instance de gouvernance collabore avec l'établissement pour établir des indicateurs complets en matière de santé et de sécurité organisationnelle. Ces indicateurs comprennent les indicateurs associés à la sécurité des usagers ainsi qu'à la santé et à la sécurité de la main-d'œuvre. Les indicateurs permettent également de mesurer la fiabilité des systèmes et des processus dans l'objectif de promouvoir le bien-être de façon durable et d'éviter les erreurs et les préjudices grâce à l'apprentissage et à l'amélioration continue. Les indicateurs contribuent à élaborer un cadre de référence, à comprendre le niveau de performance actuel, à identifier les points à améliorer et à surveiller les progrès au fil du temps. Cette pratique fait en sorte que l'établissement investit des ressources dans les activités pour réaliser ses objectifs en matière de santé et de sécurité. Certains objectifs, indicateurs et certaines activités en matière de santé et de sécurité organisationnelle peuvent s'avérer obligatoires en vertu des lois, des règlements et des obligations contractuelles en la matière.

1.3.21 L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement facilite le signalement des incidents liés à la sécurité des usagers.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement dispose de mécanismes de signalement des incidents liés à la sécurité (p. ex., à l'aide de systèmes normalisés et faciles à utiliser pour le signalement d'incidents liés à la sécurité) qui sont conformes aux lois et aux règlements en la matière. Elle veille aussi à ce que ces mécanismes soient conçus afin d'encourager le signalement des risques, des erreurs et des incidents en matière de sécurité, ainsi que des facteurs contributifs. Il est important de signaler les risques pour la sécurité afin de prévenir les incidents. Les incidents liés à la sécurité comprennent les incidents évités de justesse, les incidents sans préjudice et les incidents entraînant des préjudices. Le terme préjudice inclut également un incident découlant du racisme et de la discrimination. L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement informe sa main-d'œuvre, ses bénévoles, ses usagers et ses personnes proches aidantes des mécanismes de signalement des incidents liés à la sécurité et des moyens de les signaler sans crainte de représailles. L'instance de gouvernance veille à



ce que les gestionnaires de l'établissement favorisent une culture d'équité par la création d'un environnement impartial, équitable, stable et favorisent la santé et encouragent la main-d'œuvre à apprendre de ses erreurs et des incidents liés à la sécurité.

1.3.22 L'instance de gouvernance s'assure d'être informée en continu des progrès de l'établissement par rapport aux objectifs de ce dernier en matière de santé et de sécurité organisationnelle.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

L'instance de gouvernance reçoit et passe en revue les rapports réguliers et opportuns de l'établissement qui portent sur les activités, les défis et les réalisations en matière de santé et de sécurité en les comparant à ses objectifs à ces égards. Il reçoit également des données à jour sur les indicateurs de santé et de sécurité organisationnelle dont la vigie est assurée par cette instance. À titre d'exemple, l'instance de gouvernance reçoit des rapports sur les incidents liés à la sécurité, comme sur les incidents graves ou à risque élevé, les incidents liés aux médicaments et les incidents liés aux appareils et instruments médicaux. Ces rapports doivent être conformes aux exigences de l'instance de gouvernance en matière de signalement et de déclaration des problèmes aux paliers supérieurs ainsi qu'aux lois et aux règlements en la matière. Les rapports contiennent un résumé des mesures prises pour remédier aux incidents ainsi que des analyses des tendances et des stratégies d'atténuation visant à éviter les incidents futurs. Pour établir ses mesures et ses stratégies d'atténuation, l'instance de gouvernance encourage l'établissement à tenir compte des droits des usagers quant à prendre leurs propres décisions et à faire des choix éclairés par rapport au droit de vivre avec le risque. Cela conformément aux besoins et aux objectifs holistiques des usagers en matière de santé et de bien-être et par rapport à leur culture, à leurs croyances et à leurs traditions. L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement l'informe de ses activités en matière de santé et de sécurité afin d'intervenir face aux risques et de veiller aux besoins à cet effet. Les activités comprennent les activités suivantes, menées en collaboration avec les parties prenantes : le développement, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques, des procédures, des programmes et des projets; l'offre d'une formation, la distribution de l'équipement et le déploiement d'autres ressources; et la surveillance de la conformité aux lois, aux règlements et aux obligations contractuelles en la matière.

L'instance de gouvernance veille à ce que les activités de santé et de sécurité de l'établissement abordent adéquatement et efficacement les volets suivants :

- Les risques pour la santé publique;



- Les comportements inadéquats ou les incapacités de toute personne au sein de l'établissement, y compris celles de la main-d'œuvre, des bénévoles, des usagers, des personnes proches aidantes et des visiteurs;
- La stigmatisation, le racisme et la discrimination;
- Les abus des usagers et la violence au lieu de travail, y compris toutes les formes de harcèlement, d'intimidation, de menaces, d'agressions, de vols et les autres comportements semblables commis par toute personne au sein de l'établissement;
- D'autres sujets clés en matière de sécurité, comme l'identification des usagers, le bilan comparatif des médicaments, la prestation de soins adaptés à la culture, le stress de la main-d'œuvre, la gestion de la charge de travail ou d'autres problèmes identifiés dans le cadre des tendances en matière de productions de rapports sur les incidents liés à la sécurité.

1.3.23 L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement dispose d'une politique et d'une procédure efficaces afin de permettre aux personnes de formuler des plaintes ou d'exprimer tout incident sans risque de représailles.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement dispose d'une politique (que l'on peut aussi appeler « politique de dénonciation ») qui protège explicitement ceux qui s'expriment pour donner des renseignements, soulever des incidents ou participer à un sondage portant sur des activités non sécuritaires ou inappropriées menées au sein de l'établissement. Ces activités comprennent les activités dangereuses sur le plan physique, psychologique ou culturel ou les activités illégales ou qui vont à l'encontre des principes d'éthique. La politique protège les personnes qui se manifestent contre les représailles et contribue à une culture organisationnelle propice à la discussion et aux possibilités de soulever des problèmes sans crainte. La politique protège également la vie privée de ces personnes tout en s'assurant que toutes les personnes concernées respectent des procédures justes et équitables. L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement informe sa main-d'œuvre, ses bénévoles, ses usagers et les personnes proches aidantes de la procédure pour porter plainte de façon sécuritaire et confidentielle ou pour soulever tout incident concernant des activités non sécuritaires ou inappropriées liées à la prestation de services de l'établissement, à leur expérience avec ce dernier ou à une violation de leurs droits.

1.3.24 L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement dispose de politiques et de procédures efficaces pour gérer les plaintes en temps opportun et de façon transparente.



Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'instance de gouvernance veille à ce que les politiques et procédures de gestion des plaintes de l'établissement respectent les étapes et les échéanciers officiels et non officiels liés aux suivis à effectuer auprès des personnes concernées (c.-à-d. à la ou aux personnes qui déposent la plainte, à la ou aux personnes faisant l'objet des accusations, aux témoins et à d'autres parties concernées), aux fins d'examen, d'arbitrage, d'analyse et de règlement de la plainte. Une fois la plainte réglée, les politiques et procédures exigent que l'établissement informe les personnes concernées par la plainte du règlement et des changements qui seront apportés afin de réduire le risque de plaintes semblables. Les politiques et les procédures comprennent des étapes de déclaration des plaintes aux paliers supérieurs, au besoin, y compris le signalement à l'instance de gouvernance, conformément aux exigences de signalement établies par cette dernière. L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement effectue un suivi auprès des personnes concernées par le traitement des plaintes pour connaître leur expérience afin que celui-ci évalue l'efficacité des politiques et des procédures et puisse identifier les points à améliorer. L'instance de gouvernance assure le suivi des plaintes qui lui ont été transmises. L'instance de gouvernance veille à ce que les politiques et les procédures de l'établissement prévoient l'analyse des tendances en matière de plaintes afin qu'il puisse découvrir les signes précurseurs de problèmes plus étendus ou de points à améliorer au sein de l'établissement ou du réseau de la santé et des services sociaux (p. ex., pour identifier les incidents liés à la sécurité). L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement transmette les renseignements sur les tendances décelées à partir des plaintes à l'instance de gouvernance et à d'autres parties prenantes (p. ex., à la main-d'œuvre, aux usagers bénévoles, aux personnes proches aidantes et aux partenaires externes).

1.3.25 L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement se conforme à ses obligations juridiques, réglementaires et contractuelles.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

L'instance de gouvernance demeure à l'affût des lois, des règlements et des obligations contractuelles pertinents auxquels l'établissement doit se conformer. De plus, il examine régulièrement les preuves de conformité à jour (p. ex., par l'intermédiaire de rapports



semestriels ou annuels de l'établissement). Lorsque les lois ou les règlements sont contradictoires avec la vision, la mission et les valeurs de l'établissement, l'instance de gouvernance applique son cadre décisionnel afin de décider si ce dernier doit jouer un rôle de défenseur dans la recherche d'exemptions ou de changements aux lois et aux règlements. En cas de conflit d'intérêts entre la responsabilité sociale de l'instance de gouvernance et ses responsabilités juridiques et fiduciaires envers l'établissement, l'instance de gouvernance a la responsabilité d'établir un équilibre entre les deux obligations conformément aux principes d'éthique et aux valeurs de l'établissement, tout en réduisant le plus possible les conséquences pour l'établissement.

1.3.26 L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement répartisse les ressources de façon adéquate afin d'offrir le niveau prévu de services selon la demande.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Efficiences** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

L'instance de gouvernance revoit les plans de répartition des ressources de l'établissement pour les différentes populations, les régions et l'ensemble du continuum de services. Cela lui permet de répartir les ressources de façon à répondre aux demandes de services prévues afin de combler les besoins de la communauté. L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement l'informe du manque de ressources matérielles, humaines, informationnelles ou financières. Cette approche a pour but d'offrir le niveau prévu de services requis auprès de l'établissement et de soutenir les partenaires externes de l'autorité compétente. L'instance de gouvernance oriente les stratégies organisationnelles de façon à obtenir les ressources manquantes et sollicite du financement supplémentaire au besoin.

1.3.27 L'instance de gouvernance approuve les budgets d'immobilisations et d'exploitation de l'établissement.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Efficiences** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

L'instance de gouvernance passe en revue les budgets d'immobilisations et d'exploitation annuels de l'établissement, y compris les budgets prévus pour les investissements technologiques et autres. Avant d'approuver les budgets, l'instance de gouvernance passe en revue l'incidence des décisions liées au budget sur la pérennité



de l'établissement et sa capacité à remplir son mandat, à réaliser ses objectifs stratégiques ainsi qu'à offrir des soins centrés sur la personne qui sont sécuritaires, fiables et intégrés. L'instance de gouvernance juge si les décisions liées au budget de l'établissement reflètent les commentaires de la main-d'œuvre, des bénévoles, des usagers, des personnes proches aidantes et de la communauté. Elle tient également compte de l'incidence du budget sur les partenariats et les collaborateurs de l'établissement, sur la performance, la qualité, la sécurité et sur les projets de durabilité. L'instance de gouvernance s'assure que les décisions budgétaires sont conformes aux lois, aux règlements et aux obligations contractuelles. Un certain degré de risque dans le budget d'un établissement est prévisible et même souhaitable. L'instance de gouvernance établit le niveau de tolérance aux risques à considérer dans la préparation du budget, de concert avec l'établissement. Les risques des établissements de santé et de services sociaux privés et à but lucratif peuvent également inclure une part du marché et la concurrence potentielle.

- 1.3.28 L'instance de gouvernance établit les procédures de l'établissement qui sont relatives à l'approbation des placements de capitaux, y compris celles de l'achat des principaux équipements.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Efficiencia** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

L'instance de gouvernance établit les procédures de l'établissement ayant trait à la revue et à l'approbation des placements de capitaux et des achats importants, y compris l'autorité de l'établissement et le rôle de l'instance de gouvernance dans ces procédures. Le rôle de l'instance de gouvernance repose sur les lois et les règlements pertinents. L'instance de gouvernance établit en quoi consiste un achat important. Elle veille à ce que les procédures d'approbation tiennent compte de l'approche de l'établissement en matière de gestion des risques, du plan stratégique de l'établissement et du rôle de ce dernier dans la prestation de soins sécuritaires, fiables, intégrés et centrés sur la personne. Dans la mesure du possible, les investissements dans les technologies novatrices et dans d'autres solutions seront approuvés afin d'améliorer la prestation des services et la qualité des soins. L'instance de gouvernance passe en revue régulièrement le processus d'approbation des placements de capitaux de l'établissement et des achats d'équipement importants (p. ex., chaque année).

- 1.3.29 L'instance de gouvernance passe en revue régulièrement le système de vérification financière de l'établissement pour veiller à son intégrité.



Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Efficienc**e | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

L'instance de gouvernance passe en revue et approuve les politiques et les normes de gestion financière auxquelles l'établissement doit se conformer. Il garantit que les politiques et les normes sont à jour et qu'elles sont conformes aux lois, aux règlements et aux obligations contractuelles en la matière. L'instance de gouvernance veille à ce que le système et les processus de vérification financière de l'établissement, y compris ses ressources financières, sa gestion de l'information, ses états financiers et ses rapports, soient conformes aux politiques et aux normes de gestion financière de l'établissement et soient fiables, appropriés et complets.

1.3.30 L'instance de gouvernance passe en revue régulièrement la performance financière de l'établissement.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Efficienc**e | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

L'instance de gouvernance passe en revue la performance financière de l'établissement et les risques dans des domaines clés par rapport au plan stratégique (p. ex., l'utilisation des ressources, l'efficacité opérationnelle, la qualité des soins et la santé et sécurité de l'établissement). La revue de l'instance de gouvernance va au-delà de la simple recherche d'un budget équilibré. Elle cherche également à optimiser les coûts de façon à maximiser l'expérience et les résultats des usagers, la santé et sécurité de la population, la santé et la sécurité organisationnelle et à assurer une gestion écoresponsable. Lors de l'examen de la performance financière de l'établissement, l'instance de gouvernance veille à ce que la stratégie financière de l'établissement tienne compte des besoins financiers futurs de l'établissement et des risques auxquels il est confronté (p. ex., des changements ou des tendances dans les ressources humaines ou financières, des changements soudains dans les besoins en matière de services et dans le besoin de contracter une nouvelle assurance) et veille à ce que l'établissement dispose de stratégies pour y faire face dans ses plans de gestion des risques. Les stratégies de gestion des risques financiers varient selon le fait que l'établissement est financé par l'État ou qu'il s'agit d'un établissement à but non lucratif ou d'un établissement privé à but lucratif. L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement élabore des stratégies de gestion des risques financiers avec l'apport des parties prenantes, y compris celui des usagers et des personnes proches aidantes. L'instance de gouvernance peut assister l'établissement à explorer le partage des ressources avec d'autres établissements et des



partenaires externes, la négociation avec les bailleurs de fonds pour l'obtention de ressources additionnelles, le choix des services offerts par l'intermédiaire d'ententes contractuelles ou de services offerts par les prestataires ou les établissements vers lesquels les usagers pourraient être orientés, l'approbation de plans visant à obtenir des ressources additionnelles au moyen de collectes de fonds ou de dons, ou la revue des coûts des services de l'établissement et l'incidence que pourrait avoir un changement de ces coûts dans la production de revenus additionnels. L'instance de gouvernance respecte les lois, les règlements et les obligations contractuelles en la matière dans le cadre de son processus d'examen et d'approbation des recommandations indiquées dans les rapports financiers.

- 1.3.31 L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement protège la vie privée et tous les renseignements personnels des parties prenantes.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'instance de gouvernance veille à ce que les politiques, les procédures et autres mesures de l'établissement en matière de protection de la vie privée et de protection des renseignements personnels soient conformes aux lois, aux règlements et aux obligations contractuelles en la matière, y compris à celles liées à la collecte, à l'utilisation, au stockage, à l'accès et à la divulgation des renseignements sur les usagers, sur la main-d'œuvre, sur les bénévoles et sur les autres parties prenantes. De plus, elle intègre des politiques limitant l'utilisation des technologies de l'information personnelle, d'Internet et des réseaux sociaux par les usagers, la main-d'œuvre, les bénévoles et d'autres parties prenantes. Les politiques, les procédures et les autres mesures de protection doivent s'appliquer aux activités normales, aux situations d'urgence et aux sinistres, ainsi qu'à la gestion des incidents liés à la confidentialité, y compris à la gestion des violations. L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement l'informe des problèmes importants liés à la vie privée, comme des atteintes à la vie privée. L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement dispose de mesures conçues pour assurer la vigie de l'efficacité de ses mesures de protection concernant le respect de la vie privée et la confidentialité.

- 1.3.32 L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement dispose de systèmes de gestion de l'information efficaces, y compris les systèmes de sécurité de l'information.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**



Conseils

L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement dispose de systèmes d'information, y compris de systèmes de technologie de l'information, pour gérer ses renseignements et ses données conservés sous format papier et électronique et pour assurer leurs protections. Les systèmes s'appuient sur les besoins actuels et évolutifs de l'établissement en matière d'information, y compris sur le respect des droits des usagers en tant que propriétaires de leurs renseignements médicaux et de leurs droits individuels en matière de vie privée. L'instance de gouvernance veille à ce que les systèmes de gestion de l'information de l'établissement, y compris les systèmes de sécurité de l'information, les politiques, les procédures, l'infrastructure et les mesures de protection, soient complets et conformes aux lois, aux règlements et aux obligations contractuelles en la matière. Les politiques et les procédures portent sur l'acquisition, l'organisation, le stockage, la récupération, la diffusion, le maintien et la destruction sécuritaires des renseignements. Elles traitent également de l'enseignement, de la formation et du soutien offerts quant à l'utilisation des systèmes d'information. L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement dispose de mesures fiables, sécurisées et conviviales pour assurer la vigie de l'efficacité de ses politiques, de ses procédures, de son infrastructure et de ses mesures de protection en matière de gestion de l'information. L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement l'informe des problèmes liés à la gestion de l'information dont le risque est important, comme des atteintes à la sécurité de l'information, y compris des violations de sécurité des technologies de l'information (que l'on appelle aussi « atteinte à la cybersécurité »). Elle fait en sorte que l'établissement comprenne bien les menaces à la sécurité informationnelle et veille à ce que les politiques et les procédures apportent une solution complète aux menaces connues.

- 1.3.33 L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement gère le flux d'information et l'accès à l'information de façon à maximiser la qualité des soins offerts à l'utilisateur.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les usagers sont les propriétaires des renseignements portant sur leur santé et ce sont des partenaires dans le processus de consignation des renseignements à leur dossier. Par conséquent, l'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement,



conformément aux lois, aux règlements et aux obligations contractuelles en la matière, permette aux usagers d'accéder facilement à leurs renseignements médicaux ainsi que de donner leur avis à ce sujet, d'en discuter et de poser des questions à leur propos.

Cette approche favorise des relations transparentes et ouvertes entre les usagers et leurs prestataires de soins et contribue à améliorer l'expérience et le niveau de satisfaction des usagers. L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement encourage la transmission transparente de renseignements sur l'utilisateur entre les membres son équipe soignante afin d'améliorer la qualité des soins. L'instance de gouvernance veille également à ce que l'établissement gère la transmission des renseignements en respectant le consentement éclairé de l'utilisateur quant à l'accès à ses renseignements ainsi que les lois pertinentes en matière de vie privée et les autres règlements, les autres lois et les autres obligations contractuelles. Elle veille à ce que la divulgation de renseignements repose sur le principe de la loi sur l'accès à l'information et fait en sorte que les renseignements sont divulgués de façon sécuritaire, appropriée, pertinente et utile pour chaque groupe. L'instance de gouvernance s'assure également que l'établissement applique des mesures de protection pour empêcher l'utilisation abusive de renseignements.

1.3.34 L'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement favorise la gestion écoresponsable dans le cadre de ses activités.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

À titre d'exemple, l'instance de gouvernance veille à ce que l'établissement collabore avec les parties prenantes pour mettre en œuvre des projets visant à protéger l'environnement naturel, à réduire son empreinte carbone et à améliorer la résilience climatique (c.-à-d. sa capacité à s'adapter et à mieux se préparer, ainsi qu'à réduire les répercussions liées au changement climatique). L'instance de gouvernance encourage l'établissement à tenir compte des répercussions environnementales des décisions liées à la conception et à la prestation des services de l'établissement. Elle l'encourage également à tenir compte de la sécurité, des impacts financiers, de l'expérience et des résultats des usagers et des facteurs relatifs à la santé de la population. L'instance de gouvernance encourage l'établissement à comprendre les liens entre le changement climatique et la santé. Elle encourage l'établissement à concevoir de meilleurs systèmes afin de s'adapter aux besoins grandissants en santé qui découlent du changement climatique. Elle l'encourage aussi à réduire les activités qui contribuent au changement climatique afin de prévenir les préjudices futurs pour la santé.



1.4 Faire preuve de réflexion

1.4.1 L'instance de gouvernance met en œuvre une politique sur sa divulgation publique de renseignements.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La politique de l'instance de gouvernance sur la divulgation publique s'inscrit dans le cadre de sa responsabilité envers les parties prenantes de l'établissement. Bien que les attentes en matière de divulgation continuent d'évoluer, la plupart des instances de gouvernance sont tenues de divulguer des renseignements portant entre autres sur les points suivants :

- Le nombre de membres qui font partie de l'instance de gouvernance actuelle et la taille de celle-ci;
- Les procédures utilisées pour choisir les nouveaux membres;
- Le champ d'application de l'autorité, des rôles et des responsabilités de l'instance de gouvernance et de chacun de ses membres, y compris celui du président;
- Les comités de l'instance de gouvernance, y compris le mandat et les membres;
- L'orientation et la formation offertes aux membres de l'instance de gouvernance;
- Les mécanismes utilisés pour communiquer avec les usagers et les personnes proches aidantes et pour les mobiliser dans les activités de gouvernance;
- Les procédures d'évaluation du rendement de chacun des membres ainsi que leur présence et leur rémunération, le cas échéant;
- Les rôles et les responsabilités des membres de la haute direction de l'établissement et les procédures d'évaluation du rendement de ces derniers;
- L'éthique et les valeurs de l'établissement ainsi que les procédures utilisées pour divulguer les conflits d'intérêts;
- Le plan de communication de l'établissement à des fins de divulgation au public.

1.4.2 L'instance de gouvernance consigne les procès-verbaux de ses activités et les résolutions relatives aux décisions.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils



L'instance de gouvernance consigne ses activités et les décisions qu'elle prend afin de maintenir la continuité et de créer une mémoire organisationnelle. Elle consigne notamment les procès-verbaux de ses séances privées et confidentielles. Les registres peuvent également comprendre un résumé des discussions, les décisions du président, les motions, les résultats des votes et les listes de documents auxquels on a fait référence au cours des séances. Sur certains territoires, les activités et les décisions qu'une instance de gouvernance doit consigner ainsi que les archives sont précisées dans les lois, les règlements et les obligations contractuelles en la matière.

- 1.4.3 L'instance de gouvernance veille à ce que les renseignements sur ses activités et ses décisions soient accessibles à l'établissement et aux parties prenantes de ce dernier.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

À des fins de transparence et de responsabilisation, l'instance de gouvernance communique avec l'établissement et les parties prenantes par l'entremise de la haute direction de l'établissement. L'instance de gouvernance divulgue des renseignements portant sur ses activités en cours et sur ses décisions qui sont prises lors de ses séances prévues à l'horaire et de ses séances spéciales.

- 1.4.4 L'instance de gouvernance évalue régulièrement l'efficacité de son fonctionnement afin d'apporter des améliorations.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Efficience** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'instance de gouvernance effectue des évaluations régulières (p. ex., des évaluations annuelles) de son efficacité et de celles de ses comités. L'instance de gouvernance peut s'inspirer de l'outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance de l'Organisation de normes en santé, ainsi que d'autres outils, pour évaluer son efficacité. Les évaluations sont effectuées notamment au moyen d'autoévaluations officielles ou non, ou d'évaluations externes portant sur les points suivants :

- Le rôle, la structure et la composition de l'instance de gouvernance et de ses comités et sa contribution à l'efficacité globale;
- La culture de travail globale de l'instance de gouvernance et de ses comités (p. ex., concernant l'évaluation du roulement des membres; la satisfaction des



membres quant au fait de se sentir écoutés et concernant l'utilisation de leur temps et de leurs compétences; la confiance des membres envers la représentation des points de vue contraires à ceux de la majorité pour veiller à ce que les discussions soient ouvertes et honnêtes);

- Les activités et les procédures de l'instance de gouvernance et de ses comités (p. ex., vérifier si l'instance de gouvernance se sert de données probantes valides, fiables et pertinentes pour prendre ses décisions; examiner ses procédures de renouvellement et de planification de la relève pour veiller à la pérennité de l'instance de gouvernance);
- La performance de l'instance de gouvernance et de ses comités (p. ex., la revue des résultats de ses activités et de ses décisions);
- Les mécanismes employés par l'instance de gouvernance pour promouvoir une culture organisationnelle de soins centrés sur la personne et pour travailler de manière concertée avec les usagers et les personnes proches aidantes concernant les activités de gouvernance.

Les pratiques d'évaluation de l'instance de gouvernance doivent favoriser la transparence. Ce processus peut être réalisé à partir de normes d'évaluation précises et divulguées aux parties prenantes et en sollicitant des commentaires auprès des membres de l'instance de gouvernance et de la haute direction. Les pratiques d'évaluation de l'instance de gouvernance peuvent aussi comprendre une étude des résultats de recherche et des pratiques optimales en matière de gouvernance, étude qui vise à comparer la performance de l'établissement par rapport à un cadre de référence. Les membres de l'instance de gouvernance discutent des résultats de l'évaluation et apportent des améliorations à partir des résultats obtenus. Sur certains territoires, l'évaluation de la performance de l'instance de gouvernance peut relever du gouvernement. Dans ce cas-ci, l'instance de gouvernance collabore avec le gouvernement pour étayer le processus et y participer le plus possible.

1.4.5 L'instance de gouvernance évalue régulièrement le rendement de son président pour lui donner une rétroaction fondée sur les résultats.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Efficiences** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

L'instance de gouvernance évalue régulièrement (p. ex., chaque année) le rendement de son président à l'aide de critères d'évaluation. Ces derniers comprennent le rendement du président concernant la réalisation de ses fonctions et de ses responsabilités; le respect des valeurs et des principes d'éthique de l'établissement et de l'instance de gouvernance; la participation et la préparation aux séances; et le respect des obligations



de leadership et des autres obligations pendant et entre les séances. L'évaluation peut être formelle ou informelle.

- 1.4.6 Le président de l'instance de gouvernance fait régulièrement le point sur la contribution de chacun de ses membres et leur fournit une rétroaction en fonction des résultats.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Efficiencia** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

L'évaluation de chaque membre de l'instance de gouvernance consiste notamment à valider son assiduité aux rencontres, s'il se prépare et participe activement aux séances; s'il connaît l'établissement, son orientation stratégique et son environnement opérationnel; s'il respecte le cadre d'éthique et de valeurs de l'établissement et de l'instance de gouvernance; et si le membre respecte ses obligations pendant et entre les séances (p. ex., la participation aux travaux de comités). L'examen est formel ou informel.

- 1.4.7 L'instance de gouvernance transmet le rapport annuel de ses réalisations aux parties prenantes.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinencia** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Le rapport annuel de l'instance de gouvernance sur ses réalisations est rédigé dans un langage accessible et communiqué aux gestionnaires de l'établissement, à la main-d'œuvre, aux bénévoles, aux usagers, aux personnes proches aidantes, à la communauté, au gouvernement et à d'autres parties prenantes. La communication des rapports aux parties prenantes permet à l'instance de gouvernance de pouvoir recevoir des commentaires et d'échanger avec les parties prenantes.

1.5 Lutter contre le racisme

- 1.5.1 L'instance de gouvernance reconnaît le racisme à partir d'un cadre reconnu.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accent sur la population** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**



Conseils

Le cadre commence par la reconnaissance du racisme, suivie de l'élaboration d'une approche normalisée pour y remédier. Le cadre est conçu en collaboration avec les partenaires communautaires et peut être adapté à partir de cadres juridiques ou internationaux existants. Il est adapté à la culture et aux droits de la communauté desservie.

- 1.5.2 L'instance de gouvernance met en œuvre un plan d'action, en collaboration avec des partenaires communautaires, pour lutter contre le racisme présent dans l'établissement.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accent sur la population** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le plan d'action est élaboré à l'aide du cadre conçu conjointement. Il établit les thèmes et les priorités à l'égard desquels l'établissement souhaite agir, les activités, les rôles et les responsabilités des personnes concernées et la façon dont l'établissement évaluera le changement. Le plan d'action doit comprendre la reconnaissance des droits de chacun à accéder aux soins de santé, la prise en charge des approches holistiques des soins – y compris la reconnaissance des pratiques de guérison – la sécurisation culturelle et l'humilité ainsi que la formation et l'apprentissage continu en matière de lutte contre le racisme.

- 1.5.3 L'instance de gouvernance offre une formation et des possibilités d'apprentissage continu à ses membres sur la sécurisation culturelle, l'humilité et le racisme.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accent sur la population** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La formation et l'apprentissage continu aident les membres de l'instance de gouvernance à comprendre les problèmes liés au racisme et la nécessité d'intégrer les principes de sécurisation culturelle et d'humilité à la prestation de ses soins et services. La formation et l'apprentissage continu peuvent prendre plusieurs formes. Une combinaison de formation en ligne ou de formation didactique animée par la communauté, de mobilisation communautaire et de pratique réfléchie permet d'accroître les connaissances et les compétences culturelles. L'instance de gouvernance tire parti des ressources à sa disposition pour offrir cette formation et cet apprentissage continu (p.



ex., par l'intermédiaire des ressources communautaires, des partenaires externes et des ressources internationales). La formation et l'apprentissage continu sur la lutte contre le racisme et sur la sécurisation culturelle et l'humilité et l'apprentissage portent notamment sur les volets d'information suivants:

- Les communautés avec lesquelles l'établissement collabore;
- Les concepts interreliés du colonialisme, du pouvoir, des privilèges, du racisme, de la discrimination et des préjugés dans les sociétés coloniales;
- La façon dont le racisme dans le réseau de la santé et des services sociaux reflète un manque de respect et d'intégration des droits fondamentaux de la personne chez les communautés;
- Les structures et les systèmes qui produisent et perpétuent les iniquités de santé;
- Les soins tenant compte des traumatismes et de la violence, la réduction des préjudices;
- Ce que représentent la lutte contre le racisme et la sécurisation culturelle et l'humilité ainsi que les stratégies qui visent à appliquer concrètement les concepts;
- La conception conjointe avec les communautés et les établissements;
- Les façons dont se manifestent les stéréotypes et la discrimination dans les soins de santé et les stratégies visant à abolir la discrimination;
- Les protocoles par l'intermédiaire desquels les dénonciateurs peuvent signaler, de façon sécuritaire et confidentielle, les cas de racisme et de discrimination directs ou indirects associés à l'établissement, sans crainte de représailles;
- Les documents et les ressources clés (y compris les documents pertinents du domaine de compétence) qui appuient les objectifs de formation et d'apprentissage continus.

1.5.4 L'instance de gouvernance veille à ce que les politiques de l'établissement reflètent les pratiques en matière de sécurisation culturelle et d'humilité et intègrent la culture et les droits des communautés qui reçoivent des soins et services de l'établissement.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accent sur la population** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les politiques doivent être conçues conjointement et revues avec les communautés pour veiller à ce qu'elles respectent leur culture et leurs droits et ensuite être communiquées aux membres de la communauté. Si les politiques de l'établissement ne s'attaquent pas suffisamment au problème du racisme, celui-ci peut rester invisible ou être jugé inexistant et, par conséquent, persister et s'accroître.



1.5.5 L'instance de gouvernance veille à ce que le plan d'action de l'établissement soit orienté de façon à lutter contre le racisme.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accent sur la population** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'instance de gouvernance valide les progrès réalisés pour lutter contre le racisme à l'intérieur de l'établissement en les comparant au plan d'action. Elle transmet ensuite ses connaissances à la main-d'œuvre, aux communautés et à d'autres partenaires qui travaillent également à lutter contre le racisme.

1.6 Lutter contre le racisme à l'endroit des Autochtones

1.6.1 L'instance de gouvernance s'inspire d'un cadre reconnu pour évaluer les situations de racisme à l'endroit des Autochtones.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accent sur la population** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Le cadre commence par une reconnaissance de situations de racisme à l'endroit des Autochtones. Le cadre est conçu conjointement avec des partenaires autochtones et peut être adapté à partir de cadres juridiques ou internationaux existants. Le cadre est adapté à la culture et aux droits des communautés autochtones recevant des services de l'établissement.

1.6.2 L'instance de gouvernance met en œuvre un plan d'action, en collaboration avec des partenaires autochtones, pour lutter contre le racisme à l'endroit des Autochtones au sein de l'établissement.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accent sur la population** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le plan d'action est préparé à l'aide du cadre conçu conjointement. Il établit les thèmes et les priorités à l'égard desquels l'établissement souhaite agir, les activités, les rôles et les responsabilités des personnes concernées et la façon dont l'établissement évaluera



le changement. Le plan d'action doit comprendre des éléments relevés dans les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation (p. ex., l'intervention dirigée par les Autochtones, la reconnaissance du droit des Autochtones à recevoir des soins de santé, les pratiques holistiques de soins, y compris la reconnaissance des pratiques de guérison, la sécurisation culturelle et l'humilité ainsi que la formation et l'apprentissage continu en matière de lutte contre le racisme). Le plan d'action doit comprendre une approche fondée sur la distinction concernant la participation des peuples des Premières Nations et des Inuit.

1.6.3 L'instance de gouvernance offre une formation et des possibilités d'apprentissage continu à ses membres sur la sécurisation culturelle, l'humilité et le racisme à l'endroit des Autochtones.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accent sur la population** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La formation et l'apprentissage continu aident les membres de l'instance de gouvernance à comprendre les problèmes liés au racisme à l'endroit des Autochtones et la nécessité d'intégrer les principes de sécurisation culturelle et d'humilité à la prestation de ses soins et services. La formation et l'apprentissage continu peuvent prendre plusieurs formes, soit une combinaison de formation en ligne ou de formation didactique animée par la communauté autochtone, de mobilisation communautaire et de pratique réfléchie pour accroître les connaissances et les compétences culturelles. L'instance de gouvernance tire parti des ressources à sa disposition pour offrir cette formation et cet apprentissage continu (p. ex., par l'intermédiaire de ressources sur les Premières Nations et les Inuit, des partenaires externes et des ressources internationales). La formation et l'apprentissage continu sur la lutte contre le racisme portent notamment sur les volets d'information suivants :

- Les Autochtones et les communautés avec lesquelles l'établissement collabore;
- Les concepts interreliés du colonialisme, du pouvoir, des privilèges, du racisme, de la discrimination et des préjugés dans les sociétés coloniales du Canada, du point de vue autochtone;
- Le manque de respect reflété par le racisme dans le réseau de la santé et des services sociaux et l'intégration des droits fondamentaux de la personne chez les Autochtones et les communautés;
- Le principe de Joyce (qui vise à garantir à tous les Autochtones le droit d'accéder équitablement, sans discrimination, à tous les soins de santé et services sociaux, ainsi que le droit de profiter des meilleures conditions possibles pour leur santé physique, mentale, émotionnelle et spirituelle) et les principes de Jordan (qui



visent à abolir les inégalités relatives au service et les retards pour les enfants des Premières Nations);

- Les structures et les systèmes qui produisent et perpétuent les iniquités de santé à l'endroit des Autochtones;
- Les soins tenant compte des traumatismes et de la violence, la réduction des préjudices et la gentillesse latérale;
- Ce que représentent la lutte contre le racisme et la sécurisation culturelle et l'humilité ainsi que les stratégies qui visent à appliquer concrètement les concepts dans la vie quotidienne;
- La conception conjointe avec les Autochtones, les communautés et les établissements;
- Les façons dont se manifestent les stéréotypes et la discrimination dans les soins de santé et les stratégies visant à freiner la discrimination;
- Les protocoles par l'intermédiaire desquels les dénonciateurs peuvent signaler, de façon sécuritaire et confidentielle, les cas de racisme et de discrimination directs ou indirects à l'endroit des Autochtones associés à l'établissement, sans crainte de représailles;
- Les documents et les ressources clés (y compris les documents pertinents du domaine de compétence) qui appuient les objectifs de formation et d'apprentissage continu. Parmi les exemples, mentionnons : La Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (DNUDPA), les appels à l'action du Comité de vérité et réconciliation (CVR), l'Enquête nationale sur les femmes et filles autochtones disparues et assassinées (ENFFADA), le rapport *In Plain Sight* et autres rapports juridictionnels pertinents comme la *Declaration on the Rights of Indigenous Peoples Act* (DRIPA) de la Colombie-Britannique, l'histoire des Métis de la Colombie-Britannique et la Loi sur les Indiens (y compris les répercussions négatives) et autres.

1.6.4 L'instance de gouvernance veille à ce que les politiques de l'établissement reflètent les pratiques en matière de sécurisation culturelle et d'humilité et intègrent la culture et les droits des Autochtones et des communautés qui reçoivent des services de l'établissement.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accent sur la population** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La politique doit être conçue et revue conjointement avec les partenaires autochtones et communiquée à ceux-ci pour veiller à ce qu'elle respecte leur culture et leurs droits. Si



les politiques de l'établissement ne s'attaquent pas suffisamment au problème du racisme, celui-ci peut rester invisible ou être jugé inexistant et, par conséquent, persister et s'accroître. L'approche de l'établissement, fondée sur la distinction, intègre la participation des Premières Nations et des Inuit.

1.6.5 L'instance de gouvernance veille à ce que le plan d'action de l'établissement soit orienté de façon à lutter contre le racisme à l'endroit des Autochtones.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accent sur la population** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'instance de gouvernance valide les progrès réalisés pour lutter contre le racisme à l'endroit des Autochtones à l'intérieur de l'établissement en les comparant au plan d'action. Elle transmet ensuite ses connaissances à la main-d'œuvre, aux communautés et à d'autres partenaires qui travaillent également à lutter contre le racisme à l'endroit des Autochtones.



Chapitre 2: Leadership – Planification et organisation des services selon les besoins de la population

Contexte

Un leadership engagé est d'une grande importance afin d'offrir des soins sécuritaires et de qualité qui répondent aux besoins des populations. Afin de satisfaire à ces besoins, les gestionnaires de l'établissement assurent une offre de services selon les caractéristiques qui qualifient sa communauté. Ils préconisent une approche de soins centrés sur la personne et font participer activement les parties prenantes aux discussions et aux décisions en matière de soins et services. Les gestionnaires de l'établissement portent une attention particulière sur la coordination des soins et services tout au long de leur trajectoire et par conséquent, ils s'associent à la communauté afin d'établir des partenariats et d'assurer une transition de soins pertinente et adaptée. Afin d'assurer une offre de service optimale, les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre des pratiques, des politiques et des procédures fondées sur des données probantes. Ils déploient des projets d'amélioration continue de la qualité avec la main-d'œuvre, les usagers et la communauté et communiquent de façon transparente les résultats à l'ensemble des parties prenantes.

Les pratiques de gestion doivent être cohérentes avec la vision, la mission et les valeurs de l'établissement ainsi qu'avec les priorités établies, les objectifs stratégiques et les orientations ministérielles. Le cadre de référence des établissements demeure le plan stratégique ministériel en vigueur.

Le présent chapitre, fondé sur la norme CAN/HSO A2001:2020 *Leadership*, définit les responsabilités et les fonctions des gestionnaires de l'établissement pour permettre une prestation de soins et services sécuritaires et de qualité. Plusieurs concepts sont évalués au sein de ce chapitre, tels que ceux en matière d'éthique, de santé et de sécurité organisationnelles, ainsi que ceux en matière de gestion des risques et de gestion écoresponsable.

2.1 Définir et promouvoir la mission, la vision et les valeurs de l'établissement



- 2.1.1 Les gestionnaires de l'établissement assurent la révision périodique de la vision, de la mission et des valeurs de l'établissement.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

La vision, la mission et les valeurs de l'établissement sont les prémisses sur lesquelles repose la gestion de l'ensemble des activités, à savoir le plan opérationnel, l'organisation des services et la coordination avec les divers partenaires externes. Celles-ci doivent être cohérentes avec le mandat de l'établissement, arrimées avec les orientations ministérielles et répondre aux besoins populationnels.

La révision périodique de la vision, la mission et des valeurs doit être effectuée avec la participation des parties prenantes, incluant notamment des membres de la communauté, des usagers et des membres de la main-d'œuvre. Diverses méthodologies et activités peuvent être utilisées afin de réaliser ces activités comme la tenue de sondages, la mise en place de forum de discussion ou des rencontres de remue-méninges. Le résultat des activités de révision et les recommandations qui en découlent sont présentés à l'instance de gouvernance.

- 2.1.2 Les gestionnaires de l'établissement communiquent la vision, la mission et les valeurs de l'établissement à l'ensemble de la main-d'œuvre, aux usagers, aux personnes proches aidantes et aux autres parties prenantes.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Accent sur la population** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les gestionnaires, de concert avec l'instance de gouvernance, doivent veiller à communiquer la mission, la vision et les valeurs de l'établissement aux parties prenantes. Les moyens de diffusion utilisés peuvent inclure la pose d'affiches dans les aires des employés et les salles d'attente, la publication sur le site web de l'établissement, des présentations et la distribution de matériel imprimé.

La communication de la mission, de la vision et des valeurs permet aux parties prenantes de mieux comprendre la portée des soins et services et les objectifs dans le cadre du mandat de l'établissement. La communication de la mission, de la vision et des valeurs auprès des membres de la main-d'œuvre dès l'embauche, permet également de sensibiliser la main-d'œuvre à la relation entre ces engagements et le travail accompli.



2.1.3 Les gestionnaires de l'établissement incarnent la vision, la mission et les valeurs de l'établissement lors du processus de prise de décision.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les gestionnaires sont porteurs de la vision, de la mission et des valeurs de l'établissement et doivent conséquemment incarner celles-ci dans le cadre de leurs interactions quotidiennes avec les parties prenantes. Les gestionnaires doivent agir à titre de modèles, ce qui se traduit par des décisions et des pratiques de gestion alignées sur la mission, la vision et les valeurs de l'établissement.

Les gestionnaires mettent l'accent sur l'importance de la mission, de la vision et des valeurs de l'établissement lors de la tenue des rencontres d'équipes, d'élaboration de politiques et procédures ou de mise à contribution des parties prenantes qui visent à identifier des solutions qui sont cohérentes avec celles-ci.

2.1.4 Les gestionnaires de l'établissement font connaître et mettent en valeur l'offre de services de l'établissement auprès des différentes parties prenantes

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Les gestionnaires de concert avec l'instance de gouvernance veillent à promouvoir les soins et les services de l'établissement auprès des parties prenantes. Ils jouent un rôle prioritaire qui consiste à soutenir la promotion des valeurs et des services de l'établissement et à rehausser l'image et la notoriété de celui-ci, à s'assurer que la population connaît les services qui y sont offerts et le rôle de l'établissement au sein de la communauté.

Pour ce faire, les gestionnaires peuvent soumettre des projets d'amélioration continue réalisés par les équipes lors de concours provinciaux ou nationaux pour la reconnaissance des réalisations marquantes, participer à des foires d'emploi qui permettent de promouvoir la notoriété de l'établissement en tant qu'employeur de choix ou encore, promouvoir des politiques favorables à la santé par le biais de campagnes de sensibilisation appuyées par l'établissement. La réalisation des activités peut être soutenue par le service de relation avec les médias ou le service des communications.



2.2 Gérer les enjeux d'ordre éthique

2.2.1 Les gestionnaires de l'établissement associent la main-d'œuvre, les usagers, les personnes proches aidantes et la communauté à l'élaboration d'un cadre éthique qui précise les comportements attendus et les mécanismes de gestion des enjeux éthiques.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accent sur la population** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Chaque établissement doit disposer d'un cadre éthique cohérent avec son mandat. Les gestionnaires de concert avec l'instance de gouvernance doivent veiller à l'élaboration du cadre éthique de l'établissement. Pour ce faire, ces derniers s'inspirent des points de vue et des recommandations retenus lors des rencontres avec la main-d'œuvre, des groupes de discussion réalisés avec les usagers et les personnes proches aidantes, les partenaires externes et la communauté.

Le cadre éthique peut englober les valeurs de l'établissement, des codes de conduite, des directives, des critères, des processus et d'autres mécanismes pour orienter les discussions et la prise de décision sur les enjeux en matière d'éthique. Il est utile aux gestionnaires et à la main-d'œuvre. À titre d'exemples, le cadre éthique peut aider les gestionnaires à reconnaître leur responsabilité morale; offrir un soutien dans la réflexion et la décision en regard des enjeux éthiques concernant notamment l'équilibre entre la sécurité des usagers et celle de la main-d'œuvre, l'interruption de moyens de maintien artificiel de la vie et les problèmes survenant en cas de situations d'urgence et de sinistres comme les pénuries de médicaments, les pénuries d'équipement et la lutte contre les infections ou autres.

2.2.2 Les gestionnaires de l'établissement doivent préciser comment les enjeux de l'éthique de la recherche sont évalués conformément au cadre éthique.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Les gestionnaires veillent à ce que les modalités qui s'appliquent à l'évaluation des implications éthiques dans le cadre d'activités de recherche soient conformes au cadre éthique de l'établissement. Ils déterminent les responsables de l'évaluation des situations éthiques pour les projets de recherche, soit par un examinateur individuel, un



consultant privé ou un comité d'éthique de la recherche. Ces derniers doivent être impartiaux, exempts de conflits d'intérêts, objectifs et se conformer aux exigences pertinentes de la province ou du territoire.

Des modalités d'évaluation claires assurent la cohérence des méthodes d'évaluation et des décisions qui en découlent, la sécurité des participants et évitent les analyses arbitraires.

2.2.3 Les gestionnaires de l'établissement veillent au respect du cadre éthique.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Les établissements ont l'obligation d'élaborer un cadre éthique qui indique les droits des usagers, de même que les pratiques et conduites attendues de l'ensemble de la main-d'œuvre.

Les gestionnaires ont la responsabilité d'attribuer à une personne, à un groupe ou à un comité le rôle et la responsabilité d'élaborer le cadre éthique, de le diffuser dans l'ensemble de l'établissement et de veiller à l'application conforme des principes qu'y s'y trouvent.

L'attribution des rôles en regard de l'élaboration, de la diffusion et de la surveillance de son application favorise une bonne compréhension des principes et donne les leviers nécessaires à sa mise en place. Ce rôle est explicitement traduit dans la structure organisationnelle qui définit les liens hiérarchiques précis et inclut une reddition de compte à l'instance de gouvernance.

2.2.4 Les gestionnaires de l'établissement soutiennent la mise en œuvre du cadre éthique afin de renforcer les compétences organisationnelles en matière d'éthique.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthodes d'évaluation : **Attestation**

Conseils

Les gestionnaires mettent de l'avant des initiatives qui permettent de diffuser le cadre éthique de l'établissement auprès de la main-d'œuvre.



Une meilleure connaissance et compréhension du cadre éthique de l'établissement permet aux membres de la main-d'œuvre d'identifier, de mieux comprendre et de traiter des enjeux éthiques qui peuvent se présenter dans le cadre de leur prestation de service. Les initiatives de diffusion du cadre éthique permettent également le partage des préoccupations et constituent des occasions d'apprentissage.

La diffusion du cadre éthique de l'établissement et des notions abordées doit s'effectuer de façon formelle et continue. Les gestionnaires peuvent solliciter la participation des membres de la main-d'œuvre à des séances, des formations ou des tournées de sensibilisation lors desquelles des exemples d'enjeux éthiques rencontrés dans l'établissement sont discutés.

- 2.2.5 Les gestionnaires de l'établissement utilisent l'information recueillie sur les enjeux éthiques organisationnels afin de planifier les initiatives d'amélioration de la qualité.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Les gestionnaires peuvent parfois identifier des tendances d'ordre éthique présentes au sein de l'établissement.

Les gestionnaires sont responsables de recueillir les informations liées aux enjeux éthiques auprès des usagers et des personnes proches aidantes, de les analyser conjointement et de dégager des tendances s'il y a lieu. Les résultats de ces analyses sont présentés lors des séances de l'instance de gouvernance à intervalles régulières.

L'analyse des informations permet aux gestionnaires d'identifier les tendances et de mettre en place des initiatives d'amélioration de la qualité qui visent à réduire ou à gérer les occurrences tout en optant pour des pratiques optimales.

Les gestionnaires peuvent consigner les informations reçues à la suite de l'analyse de situations éthiques, incluant les solutions apportées, à un endroit préalablement identifié afin que les gestionnaires puissent s'y référer au besoin.

- 2.2.6 Les gestionnaires de l'établissement gèrent les conflits d'intérêts afin de prévenir les manipulations abusives intentionnelles ou involontaires.



Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Un conflit d'intérêts au sein d'un établissement peut survenir à n'importe quel moment. Les gestionnaires sont responsables d'identifier, de statuer et de gérer les conflits d'intérêts perçus et réels.

Par souci de confiance, de crédibilité et réputation de l'établissement, la gestion de tous les types de conflits d'intérêts, perçus ou réels, doit s'effectuer de manière transparente conformément aux valeurs de l'établissement, aux lois et règlements en vigueur. Il peut s'agir notamment de conflits liés aux ressources humaines ou matérielles, aux finances, au budget, à la planification des immobilisations, à la propriété ou à l'infrastructure physique. À titre d'exemples, il peut s'agir de la réception d'un pourboire par un membre de la main-d'œuvre, d'un don offert à une fondation associée à l'établissement ou d'un contrat de rénovation octroyé à un membre de famille de la haute direction.

Les gestionnaires utilisent les politiques, procédures, lois et règlements en vigueur à leur disposition afin d'assurer la gestion des conflits d'intérêts.

2.2.7

Les gestionnaires de l'établissement mettent en place un code de conduite qui précise les comportements attendus de l'ensemble de la main-d'œuvre.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Le code de conduite de l'établissement définit les comportements attendus de l'ensemble des membres de la main-d'œuvre. Il décrit les attentes minimales en matière de conduite en ce qui concerne le respect, l'honnêteté, le savoir-être et l'intégrité. Il fait également état de ce qui constitue des comportements inacceptables et impose les mêmes attentes à toutes les personnes qui travaillent pour l'établissement ou en son nom y compris les gestionnaires et les membres de l'instance de gouvernance et les professionnels de la santé qui détiennent des privilèges de pratique octroyés par l'établissement. Le code de conduite est fondé sur le code d'éthique et les valeurs de l'établissement.

Les gestionnaires, en collaboration avec les parties prenantes, s'assurent de la mise en place d'un code de conduite qui reflète les attentes des usagers et des personnes proches aidantes et qui sont conformes aux lois et règlements en la matière.



Le code de conduite aborde notamment les comportements liés aux conflits d'intérêts, à la protection et à l'usage approprié des actifs de l'établissement, à la confidentialité des renseignements, au respect des lois et des règlements pertinents et à l'obligation de déclarer une violation du code d'éthique ou un comportement illégal ou contraire à l'éthique conformément aux politiques et procédures en vigueur.

- 2.2.8 Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre une politique et une procédure sur la déclaration, l'enquête et la résolution en toute sécurité des violations du code de conduite.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthodes d'évaluation : **Attestation**

Conseils

Les établissements doivent disposer d'une politique qui porte sur la déclaration, l'enquête et la résolution des violations du code de conduite afin de s'assurer que les manquements soient signalés et qu'il y ait un processus en place qui permet de les analyser et d'intervenir s'il y a lieu. Elle sert notamment à diminuer les écarts de conduite qui pourraient entraîner des conséquences sur la qualité et la sécurité des soins et services offerts aux usagers.

Les gestionnaires mettent en œuvre une politique sur la déclaration, l'enquête et la résolution des violations du code de conduite. Les gestionnaires informent les membres de la haute direction et l'instance de gouvernance des violations au code de conduite de l'établissement, des résultats des enquêtes et des actions mises en place pour résoudre les écarts de conduite.

- 2.2.9 Les gestionnaires de l'établissement mettent en place des mécanismes permettant d'évaluer et d'améliorer le respect du cadre éthique de l'établissement.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Le cadre éthique sert d'outil aux gestionnaires afin de faciliter le traitement des enjeux éthiques qui surviennent au sein de l'établissement.

Les gestionnaires s'assurent que le cadre éthique répond aux besoins de la main-d'œuvre en tant que document de référence, de règles d'intervention ou de gestion en matière d'éthique; qu'il répond aux attentes des usagers et des personnes proches



aidantes et que celui-ci est mis en application lors de situations qui présentent des enjeux éthiques.

Les gestionnaires peuvent évaluer le respect du cadre éthique par l'analyse des résultats obtenus à la suite du déploiement de sondages de satisfaction des usagers, de l'animation de groupes de discussion ou à partir de la rétroaction recueillie auprès des usagers et personnes proches aidantes. Les résultats permettent également aux gestionnaires d'évaluer la pertinence du cadre et d'y apporter des améliorations s'il y a lieu.

2.3 Intégrer et soutenir une approche de soins centrés sur la personne

2.3.1 Les gestionnaires de l'établissement adoptent une approche de soins centrés sur la personne qui intègre la culture et les pratiques liées à celle-ci dans l'ensemble de l'établissement.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'intégration d'une approche et de pratiques de soins centrés sur la personne au sein d'un établissement crée une culture d'engagement et de collaboration entre toutes les parties prenantes. Il s'agit d'une culture selon laquelle les usagers et les personnes proches aidantes sont considérés comme étant des partenaires actifs dans les soins et des « coproducteurs » de leur santé.

Le développement de partenariats actifs avec les usagers et les personnes proches aidantes a pour but d'améliorer la qualité de l'expérience vécue et les résultats cliniques qui en découlent et de les impliquer également dans un ensemble de décisions reliées à l'organisation des services.

Les gestionnaires veillent à l'adoption et l'intégration des concepts inhérents à cette approche afin de réaliser la vision, la mission et de faire vivre les valeurs de l'établissement.

Pour ce faire, les gestionnaires peuvent assurer la participation des usagers et des personnes proches aidantes dans plusieurs processus notamment, lors de l'élaboration de politiques et de procédures, du recrutement des membres de la main-d'œuvre, des décisions liées à la gouvernance, des séances de l'instance de gouvernance ainsi qu'au processus de planification stratégique de l'établissement.



2.3.2 Les gestionnaires de l'établissement impliquent les usagers et les personnes proches aidantes pour veiller à la mise en œuvre des politiques et procédures liées à l'approche de soins centrés sur la personne.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Afin de faire vivre une approche de soins centrés sur la personne au sein d'un établissement, la mise en place de politiques et procédures qui la soutiennent est nécessaire. Les politiques et procédures font état des notions, des rôles et des responsabilités individuelles et communes de toutes les parties prenantes ainsi que les objectifs visés par cette approche.

Les gestionnaires mettent à contribution les parties prenantes afin d'élaborer des politiques et des procédures qui soutiennent l'approche de soins centrés sur la personne. Ils veillent notamment à définir et mettre en place conjointement des indicateurs qui permettent d'évaluer l'intégration de l'approche au sein de l'établissement. Les indicateurs sont inspirés par les éléments importants identifiés par les usagers et les personnes proches aidantes, recueillis par le biais de consultations ou de groupes de discussion.

2.3.3 Les gestionnaires de l'établissement collaborent avec la main-d'œuvre, les usagers et les personnes proches aidantes pour leur offrir de la formation au sujet de l'approche de soins centrés sur la personne.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Lorsqu'un établissement choisit d'orienter ses soins et services vers une approche de soins centrés sur la personne, il doit veiller à outiller sa main-d'œuvre, les usagers et les personnes proches aidantes afin qu'ils soient en mesure de soutenir les principes de l'approche par le biais de formations et d'activités de sensibilisation. Comme les prérequis et les retombées sont multiples, la formation des parties prenantes à l'égard de l'approche de soins centrés sur la personne est essentielle. Elle favorise la connaissance des rôles de chacun, la prise en compte des responsabilités individuelles et collectives qui s'appliquent, la compréhension de la collaboration et du respect de part et d'autre nécessaire à la réussite et à la valeur ajoutée qu'elle procure.



Les gestionnaires mettent en place des programmes de formation pour la main-d'œuvre afin de l'orienter sur les compétences et les pratiques préconisées par l'établissement qui sont nécessaires pour établir de véritables partenariats et, communiquer et interagir efficacement avec les usagers et les personnes proches aidantes. Ils s'assurent que les formations sont accompagnées de stratégies, d'objectifs, d'exemples de comportements et d'actions concrètes qui viennent éclairer cette philosophie de pratique.

Les gestionnaires mettent également en place des programmes de formation pour les usagers et les personnes proches aidantes qui leur permettent d'en connaître davantage au sujet de l'approche, de les informer des façons de contribuer en tant que partenaires actifs aux soins et services et des possibilités de collaboration en vue de faire connaître leurs opinions.

2.3.4 Les gestionnaires de l'établissement collaborent avec les usagers et les personnes proches aidantes pour appliquer des politiques concernant les droits et les responsabilités des usagers.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les gestionnaires mettent à contribution les usagers et les personnes proches aidantes afin d'élaborer les politiques concernant les droits et responsabilités des usagers et s'assurent qu'elles soient connues et appliquées.

La connaissance et l'accès à des ressources permettent aux usagers et à leurs personnes proches aidantes de connaître leurs droits et responsabilités, de partager leurs opinions, de soumettre des plaintes à l'égard des soins et services reçus et donnent lieu à une meilleure expérience de soins.

Les politiques sur les droits et les responsabilités des usagers comprennent notamment les éléments suivants : les notions du respect et de la dignité envers les usagers et les personnes proches aidantes; la protection des renseignements personnels, la confidentialité, et la sécurité des usagers; la définition des droits et des responsabilités des usagers en ce qui a trait à la prestation des services qu'ils reçoivent; la spécification des responsabilités de l'utilisateur en ce qui concerne la protection de la sécurité de la main-d'œuvre.

Les gestionnaires contribuent à la sensibilisation et la promotion des politiques relatives aux droits et responsabilités des usagers par la diffusion d'informations sur le site Web de l'établissement, notamment les coordonnées de la commissaire locale aux plaintes et



à la qualité des services, par l'affichage dans les aires communes et le soutien offert aux comités des usagers pour la tenue d'activités. Les résultats du sondage sur l'expérience de l'utilisateur sont aussi utilisés par les gestionnaires afin de poser des actions qui visent l'amélioration continue.

2.3.5 Les gestionnaires de l'établissement collaborent avec les usagers et les personnes proches aidantes pour appliquer une politique d'ouverture et de souplesse concernant la présence des proches.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les effets positifs de la présence des personnes proches aidantes ayant été largement démontrés, les gestionnaires collaborent avec les usagers et les personnes proches aidantes pour mettre en œuvre une politique qui fait preuve d'ouverture et de souplesse concernant la présence de ces personnes dans l'établissement. Dans le cadre d'une approche de soins centrés sur la personne, les personnes proches aidantes ne sont pas considérées comme étant des visiteurs. Ces personnes contribuent activement (lorsque l'utilisateur le souhaite) au bien-être, au soutien moral, physique, technique, psychosocial de l'utilisateur et contribuent à diminuer les sentiments de solitude.

Lors de l'élaboration d'une politique à cet effet, les gestionnaires peuvent, comme exemple, permettre la présence de personnes proches aidantes en tout temps ou favoriser des horaires de visite souples qui offrent des possibilités plus grandes pour les personnes proches aidantes avec disponibilités limitées. Lors de situations exceptionnelles, il se peut que les gestionnaires aient besoin de limiter le temps et les heures de visites, comme dans le cas d'une écloison de maladie infectieuse afin de limiter la propagation de l'infection. Les gestionnaires s'assurent que les politiques sont conformes aux lois et règlements en vigueur.

2.3.6 Les gestionnaires de l'établissement préconisent des pratiques de recherche axées sur l'utilisateur afin de s'assurer que la recherche reflète l'expérience et le point de vue de l'utilisateur.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils



Les efforts de recherche déployés par les chercheurs doivent d'abord et avant tout être axés sur l'utilisateur et la réponse à ses besoins. Les pratiques de recherche axées sur l'utilisateur permettent de s'assurer qu'elles sont pertinentes aux soins et services qui sont offerts par l'établissement, qu'elles répondent aux attentes des usagers et visent à améliorer les résultats de santé qui en découlent. Les recherches devraient permettre d'identifier et de retenir des pratiques optimales en vue d'améliorer l'expérience des usagers.

En tant que première étape vers la mise en place d'une recherche axée sur l'utilisateur, les gestionnaires fournissent à la main-d'œuvre et à ces derniers l'accès à de la formation et de l'information pour intégrer les principes de recherche qui s'appliquent. Les gestionnaires organisent des groupes de discussion formés de chercheurs, d'utilisateurs et de personnes proches aidantes ainsi que des membres de la main-d'œuvre afin d'orienter les choix et le déploiement de projets de recherche en ce sens.

Les éléments de pratiques de recherche axées sur les usagers incluent notamment la conception de la recherche, la détermination des questions, l'élaboration des sondages, le choix des méthodes de collecte des données et l'application des connaissances.

2.3.7 Les gestionnaires de l'établissement soutiennent l'amélioration continue d'une approche de soins centrés sur la personne en évaluant les résultats de façon régulière.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les gestionnaires soutiennent l'amélioration continue par l'évaluation régulière des résultats de la mise en œuvre de l'approche de soins centrés sur la personne.

L'approche de soins centrés sur la personne constitue une approche de santé sensiblement récente dont l'intégration s'effectue graduellement au fil du temps au sein des établissements de santé et de services sociaux du Québec et qui, par conséquent, doit être soutenue et évaluée.

L'évaluation des résultats en ce sens permet aux gestionnaires d'améliorer les pratiques de soins et services afin de s'assurer qu'elles reflètent les concepts de cette approche et les bonifier au besoin.

Les gestionnaires soutiennent une approche de soins centrés sur la personne par des activités ou initiatives de conception conjointe avec les usagers et les personnes proches



aidantes, par la participation de ces derniers à l'élaboration des indicateurs de performance pertinents, le suivi des résultats et la mise en œuvre de plans d'action qui s'y rattachent ainsi que par la mise en place de mécanismes qui permettent de mesurer le niveau d'engagement par le taux de participation des usagers au sein de l'établissement.

Les gestionnaires de concert avec l'instance de gouvernance passent en revue l'efficacité et les progrès réalisés en matière de soins centrés sur la personne au moins une fois par an. La revue des résultats est aussi effectuée avec la participation des usagers et des personnes proches aidantes.

2.4 Assurer la collaboration des parties prenantes à la prise de décisions

2.4.1 Les gestionnaires de l'établissement impliquent les usagers, les personnes proches aidantes et tiennent compte de leurs points de vue lors des prises de décision.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Accent sur la population** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'apport des usagers et des personnes proches aidantes lors de la prise de décisions permet aux gestionnaires de mieux connaître leurs besoins et d'orienter les pratiques afin de répondre aux attentes de ces personnes. La participation aux décisions favorise également une expérience positive et le sentiment d'être écoutés et impliqués.

Les gestionnaires informent les usagers et les personnes proches aidantes des sujets de discussion qui risquent d'avoir des impacts sur l'expérience de soins et tiennent compte de la rétroaction de ces personnes lorsque possible.

Les mécanismes utilisés afin de recueillir l'apport des usagers et des personnes proches aidantes avant ou lors de la prise de décision peuvent inclure la création de comités consultatifs d'usagers et de personnes proches aidantes, des comités sur des projets précis et une représentation au sein de l'instance de gouvernance lors de l'inscription d'éléments à l'ordre du jour qui ont pour objet une décision qui peut entraîner des répercussions sur ces personnes.



2.4.2 Les gestionnaires de l'établissement collaborent avec les parties prenantes pour convenir de mécanismes permettant d'impliquer les partenaires externes dans les prises de décision.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Accent sur la population** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

L'implication des partenaires externes dans les décisions d'un établissement est essentielle afin d'assurer une prestation de soins et services coordonnée.

Les gestionnaires et les partenaires externes doivent travailler de manière concertée afin d'identifier les sujets qui doivent être abordés, la nature et les moyens de communication (courriel, infolettre ou groupes de discussion), et la fréquence des échanges formels.

La mise en place de mécanismes de collaboration peut être obligatoire en fonction des lois et des règlements municipaux comme celui de la collaboration avec la sécurité civile, les organisations de santé privée ou en fonction des règlements contenus dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux dont l'obligation de former des comités précis comme celui le comité des usagers, de vigilance ou de gestion des risques. Les gestionnaires peuvent également former des partenariats avec des maisons d'enseignement afin de recevoir des stagiaires ou participer à des programmes travail-études.

2.4.3 Les gestionnaires de l'établissement tiennent les parties prenantes informées tout au long du processus de prise de décision.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Accent sur la population** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La communication avec les parties prenantes est un processus continu et interactif et constitue une composante importante de l'engagement de l'établissement envers tous. La communication favorise également la transparence, la compréhension et le soutien des personnes concernées.

Les gestionnaires communiquent les informations quant aux décisions qui ont été prises, aux conséquences qui découlent des décisions et aux motifs qui ont justifié celles-ci à



toutes les parties prenantes qui ont pris part au processus de prise de décision. La communication des informations s'effectue selon les modalités retenues entre les parties lors des consultations ou des activités réalisées.

- 2.4.4 Les gestionnaires de l'établissement impliquent les usagers, les personnes proches aidantes et les parties prenantes dans l'élaboration des politiques ayant trait à la prestation de soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Accent sur la population** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les politiques qui régissent la prestation de soins et services ont des impacts sur les usagers et les personnes proches aidantes ainsi que sur l'ensemble des parties prenantes. La contribution de ces personnes dans l'élaboration des politiques est donc essentielle afin d'orienter celles-ci vers des actions basées sur une approche de soins centrés sur la personne, permettant ainsi de tenir compte des besoins et de l'expérience souhaitée par les usagers et de favoriser l'atteinte des résultats de santé escomptés. L'implication des parties prenantes suppose également que les personnes disposent d'expertises à titre de bénéficiaires de soins qui participent activement à la prestation de soins et services et qui permettent de guider la rédaction des politiques sur des sujets précis.

Les gestionnaires se tiennent informés des nouveautés en matière de soins et services, des besoins évolutifs, controversés ou émergents qui ont un impact sur la prestation de soins et services et s'assurent que les politiques et procédures à cet effet sont élaborées conjointement en temps opportun. Les moyens utilisés par les gestionnaires afin d'assurer la participation des parties prenantes lors de l'élaboration de politiques sont divers, dont par la tenue de consultations auprès des parties prenantes, par l'animation de groupes de discussion ou la sollicitation de rétroaction à la suite de la diffusion d'un projet de politique.

- 2.4.5 Les gestionnaires de l'établissement encouragent une approche d'équipe interdisciplinaire associant l'utilisateur et les personnes proches aidantes dans l'offre de services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils



Une approche d'équipe interdisciplinaire favorise la collaboration, la communication, le travail d'équipe et le partage des informations et des connaissances. La mise en œuvre d'une approche interdisciplinaire crée un environnement où l'apport de chaque professionnel est considéré pour établir un plan de soins et services individualisé pour l'usager. Le travail en interdisciplinarité résulte en des soins sécuritaires de haute qualité qui se traduisent par des résultats de santé favorables et une meilleure expérience pour les usagers.

Les gestionnaires mettent en place des équipes de travail interdisciplinaires au sein de l'établissement pour répondre aux besoins des usagers et des personnes proches aidantes et invitent ces derniers à titre de partenaires actifs au sein de ces équipes.

2.4.6 Les gestionnaires de l'établissement créent des partenariats avec des organismes du système de santé et de services sociaux afin d'offrir des services coordonnés.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Accent sur la population** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La capacité de répondre à l'ensemble des besoins de la communauté en matière de soins et services dépasse les moyens et la portée d'un seul établissement. La mise en place de partenariats favorise la prestation de soins et services coordonnés et intégrés dans l'ensemble de la communauté afin de répondre aux divers besoins des usagers. Les partenariats permettent aussi d'assurer que les soins et services soient octroyés par la bonne personne au bon moment et aux endroits appropriés, d'améliorer l'accès et de réduire les iniquités en matière de santé. Il peut s'agir de partenariats avec des organismes communautaires, des laboratoires d'imagerie médicale, des services de première ligne (GMF) ou des soins à domicile.

Les gestionnaires de concert avec l'instance de gouvernance définissent les partenariats nécessaires pour assurer le continuum de soins. À titre d'exemple, il peut s'agir de la mise en place de partenariats pour le partage de ressources, pour assurer la réintégration au sein de la communauté, pour offrir un soutien à domicile à la suite d'une hospitalisation ou pour pallier la perte d'autonomie graduelle.

2.4.7 Les gestionnaires de l'établissement améliorent de façon continue les mécanismes visant à impliquer les parties prenantes dans les prises de décision en tenant compte de leur efficacité et de leur pertinence.



Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Les établissements disposent de mécanismes en place qui visent à recueillir la rétroaction auprès des parties prenantes à l'égard des décisions organisationnelles qui ont des impacts sur les soins et services. L'implication des parties prenantes de façon continue nécessite des efforts soutenus de la part des gestionnaires. Il est important que les parties prenantes soient à l'affût des mécanismes d'engagement disponibles qui visent à recueillir leurs apports aux processus de décisions, qu'elles comprennent le fonctionnement et les impacts de leur engagement.

Les gestionnaires passent en revue les processus d'engagement des parties prenantes afin de s'assurer qu'ils sont efficaces et pertinents. À titre d'exemples, les gestionnaires doivent veiller à ce que les mécanismes en place permettent de rejoindre les bonnes personnes, que les méthodes utilisées soient appropriées à la clientèle cible, que le taux de participation soit adéquat et que les informations recueillies soient suffisantes en nombre et en qualité. L'évaluation peut aussi comprendre la mesure du nombre d'activités d'engagement au fil du temps, y compris les efforts déployés pour appuyer la participation efficace et que ceux-ci permettent d'atteindre les populations vulnérables ou mal desservies.

Les gestionnaires s'assurent également de recueillir les commentaires sur l'efficacité des processus eux-mêmes soit au moyen de groupes de discussion, de processus de rétroaction ou d'informations découlant du traitement des plaintes, d'activités d'engagement communautaire, de consultations, de négociations syndicales ou d'autres délibérations.

2.5 Veiller à l'amélioration continue de la qualité

2.5.1 Les gestionnaires de l'établissement prennent des décisions fondées sur des données probantes afin d'améliorer la qualité et d'encourager l'innovation.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

La révision continue des pratiques et des données probantes en matière de santé s'avère essentielle en vue d'améliorer la qualité des soins et services et des résultats qui en découlent. Les gestionnaires utilisent les résultats de recherche, d'évaluation



systémique, et s'assurent que les données recueillies sont fiables. Ils cherchent (ou visent) également à ce que les résultats proviennent des meilleures pratiques émergentes basées sur l'expertise, de données qualitatives (p. ex., l'expérience des parties prenantes, de preuves fondées sur l'expérience) et des connaissances culturelles. Ces résultats facilitent la prise de décisions éclairées à l'égard de la gestion organisationnelle ainsi que les activités entourant la prestation des soins et services. Les gestionnaires peuvent également s'inspirer des données provenant d'établissements similaires afin de prendre des décisions éclairées. Enfin, les gestionnaires doivent ultimement tenir compte des valeurs des usagers et des personnes proches aidantes, les ressources dont ils disposent et des besoins populationnels lors de la prise de décision.

Dans le cadre du processus de prise de décision, les gestionnaires précisent les données probantes qui justifient les choix organisationnels, et, à des fins de transparence, rendent cette information accessible à la main-d'œuvre, aux usagers, aux personnes proches aidantes et d'autres parties prenantes.

La prise de décision basée sur des données probantes assure qu'elles ont été prises de manière réfléchie, qu'elles sont cohérentes avec le mandat de l'établissement et qu'elles répondent aux besoins des usagers et des personnes proches aidantes.

2.5.2 Les gestionnaires de l'établissement soutiennent de façon proactive les initiatives d'amélioration de la qualité à l'échelle de l'établissement et du système en tenant compte des priorités stratégiques de l'établissement.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:
Attestation

Conseils

Les initiatives d'amélioration de la qualité doivent être alignées sur les orientations stratégiques et les objectifs de l'établissement. L'instance de gouvernance assure la surveillance et contrôle la réalisation des initiatives d'amélioration de la qualité.

Les gestionnaires s'assurent que les projets mis en place favorisent la créativité et l'innovation en stimulant et en renforçant la capacité de la main-d'œuvre, des usagers et des personnes proches aidantes. À titre d'exemple, les gestionnaires peuvent promouvoir l'utilisation de méthodologies et d'outils d'amélioration de la qualité innovants; identifier des champions de l'amélioration de la qualité dans un domaine précis; lancer ou diriger des projets ou des initiatives d'amélioration de la qualité; participer à des comités externes qui discutent et définissent les pratiques exemplaires du secteur que les gestionnaires peuvent rapporter à l'établissement; collaborer avec les



partenaires externes afin de simplifier les points de transition des soins dans le continuum de soins et assurer ainsi la meilleure expérience vécue par l'utilisateur et les meilleurs résultats cliniques possibles.

Les gestionnaires contrôlent et rendent compte à l'instance de gouvernance des priorités d'amélioration de la qualité et des progrès accomplis dans la réalisation de ces projets.

Les initiatives d'amélioration de la qualité permettent à l'établissement de croître, de réaliser ses objectifs, de se démarquer au sein du système de santé et surtout, d'apporter des solutions innovantes aux enjeux de santé vécus par les usagers et les personnes proches aidantes de même que la population desservie.

2.5.3 Les gestionnaires de l'établissement facilitent la participation de la main-d'œuvre, des usagers, et des personnes proches aidantes aux activités d'amélioration de la qualité.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthodes d'évaluation : **Sur place**

Conseils

Un établissement apprenant reconnaît que les idées visant à améliorer la qualité proviennent de l'apport de toutes ses parties prenantes. Les usagers et les personnes proches aidantes apportent un point de vue unique sur les possibilités d'amélioration de la qualité puisqu'ils sont au cœur des décisions et des actions qui en résultent.

Les gestionnaires encouragent la main-d'œuvre, les usagers et les personnes proches aidantes à proposer des idées et à nouer des liens entre eux dans le cadre des activités d'amélioration de la qualité. Pour ce faire, ils utilisent diverses méthodes dont l'analyse des commentaires des usagers et des personnes proches aidantes soit par la convocation de ceux-ci à des groupes de discussion; la mise en place de kiosques pour favoriser le partage de commentaires; des discussions réalisées avec les usagers au point d'intervention; la collecte de commentaires à la fin des soins ou du service. Les résultats favorisent également la participation des parties prenantes aux rencontres qui servent à définir les objectifs d'amélioration.

2.5.4 Les gestionnaires de l'établissement offrent du soutien ou de la formation à la main-d'œuvre et aux usagers impliqués dans des initiatives d'amélioration de la qualité.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**



Conseils

Le soutien et les formations offertes permettent aux parties prenantes de prendre le temps d'intégrer les notions, de mieux comprendre l'ensemble du processus d'amélioration continue de la qualité et de réaliser un projet donné.

Les gestionnaires s'assurent de mettre les outils nécessaires à la disposition des parties prenantes afin qu'elles puissent réaliser les projets. Les besoins et le soutien accordé varient selon la nature du projet. Il peut s'agir notamment d'allocation de ressources humaines et financières; d'une réorganisation des responsabilités qui facilite la participation aux initiatives et aux comités d'amélioration de la qualité; de la formation pour le développement des compétences de gestion de projets; l'accès à des recherches connexes et à des renseignements sur les pratiques exemplaires; l'accès à des ateliers, à des conférences, à des cours, à des séances d'information et d'autres renseignements sur la manière d'entreprendre des initiatives d'amélioration de la qualité et la gestion du changement.

Le soutien par les gestionnaires favorise le renforcement des compétences et des capacités qui peut amener la main-d'œuvre et les usagers à s'impliquer davantage dans la poursuite et la mise en œuvre d'initiatives d'amélioration de la qualité. La réalisation de projets d'amélioration de la qualité renforce le sentiment d'appartenance, d'accomplissement et permet de se sentir utile et de donner un sens au travail.

- 2.5.5 Les gestionnaires de l'établissement favorisent l'utilisation des résultats découlant des initiatives d'amélioration de la qualité impliquant la main-d'œuvre afin de maintenir l'engagement à l'égard de l'amélioration continue.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'analyse des résultats à la suite de la mise en œuvre d'un projet d'amélioration de la qualité permet aux parties prenantes de prendre connaissance des retombées positives, négatives ou inattendues d'un projet.

Les gestionnaires soutiennent le processus d'apprentissage en accordant du temps pour réfléchir aux résultats, en enseignant les compétences nécessaires pour tirer des leçons à partir des résultats, en favorisant une réflexion et le partage des commentaires (p. ex., lors d'analyses rétrospectives) et en trouvant un équilibre entre l'apprentissage à partir des résultats et l'attention à porter aux résultats finaux.



Les résultats sont documentés tout au long du processus de réalisation des projets d'amélioration et ces apprentissages sont pris en compte dans la réalisation de projets subséquents.

- 2.5.6 Les gestionnaires de l'établissement diffusent les résultats des initiatives d'amélioration de la qualité dans l'ensemble de l'établissement et du système de santé et des services sociaux afin d'optimiser l'utilisation de ces apprentissages.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Le partage des connaissances à l'ensemble d'un établissement ou d'un réseau constitue une richesse majeure qui permet aux gestionnaires et aux établissements d'apprendre les uns des autres. Le partage des connaissances permet entre autres aux parties prenantes de distinguer les actions qui ont donné lieu à des résultats positifs pour les usagers et leurs personnes proches aidantes, de ceux qui n'ont apporté aucune valeur ajoutée.

Le partage des connaissances permet aussi de rendre compte des implications ou des impacts des enseignements sur d'autres domaines et de proposer des idées, des stratégies, des ressources et des renseignements pour soutenir la diffusion et la durabilité des améliorations de la qualité (p. ex., en échangeant les enseignements en matière d'amélioration de la qualité par le biais de réseaux ou de communautés de pratique).

Les gestionnaires s'assurent de mettre en application les moyens qui ont donné lieu à des résultats positifs pour les usagers et leurs personnes proches aidantes et d'assurer leur pérennité. Les gestionnaires doivent aussi diffuser les résultats des projets d'amélioration de la qualité aux programmes-services ainsi qu'aux autres partenaires externes.

- 2.5.7 Les gestionnaires de l'établissement témoignent de leur reconnaissance envers la main-d'œuvre, les usagers et les personnes proches aidantes qui participent aux initiatives d'amélioration de la qualité.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils



La participation aux projets d'amélioration de la qualité se doit d'être soulignée et reconnue. La reconnaissance des membres de la main-d'œuvre, des usagers, des personnes proches aidantes, des équipes ou des groupes de programmes précis favorise l'engagement des personnes et contribue à augmenter le sentiment d'appartenance et le développement d'une culture d'apprentissage organisationnelle.

Pour ce faire, les gestionnaires peuvent organiser une reconnaissance publique comme un événement de reconnaissance pour les réalisations marquantes, d'une soirée coups de cœur ou le partage de la réalisation du projet avec les médias locaux. Il peut s'agir également de la remise de prix à partir d'un budget destiné à la reconnaissance. Les gestionnaires peuvent également soutenir la diffusion de publications périodiques de style journal ou de communiqués où la contribution des personnes, des unités, des programmes-services est soulignée.

2.5.8 Les gestionnaires de l'établissement assurent le recours systématique à des processus et des outils d'aide à la décision clinique.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Efficiences** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les gestionnaires reconnaissent les besoins uniques de chacun des usagers et la nécessité d'élaborer des plans de soins et services individualisés. Or, le suivi de processus et l'utilisation d'outils d'aide à la décision clinique aident à réduire les variations inutiles entre les services, contribuent à réduire les risques pour la sécurité des usagers et de la main-d'œuvre, et accroissent la fiabilité et la qualité des services et des soins octroyés.

Les gestionnaires mettent en œuvre des processus inspirés de pratiques optimales afin de limiter les variations inutiles au sein des protocoles ou des directives. Les gestionnaires prennent en compte les points de vue des usagers et des personnes proches aidantes lors de l'élaboration des outils d'aide à la décision clinique.

2.6 Intégrer et promouvoir les concepts de santé et de la sécurité organisationnelles

2.6.1 Les gestionnaires de l'établissement adoptent une approche globale pour promouvoir et soutenir la santé et la sécurité organisationnelles.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**



Conseils

La santé et la sécurité organisationnelles de la main-d'œuvre, des usagers et des personnes proches aidantes constituent des priorités qui doivent être alignées sur la vision, la mission et les valeurs de l'établissement.

En plus d'assurer la sécurité physique, les gestionnaires adoptent une approche globale qui soutient la sécurité psychologique, la sécurité culturelle et le bien-être au sein de sa culture organisationnelle. Pour ce faire, les gestionnaires mettent en œuvre plusieurs initiatives. Il peut s'agir de l'élaboration de politiques de santé et de sécurité organisationnelles en collaboration avec la main-d'œuvre, les usagers et les personnes proches aidantes à l'égard de la non-discrimination et la stigmatisation; la mesure et la collecte des données sur la santé et la sécurité organisationnelles (p. ex., la mesure des préjudices); la mise en œuvre de politiques sur la violence en milieu de travail ou la vaccination; la promotion d'une culture équitable, etc. Les gestionnaires peuvent également mettre en œuvre des formations qui ont pour but de sensibiliser la main-d'œuvre, des usagers et des personnes proches aidantes à la santé et à la sécurité organisationnelles.

Les gestionnaires présentent les résultats à l'instance de gouvernance sous forme de rapports qui font état des objectifs en matière de santé et de sécurité organisationnelles et des progrès accomplis.

- 2.6.2 Les gestionnaires de l'établissement encouragent un environnement de travail équitable dans lequel la main-d'œuvre se sent suffisamment en confiance pour déclarer des problèmes de sécurité.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthodes d'évaluation : **Sur place**

Conseils

Une culture et un environnement de travail équitables favorisent un climat de travail exempt de préjugés, dans lequel la main-d'œuvre se sent suffisamment en confiance pour déclarer les incidents liés à la sécurité, les erreurs et les préoccupations qui pourraient avoir provoqué ou ont provoqué des incidents liés à la sécurité, comme les incidents évités de justesse ou les incidents entraînant des préjudices. Les incidents de sécurité qui se produisent dans un environnement équitable sont considérés comme des occasions d'apprentissage et d'examiner les facteurs qui ont contribué aux incidents et de discuter des moyens afin d'éviter qu'ils se reproduisent.



Pour ce faire, les gestionnaires diffusent les recommandations tirées de la revue des incidents et mettent l'accent sur l'amélioration des systèmes plutôt que sur des constats qui s'apparentent à ceux issus d'une culture du blâme et de réprimandes. Ils adoptent un comportement impartial, équitable, cohérent et positif dans leurs manières de réagir aux problèmes de sécurité signalés, ce qui par conséquent, favorise la déclaration des incidents.

- 2.6.3 Les gestionnaires de l'établissement encouragent une communication ouverte, franche et transparente avec la main-d'œuvre, les usagers et les personnes proches aidantes, pour favoriser l'amélioration de la santé et de la sécurité organisationnelles.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

La communication ouverte, franche et transparente constitue un élément essentiel pour améliorer la santé et la sécurité organisationnelle d'un établissement.

Les gestionnaires mettent à contribution les membres de la main-d'œuvre, les usagers, les personnes proches aidantes pour élaborer une procédure qui permet aux gestionnaires d'assurer la communication active bidirectionnelle avec toutes les parties prenantes afin d'améliorer la santé et la sécurité organisationnelles de l'établissement. La procédure peut comprendre l'utilisation des données provenant d'indicateurs organisationnels en matière de santé et de sécurité qui permettent d'identifier les domaines à améliorer et les moyens pour renforcer la capacité des gestionnaires à apporter ces améliorations. À titre d'exemple, il peut s'agir de données relatives à l'expérience vécue par l'utilisateur, aux infections nosocomiales et aux préjudices causés aux usagers.

- 2.6.4 Les gestionnaires de l'établissement maintiennent une culture de santé et de sécurité organisationnelles au moyen d'outils de sondage et de mesure de la santé et de la sécurité, dans une optique d'amélioration.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils



Une culture de santé et de sécurité organisationnelles fait partie intégrante des valeurs auxquelles doivent souscrire les établissements qui offrent des soins et des services de santé. Une culture de santé et la sécurité organisationnelles se définit par des attitudes et des comportements qui contribuent à la sécurité et au bien-être (y compris la sécurité physique, psychologique et culturelle) de toutes les parties prenantes. L'utilisation de sondages pour évaluer la culture de santé et sécurité organisationnelles une ou deux fois par an permet à l'établissement d'élaborer des paramètres de base et de faire le suivi des progrès accomplis dans la réalisation de ses objectifs stratégiques.

Les gestionnaires mettent en œuvre diverses stratégies et les indicateurs associés qui permettent d'évaluer et d'assurer le suivi des objectifs à l'égard de la culture de santé et de sécurité organisationnelles au sein de l'établissement. Il peut s'agir de l'utilisation d'outils de sondage, notamment celui sur la culture de sécurité des usagers de HSO et des outils de sondages similaires à l'intention de la main-d'œuvre qui permettent d'obtenir un portrait actuel de la culture de sécurité de l'établissement.

Les gestionnaires mettent de l'avant des projets d'améliorations de la qualité qui visent à améliorer la culture de santé ou la sécurité organisationnelles et définissent des points de référence à partir desquels les évaluations futures pourront être comparées.

2.7 Favoriser une approche populationnelle et le respect de la diversité

2.7.1 Les gestionnaires de l'établissement disposent d'un plan stratégique qui décrit les besoins à long terme de sa communauté et des autres parties prenantes en fonction des changements populationnels et démographiques, ainsi que la façon dont l'établissement continuera à répondre aux besoins évolutifs.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Accent sur la population** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Le plan stratégique d'un établissement est un outil qui a pour but de prévoir les besoins des usagers et de la communauté dans le temps. Le plan fait état des ressources (p.ex., la main-d'œuvre, les services) et les infrastructures (p. ex. les bâtiments, les technologies) nécessaires ainsi que des façons qui permettront de les réaliser.

Les gestionnaires doivent consulter le plan stratégique régulièrement et prévoir des améliorations régulières et progressives des infrastructures, l'achat ou la mise à jour de technologies et d'inclure celles-ci au plan stratégique de services du MSSS et ainsi éviter la nécessité de changement et d'investissements soudains et coûteux.



2.7.2 Les gestionnaires de l'établissement soutiennent des initiatives permettant de déterminer les besoins de la communauté en matière de services de santé et de services sociaux, y compris les iniquités, afin de guider la conception et la planification de ses services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Accent sur la population** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Un établissement doit connaître les besoins de sa communauté et par conséquent, il doit veiller à réaliser une évaluation (aussi connue sous le nom d'« évaluation des besoins de la communauté » ou « profil de la communauté ») qui vise à recueillir, et analyser les besoins en matière de santé et de services sociaux.

Afin d'assumer cette responsabilité, les gestionnaires peuvent utiliser une approche de santé populationnelle, de concert avec la Direction de santé publique, lors de l'évaluation afin de comprendre la diversité qui existe au sein de la communauté et des besoins divers qui en résultent. Cette approche prend aussi en considération les tendances et les changements graduels au niveau démographique (p. ex., l'âge, la diversité culturelle, l'alphabétisation, la langue), l'impact des déterminants sociaux de la santé (p. ex., le logement, le statut socio-économique), la prévalence des facteurs de risque pouvant entraîner des problèmes de santé (p. ex., le tabagisme, le surpoids ou l'obésité). L'utilisation de cette approche permet aux gestionnaires de mieux comprendre les déterminants sociaux de la santé et les iniquités qui touchent les populations de la communauté. Ils utilisent ces informations pour identifier les priorités d'action et prendre des décisions en matière de prestation de soins et de services.

Les gestionnaires s'assurent de mettre à contribution les parties prenantes incluant la main-d'œuvre, les usagers et les personnes proches aidantes et la communauté dans le cadre du processus d'évaluation. Ils recueillent des renseignements sur les besoins de la communauté de manière inclusive. Ils peuvent obtenir ces renseignements de diverses manières soient par l'animation de groupes de discussion, la tenue d'assemblées publiques locales, ainsi que les processus de rétroaction ou de l'information découlant du traitement des plaintes, les comités consultatifs des usagers et des personnes proches aidantes. En complémentarité de la rétroaction exprimée par les parties prenantes, les gestionnaires peuvent également consulter les données provenant de sources externes fiables pour orienter leurs décisions.

Les gestionnaires sollicitent la participation des prestataires de soins et services dans le cadre du processus de prise de décisions afin de s'assurer que les preuves cliniques et les pratiques optimales sont prises en compte.



2.7.3 Les gestionnaires de l'établissement doivent communiquer les renseignements sur les besoins de la communauté en matière de santé et de services sociaux aux parties prenantes, y compris à l'instance de gouvernance, à la main-d'œuvre, aux usagers, aux personnes proches aidantes, aux partenaires externes et à la communauté.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Accent sur la population** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Les analyses réalisées par l'établissement sur les besoins de la communauté doivent être communiquées à l'ensemble des parties prenantes. Les gestionnaires déterminent la façon utilisée pour diffuser les informations, notamment le choix à l'égard de la langue de communication, le format de présentation et le niveau de détail.

Le partage et la mise à la disponibilité des informations au sujet des besoins de la communauté démontrent l'ouverture et la transparence de l'établissement. Les gestionnaires s'assurent de respecter les lois et les règlements sur la protection des renseignements personnels lors de la diffusion des informations.

2.7.4 Les gestionnaires de l'établissement adoptent une approche inclusive pour composer les équipes de main-d'œuvre afin de répondre aux besoins diversifiés de la communauté en matière de santé et de services sociaux.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Accent sur la population** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

La diversité sous toutes ses formes caractérise les communautés des régions et des territoires. Il est donc important que les membres de la main-d'œuvre puissent répondre aux besoins variés dans tous les domaines d'activités (p. ex : santé physique, santé publique, santé communautaire, services généraux, soutien à domicile, etc.) que peuvent présenter les usagers de la communauté à cet égard.

La composition d'équipes diversifiées favorise la confiance, la collaboration des usagers et des personnes proches aidantes. L'embauche et la composition d'équipes diversifiées



reflètent également l'engagement d'un établissement en faveur de l'inclusion et du respect de la diversité ce qui ultimement, contribue à répondre à l'ensemble des besoins d'une communauté.

Les gestionnaires s'assurent de bâtir des équipes compétentes à l'image de la communauté qui possèdent des connaissances, des capacités et un vécu culturel diversifiés.

- 2.7.5 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que la main-d'œuvre comprend et répond aux besoins culturels de la communauté afin de fournir des services respectueux de ces spécificités.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Accent sur la population** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Les besoins des usagers en matière de soins et services peuvent être influencés par leurs valeurs culturelles, leurs coutumes et leur héritage historique. Il est donc important de bien comprendre ces éléments afin d'offrir une prestation de service qui tient compte des besoins précis à cet égard. La sensibilité et l'adaptabilité de l'établissement aux besoins culturels permettent aux usagers de se sentir écoutés, compris, respectés et contribuent à renforcer la confiance envers l'établissement et sa main-d'œuvre et améliorer leurs expériences et les résultats cliniques qui en découlent.

Les gestionnaires travaillent de manière concertée avec les membres de la communauté par la mise en place d'activités qui visent à mieux comprendre les besoins liés à la diversité culturelle de la communauté et d'y répondre. À titre d'exemples, les gestionnaires soutiennent la prise de conscience de la diversité culturelle par la diffusion de formations à l'égard de la sécurité et à l'humilité culturelle à l'intention de la main-d'œuvre, par la mise en œuvre des politiques d'accès qui tiennent compte de la diversité culturelle et des besoins associés et par le recrutement et la formation d'équipes de main-d'œuvre qui reflètent la diversité culturelle de la communauté.

Les gestionnaires peuvent évaluer la réponse aux besoins culturels de la communauté par le déploiement de sondages sur l'expérience vécue qui visent à identifier les enjeux. Les résultats sont passés en revue régulièrement afin d'apporter des améliorations.

- 2.7.6 Les gestionnaires de l'établissement impliquent les usagers, les personnes proches aidantes et la communauté dans l'identification des obstacles liés à l'accès aux services et mettent en œuvre des actions pour les surmonter.



Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les obstacles qui limitent l'accès aux soins et services dépendent d'un certain nombre de facteurs. Il peut s'agir notamment d'enjeux liés au coût des soins et services, à la disponibilité, à l'accessibilité, à la situation géographique, à la langue, à la stigmatisation, à la discrimination et au manque de sécurité culturelle lors des soins et services.

Lorsque les obstacles liés à l'accès aux soins et services sont éliminés ou réduits, l'expérience vécue et les résultats positifs sur la santé sont augmentés.

Afin d'éliminer ou réduire les obstacles liés à l'accès, les gestionnaires travaillent de manière concertée avec les parties prenantes afin d'identifier les enjeux d'accès et proposer des solutions pour améliorer l'accès aux soins et service de santé. À titre d'exemples, les gestionnaires peuvent travailler avec les partenaires externes afin d'identifier des programmes qui permettent de diminuer les coûts associés à un soin ou service; orienter les usagers et les personnes proches aidantes vers des organismes qui offrent un soutien psychologique, physique ou financier comme les services de transport adapté, l'accompagnement bénévole ou autres.

Afin de surmonter les obstacles liés à la situation géographique des usagers et des personnes proches aidantes, les gestionnaires peuvent envisager des modèles de soins adaptés (p. ex., des services de télésanté, des cliniques mobiles) pour favoriser l'accès aux communautés éloignées.

2.7.7 Les gestionnaires de l'établissement mettent en place des moyens pour aider les usagers et les personnes proches aidantes à s'orienter dans la trajectoire de soins au sein de l'établissement et en lien avec des organismes externes impliqués dans l'offre de services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

S'orienter dans le système de santé et de services sociaux afin d'obtenir les soins et services dont ils ont besoin peut s'avérer difficile pour de nombreux usagers.

Les gestionnaires s'assurent de mettre à la disposition des usagers et des personnes proches aidantes des aides et des ressources. Il peut s'agir notamment de la remise de documentation et des outils afin qu'ils puissent comprendre la trajectoire de soins tout au



long des différentes étapes de l'affectation, des services offerts par l'établissement et le système de santé pour les habiliter à trouver de l'information et répondre à leurs questions ou même l'accès à un navigateur de système qui peut les guider.

Les gestionnaires mettent à contribution les usagers et les personnes proches aidantes afin d'identifier et concevoir la documentation et les outils qui peuvent aider les personnes à s'orienter dans le système. La documentation et les outils peuvent être sous forme de dépliants, de brochures, de séances d'information, de contenus numériques ou portails Web. Les gestionnaires peuvent aussi remettre une liste de coordonnées téléphoniques et courriels non nominative des services de l'établissement, des organismes communautaires et des partenaires externes à contacter au besoin. Les gestionnaires s'assurent que la liste des coordonnées est pertinente et maintenue à jour.

2.7.8 Les gestionnaires de l'établissement communiquent aux usagers et aux personnes proches aidantes des renseignements sur les ressources d'aide et les services présents dans la communauté afin de promouvoir la santé et le bien-être de la population en général.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

En apport aux soins et services offerts par un l'établissement, des ressources d'aide sont souvent disponibles au sein de la communauté afin de promouvoir et maintenir la santé et le bien-être de la population.

Les facteurs sociaux et économiques ont une incidence sur la santé et le bien-être des personnes. Pour en citer quelques-uns, on parle notamment du revenu et statut social; l'éducation et l'alphabétisation; l'emploi, le logement; le développement de la petite enfance; l'insécurité alimentaire; la compétence informationnelle en santé; les habitudes de vie et les capacités d'adaptation ou l'inclusion et l'exclusion sociales. Lorsque ces personnes choisissent d'accéder à des ressources d'aide, la santé et le bien-être en sont donc améliorés.

La communication de renseignements sur les ressources d'aide disponibles au sein de la communauté sert à outiller les usagers et les personnes proches aidantes dans la prise en charge de leur santé et à les informer des différentes options qui s'offrent à eux.

Les gestionnaires s'associent aux organismes de la communauté afin d'obtenir des informations pertinentes qui pourront être communiquées aux usagers et leurs personnes proches aidantes. Les gestionnaires s'assurent que les renseignements sont



disponibles dans les langues fréquemment parlées par les membres de la communauté. Les gestionnaires peuvent faciliter l'accès aux services de la communauté de différentes manières soient par la distribution de matériel imprimé, la pose d'affiches, la publication de l'information sur le site Web de l'établissement, la mise à disposition d'un local sur place pour l'utilisation des organismes qui visent la promotion de la santé ou, l'orientation vers des pairs aidants.

2.7.9

Les gestionnaires de l'établissement optimisent le cheminement des usagers au sein de leur établissement.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Conseils du test de conformité 2.7.9.1 :

Le cheminement des usagers tient compte du parcours de soins des usagers au sein d'un établissement, à l'extérieur d'un établissement et entre les établissements du début jusqu'à la fin de la trajectoire de soins.

Il est essentiel de tenir compte du cheminement complet des usagers puisque les obstacles rencontrés à divers moments peuvent entraîner des répercussions importantes sur la santé et les autres aspects du service.

Les gestionnaires s'assurent que la stratégie de cheminement des usagers de l'établissement est conçue conjointement avec les usagers, la communauté, les partenaires externes, la main-d'œuvre et les autres parties prenantes. Les gestionnaires s'assurent que le cheminement des usagers intègre des perspectives interorganisationnelles et intraorganisationnelles afin d'optimiser la sécurité et vise des résultats précis.

Les gestionnaires tiennent compte des éléments suivants lors de l'élaboration de la stratégie de cheminement des usagers : les sources de la demande (p. ex., urgence, admissions imprévues et planifiées, consultation externe, soins de suivi); les variations de la demande; la disponibilité de l'établissement à répondre à une demande extraordinaire; les facilitateurs et obstacles au cheminement des usagers; les risques et conséquences d'une surcapacité (p. ex., incidents préjudiciables).

Les gestionnaires doivent également s'assurer que la stratégie de cheminement des usagers est alignée sur des indicateurs, des mesures ainsi que les exigences provinciales ou territoriales.

Conseils du test de conformité 2.7.9.2 :



Le plan d'action opérationnel identifie les stratégies utilisées par l'établissement pour prévenir et gérer de manière proactive les problèmes de cheminement des usagers, les rôles et les responsabilités des personnes impliquées dans l'action et la façon dont le changement sera mesuré. Les rôles et les responsabilités devraient également s'étendre aux partenaires externes afin de faciliter la transition harmonieuse des usagers vers le type et le niveau de soins les plus appropriés (p. ex., établissements de soins de longue durée, soins à domicile, soins communautaires, réadaptation, soins primaires).

Le plan d'action opérationnel identifie les cibles pour le cheminement des usagers qui sont éclairées par des données probantes, basées sur des références comparatives internes et externes, et alignées sur les pratiques optimales et les objectifs de cheminement des usagers d'établissements comparables.

Des cibles spécifiques peuvent être identifiées pour les données relatives au cheminement des usagers, comme le temps de transfert des usagers à un lit en milieu hospitalier à la suite d'une décision d'admission; la durée du séjour aux services des urgences pour les usagers non admis; le transfert des usagers vers des établissements de soins de longue durée; et les temps d'attente pour la chirurgie, les services de soins à domicile, la santé mentale et les services de traitement des dépendances.

Les indicateurs doivent être évalués régulièrement pour s'assurer qu'ils sont pertinents. L'établissement recueille des données sur le cheminement des usagers quant à la fréquence et la durée d'attente des usagers pour les services, qui peuvent inclure des données sur les listes d'attente, la durée du séjour, les délais d'exécution des résultats de laboratoire ou d'imagerie diagnostique, les temps de placement dans la communauté ou les temps de réponse des consultants.

L'établissement améliore le cheminement des usagers en utilisant les données recueillies pour mettre en œuvre des interventions qui prennent en considération les obstacles et les fluctuations de la demande.

Conseils du test de conformité 2.7.9.3 :

En plus d'une stratégie de cheminement des usagers, l'établissement dispose de protocoles pour gérer efficacement le cheminement des usagers. Les protocoles peuvent comprendre la façon de travailler avec des établissements externes pour assurer des transitions harmonieuses et opportunes des soins. Les protocoles doivent surveiller et fournir des conseils sur la façon de gérer les arrérages, les obstacles et les périodes de pointe. Dans les établissements de soins de courte durée, cela peut inclure les périodes de pointes des urgences et la gestion des lits. Dans les milieux communautaires, cela peut inclure la gestion de la liste d'attente, la gestion de la charge de travail et des cas, et la durée du séjour en fonction des besoins.



Conseils du test de conformité 2.7.9.4 :

Les données sont recueillies en continu, les résultats sont examinés et la stratégie est mise à jour au besoin. La surveillance s'effectue en continu et les gestionnaires sont informés de tout changement important ou soudain dans les données. L'établissement a mis en place des initiatives d'amélioration continue de la qualité établies en fonction des cibles du cheminement des usagers. L'instance de gouvernance est sensibilisée aux principes clés de qualité et de sécurité pour aider les membres à comprendre, surveiller et superviser efficacement la performance qualité de l'établissement.

Conseils du test de conformité 2.7.9.5 :

Des rapports sur les progrès réalisés quant à la stratégie de cheminement des usagers sont régulièrement mis à disposition. La diffusion des données comprend notamment le partage d'expériences avec d'autres établissements de santé et de services sociaux afin d'offrir des occasions d'apprentissage les uns des autres.

Test(s) de conformité

- 2.7.9.1 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent qu'une stratégie de cheminement des usagers à l'échelle de l'établissement qui correspond aux besoins des populations qu'il dessert est mise en place.
- 2.7.9.2 Les gestionnaires de l'établissement veillent à ce qu'il y ait un plan d'action opérationnel qui s'harmonise avec la stratégie de cheminement des usagers de l'établissement.
- 2.7.9.3 L'équipe met en œuvre des protocoles pour gérer efficacement le cheminement des usagers.
- 2.7.9.4 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent qu'il existe des mécanismes pour assurer le suivi et ajuster la stratégie de cheminement des usagers.
- 2.7.9.5 Les gestionnaires de l'établissement rendent régulièrement compte des progrès réalisés par rapport à la stratégie de cheminement des usagers à l'instance de gouvernance, à la main-d'œuvre, aux



usagers et aux personnes proches aidantes, à la communauté et aux autres parties prenantes.

2.8 Analyser l'environnement pour déterminer les priorités et élaborer le plan stratégique

2.8.1 Les gestionnaires de l'établissement élaborent des critères permettant de déterminer les priorités de soins et services de l'établissement en tenant compte de sa vision, sa mission et ses valeurs, et en collaborant avec la main-d'œuvre, les usagers, les personnes proches aidantes et les autres parties prenantes.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Les critères pour établir les priorités de soins et services d'un l'établissement tiennent compte de ceux identifiés au niveau régional et ceux identifiés au sein de la planification stratégique du MSSS, ainsi que sur la rétroaction obtenue auprès des parties prenantes. Les critères utilisés pour établir les priorités s'alignent également sur la vision, la mission et les valeurs d'un établissement et les ressources dont il dispose.

Les gestionnaires doivent définir les critères qui seront utilisés afin de les aider à déterminer les initiatives et les objectifs sur lesquels concentrer leurs efforts, à prioriser les problèmes de qualité ou de sécurité particuliers et à s'assurer qu'ils soient alignés sur la vision, mission et valeurs de l'établissement.

Les gestionnaires travaillent de manière concertée avec les parties prenantes pour déterminer les priorités de soins et services soit par l'organisation de groupes de discussion, le déploiement de sondages à l'égard des besoins ou autres activités de collaboration conjointe. Les gestionnaires consultent également les documents relatifs aux priorités ministérielles en santé du MSSS.

2.8.2 Les gestionnaires de l'établissement disposent d'un plan stratégique qui détermine les priorités de l'établissement et la manière dont elles seront réalisées.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils



Tout établissement de santé et de services sociaux dispose d'un plan stratégique qui veille à répondre aux besoins de la communauté sur une période donnée.

La mise en œuvre du plan stratégique débute par la consultation des parties prenantes notamment, la main-d'œuvre, les usagers, les personnes proches aidantes, la communauté et, le cas échéant, les actionnaires afin d'assurer l'alignement avec la vision, la mission et les valeurs de l'établissement et les besoins de la population.

Les gestionnaires de concert avec l'instance de gouvernance peuvent examiner des facteurs ciblés comme les résultats qui découlent des rapports en matière de la santé populationnelle, la gestion des risques, les résultats antérieurs ou mener une analyse SWOT (des forces, des opportunités, des faiblesses et des menaces) afin d'éclairer la mise en œuvre du plan stratégique. Les gestionnaires devraient accorder la priorité aux besoins de la communauté (c.-à-d., de maximiser le bien public) ainsi qu'aux autres parties prenantes plutôt que de viser l'augmentation du financement.

2.8.3 Les gestionnaires de l'établissement analysent l'environnement de façon continue afin d'adapter le plan stratégique en fonction du contexte et de l'évolution des besoins.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:
Attestation

Conseils

Le plan stratégique d'un établissement est un document dynamique. C'est-à-dire que celui-ci peut être adapté en fonction des changements qui surviennent dans l'environnement. Les gestionnaires doivent procéder à une analyse de l'environnement interne et externe afin de s'assurer que le plan stratégique de l'établissement soit bien aligné et que les objectifs puissent être réalisés. L'analyse de l'environnement comprend l'identification et la revue des facteurs qui peuvent occasionner des changements, des possibilités, des défis et des risques susceptibles d'avoir un impact sur l'établissement et sur sa capacité à atteindre ses buts et objectifs.

Les gestionnaires doivent tenir compte des facteurs d'influence et veiller à adapter les actions et les objectifs du plan stratégique établis initialement par le biais d'analyses continus. Les facteurs d'influence peuvent comprendre l'évolution des besoins de la population desservie, des parties prenantes, les politiques gouvernementales, la géopolitique, les règlements et l'économie, les coûts des biens et des services, la croissance de la population, l'âge de la population ou de la disponibilité de la main-d'œuvre. Les modifications apportées au plan stratégique de l'établissement doivent être préalablement autorisées par l'instance de gouvernance.



2.8.4 Les gestionnaires de l'établissement favorisent l'utilisation d'approches novatrices visant la création de solutions stratégiques pour relever les défis actuels et futurs auxquels font face l'établissement et le système de santé et de services sociaux.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

En tant qu'organisations apprenantes qui visent l'amélioration continue, les établissements de santé et services sociaux sont appelés à se réinventer sans cesse afin de relever les défis actuels et futurs au bénéfice de la population.

La mise en œuvre d'actions proactives qui soutiennent la recherche, le développement et le déploiement de projets pilotes assure que les soins et services de santé prodigués sont conformes aux pratiques optimales basées sur des données probantes récentes.

Les gestionnaires encouragent l'utilisation d'approches novatrices pour élaborer des stratégies qui visent à résoudre ou atténuer les problèmes existants et futurs liés à la prestation de soins et services offerte par l'établissement ainsi qu'à ceux du système de santé dans son ensemble. L'innovation peut inclure de nouveaux protocoles de soins pour améliorer les résultats cliniques, des outils informatisés pour améliorer la performance, l'efficacité et l'efficacités, des processus pour assurer la qualité, le développement durable, augmenter la sécurité ou contrôler les coûts.

Les gestionnaires consacrent du temps et des ressources nécessaires à la résolution de problèmes de manière novatrice ou créative. Il peut s'agir de l'organisation de rencontres régulières de remue-méninges pour dégager des pistes de solutions aux problématiques exposées ; l'adhésion à des communautés de pratiques où il y a un partage de pratiques optimales ; l'exploration et la mise à l'essai de nouvelles technologies, produits ou équipements novateurs.

Les idées qui émergent et les solutions qui s'en suivent peuvent être définies à partir d'initiatives antérieures d'amélioration de la qualité ou à la suite d'une collecte d'informations auprès des usagers et des personnes proches aidantes.

2.8.5 Les gestionnaires de l'établissement définissent des buts et des objectifs dans le plan stratégique qui sont conformes à la vision, la mission et les valeurs de l'établissement.



Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Les objectifs du plan stratégique d'un l'établissement doivent être mesurables (objectifs quantitatifs ou qualitatifs) et doivent servir à répondre aux besoins des parties prenantes. Les objectifs doivent également refléter les besoins liés à l'état de santé de la communauté, celles établies par le gouvernement ainsi que viser la réduction des risques et prendre en compte les possibilités qui s'offrent à l'établissement.

Les gestionnaires travaillent de manière concertée avec les usagers et les personnes proches aidantes pour une conception conjointe des objectifs. Les gestionnaires utilisent des processus structurés pour définir les objectifs afin qu'ils soient spécifiques, appropriés, réalistes et temporels. Ils s'assurent que les objectifs sont ensuite traduits par des objectifs opérationnels à réaliser sur le terrain. Les objectifs opérationnels peuvent être présentés en format papier ou électroniques et discutés lors des séances de service. Il est important d'identifier un porteur et des collaborateurs pour chacun des objectifs ainsi que les objectifs opérationnels qui en découlent. Les gestionnaires peuvent prévoir le développement d'indicateurs pour chacun d'eux qui permettent de suivre la performance à intervalles régulière pour ajuster les actions au besoin. La revue des indicateurs de performance peut être intégrée comme point récurrent à l'ordre du jour des séances du comité de direction.

- 2.8.6 Les gestionnaires de l'établissement communiquent le plan stratégique à la main-d'œuvre, aux usagers, aux personnes proches aidantes, à la communauté et aux autres parties prenantes.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Accent sur la population** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'atteinte des objectifs stratégiques d'un établissement s'effectue par une participation active de toutes les parties prenantes. Pour ce faire, il est important que toutes les parties prenantes soient informées du plan stratégique de l'établissement et connaissent l'ensemble des orientations stratégiques retenues par les gestionnaires, qu'ils adhèrent à la vision, à la mission et aux valeurs de l'établissement et qu'ils soient impliqués dans la réalisation des objectifs et des actions qui en découlent.

Une meilleure connaissance favorise l'adhésion, la participation et permet de donner un sens au travail pour la main-d'œuvre.



Les gestionnaires s'assurent de diffuser le plan stratégique de l'établissement à la main-d'œuvre, aux usagers, aux personnes proches aidantes, à la communauté et aux autres parties prenantes de diverses façons. La communication du plan en partie ou dans son intégralité est adaptée à l'audience et aux besoins. Par exemple, les objectifs peuvent être affichés sur un babillard, au sein d'une unité et faire l'objet de discussions d'équipe régulières. Le plan stratégique dans son intégralité peut être accessible sur le site Web de l'établissement. Les gestionnaires peuvent également utiliser du matériel imprimé pour communiquer les grandes lignes du plan stratégique de l'établissement.

- 2.8.7 Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre le plan stratégique en s'assurant que les activités opérationnelles soient alignées avec les priorités stratégiques, à tous les paliers de l'établissement.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:
Attestation

Conseils

La mise en œuvre des activités opérationnelles représente un défi constant dans la réalisation du plan stratégique et nécessite un suivi rigoureux afin de s'assurer de bien répondre aux priorités stratégiques de l'établissement.

Les gestionnaires utilisent un processus éclairé par des données probantes pour la mise en place du plan stratégique et peuvent faire participer les usagers et les personnes proches aidantes à ce processus. Les gestionnaires s'assurent que l'imputabilité de réalisation des activités opérationnelles soit attribuée aux bonnes personnes, que les objectifs soient concrets, adaptés et réalisables selon la fonction (p. ex., le gestionnaire ou l'employé dispose des moyens et de la capacité décisionnelle afin de réaliser l'objectif).

La mise en place de révisions périodiques et structurées permet aux gestionnaires de bien suivre l'évolution des activités opérationnelles dans tout l'établissement et d'apporter des ajustements s'il y a lieu.

2.9 Définir une structure organisationnelle qui soutient la réalisation des objectifs stratégiques

- 2.9.1 Les gestionnaires de l'établissement maintiennent une structure organisationnelle en cohérence et en soutien à la réalisation du plan stratégique.



Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Efficiencia** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

La mise en œuvre d'un plan stratégique requiert plusieurs joueurs notamment des personnes qui sont responsables de la définition des orientations stratégiques, ceux qui assurent le déploiement des objectifs sur le terrain et le suivi, ainsi que des personnes capables d'opérationnaliser concrètement les actions.

La structure organisationnelle d'un établissement devrait permettre de réaliser la planification stratégique et les objectifs opérationnels qui en découlent et par conséquent, répondre aux besoins des usagers, des personnes proches aidantes, de la communauté et ceux de toutes les parties prenantes.

Les gestionnaires, de concert avec l'instance de gouvernance, s'assurent que la structure organisationnelle de l'établissement soutient la réalisation du plan stratégique. Entre autres, ils veillent à définir les services requis et les directeurs afférents, la composition des équipes (gestionnaires et employés) et les ratios de main-d'œuvre adéquats basés sur les données probantes, tout en s'assurant que la structure de l'établissement est conforme aux lois et règlements en vigueur.

- 2.9.2 Les gestionnaires de l'établissement veillent à ce que les rapports hiérarchiques soient clairement définis lorsque la structure organisationnelle est établie ou révisée afin que le niveau de responsabilité de chacun soient connus et assumés.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Les rapports hiérarchiques entre la main-d'œuvre d'un établissement constituent un élément clé pour assurer une prestation de soins et services fiable, sécuritaire et de haute qualité. Lorsque les rôles et les responsabilités de chacun sont connus par les membres de la main-d'œuvre, ceux-ci peuvent rapidement assurer la prise en charge des usagers afin de les orienter vers le bon service ou la bonne personne et ainsi améliorer l'efficiencia du système dans son ensemble. Une prise en charge pertinente résulte en une meilleure expérience pour les usagers et leurs personnes proches aidantes, de meilleurs résultats cliniques et favorise une plus grande imputabilité des gestionnaires et des membres de la main-d'œuvre envers l'établissement et les usagers.



Les gestionnaires veillent à ce que les rapports hiérarchiques favorisent un équilibre entre l'autonomie professionnelle et la responsabilité des gestionnaires en matière de coordination et de contrôle généraux.

Les gestionnaires s'assurent que les membres de la main-d'œuvre connaissent les rapports hiérarchiques de l'établissement et comment ceux-ci s'appliquent dans le cadre de leur prestation de service. Les rapports hiérarchiques peuvent être définis au sein des descriptions de fonction et expliqués aux membres de la main-d'œuvre lors de l'embauche et lors de toutes modifications apportées à la structure organisationnelle le cas échéant.

- 2.9.3 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que l'attribution des responsabilités soit claire et correcte pour atteindre les buts et objectifs stratégiques de l'établissement.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

L'attribution de responsabilités claires et la définition de l'imputabilité ultime au sein des politiques et procédures et des travaux sont essentielles à l'atteinte des objectifs opérationnels de l'établissement. Les plans stratégiques servent à réaliser les objectifs de performance de l'établissement.

Les gestionnaires doivent mettre en œuvre des plans opérationnels qui définissent clairement les actions à réaliser, les porteurs et collaborateurs et les résultats attendus. Les gestionnaires veillent à ce que l'attribution des responsabilités soit alignée sur sa structure organisationnelle, sur la gamme et les types de soins et services offerts ainsi que sur la composition et la répartition des équipes dans l'ensemble de l'établissement.

Pour ce faire, les gestionnaires s'assurent que les plans opérationnels identifient les objectifs de manière précise incluant les porteurs et les collaborateurs; qu'ils soutiennent un leadership et un travail d'équipe efficace et efficient; qu'ils permettent l'intégration des soins et services tout au long du continuum de soins et qu'ils identifient les personnes imputables des actions et des résultats.

- 2.9.4 Les gestionnaires de l'établissement adoptent une approche de leadership partagée mettant à contribution plusieurs individus et niveaux d'autorité, tout en précisant la responsabilité de chacun.



Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Un leadership partagé repose sur la prémisse que les responsabilités ou les tâches du leadership peuvent être réparties entre plusieurs personnes ayant souvent le même niveau d'autorité. Cette pratique de leadership est particulièrement utile dans les environnements complexes ou les grands établissements dans lesquels les gestionnaires peuvent assumer l'entièreté des responsabilités qui leur incombent. Ces pratiques offrent une approche collaborative dans laquelle les responsabilités de leadership peuvent être partagées équitablement au sein de l'équipe, en exploitant les forces de chacun tout en maintenant une attribution claire de la responsabilité ultime qui incombe à chaque gestionnaire de l'établissement. Il permet d'utiliser les compétences disponibles dans l'ensemble de l'établissement et de les utiliser de façon optimale. Le leadership partagé sert à exprimer une prise de position groupée et soutenue par plusieurs gestionnaires de façon à influencer volontairement les autres membres.

Les gestionnaires définissent les responsabilités de gestion de chacun et identifient clairement le responsable ultime des opérations selon un projet ou un mandat. À titre d'exemple, lors de l'élaboration de plans d'action, les gestionnaires identifient la personne imputable de la réalisation d'un objectif donné ainsi que des collaborateurs appelés à jouer un rôle de gestion en ce sens. Ils peuvent également inclure ces informations aux définitions de fonction des gestionnaires comme exemple, préciser si une direction ou un gestionnaire assure une fonction soutien ou détient le pouvoir de décision ultime.

- 2.9.5 Les gestionnaires de l'établissement collaborent avec la main-d'œuvre, les usagers, les personnes proches aidantes et les autres parties prenantes pour élaborer les plans opérationnels découlant du plan stratégique.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les plans opérationnels précisent les moyens à court terme que l'établissement utilisera afin d'atteindre les buts et les objectifs établis dans le plan stratégique, y compris les activités et les ressources nécessaires afin d'y parvenir. Les plans opérationnels doivent être travaillés en collaboration avec la main-d'œuvre, les usagers, les personnes



proches aidantes et l'ensemble des parties prenantes puisque l'atteinte des résultats est tributaire à l'adhésion de toutes ces personnes et visent parallèlement à répondre à l'ensemble des besoins collectifs.

Le processus utilisé par les gestionnaires pour travailler de manière concertée avec les parties prenantes sera déterminé et varie en fonction de la culture, des valeurs et de l'approche décisionnelle et du leadership, ainsi que de la manière dont les parties prenantes souhaitent y participer. Les gestionnaires peuvent par exemple, utiliser les conseils consultatifs pour animer des discussions sur les modalités de consultation à prioriser pour chacun des groupes. À titre d'exemple, ils peuvent aussi être invités à participer à une rencontre du comité des usagers afin de discuter des moyens à mettre en œuvre pour favoriser la participation des usagers et des personnes proches aidantes. Les gestionnaires peuvent aussi entreprendre des discussions avec les syndicats afin de favoriser la participation des représentants syndicaux à l'élaboration des plans opérationnels.

Les gestionnaires peuvent également inclure les orientations ou les priorités d'autres parties prenantes, tels que les gouvernements dans l'élaboration des plans opérationnels.

2.9.6 Les gestionnaires de l'établissement définissent les ressources, les systèmes et l'infrastructure nécessaires pour fournir les services et réaliser les objectifs du plan stratégique.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Efficiencia** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Une planification stratégique doit être réalisable. Pour ce faire, les objectifs qui découlent du plan stratégique doivent tenir compte des ressources humaines et matérielles, des systèmes de gestion de l'information, des allocations budgétaires, ainsi que des capacités et des besoins en matière d'infrastructure (p. ex., les bâtiments, l'espace, l'équipement et les fournitures) de l'établissement et du système qui le soutient. La planification opérationnelle doit s'assurer de répondre aux questions du pourquoi, comment, par qui et par quels moyens.

Les plans opérationnels servent souvent de base pour l'élaboration du budget annuel d'exploitation de l'établissement.

En fonction de la taille de l'établissement, les gestionnaires peuvent choisir d'aborder ces éléments dans un seul plan ou élaborer des plans séparés pour aborder chaque élément. Si des plans distincts sont élaborés, l'établissement dispose d'un processus



afin de s'assurer que les priorités et les répartitions des ressources entre les différents plans soient alignées et permettent d'atteindre les objectifs de façon intégrée.

- 2.9.7 Les gestionnaires de l'établissement élaborent, mettent en œuvre et actualisent les politiques et les procédures à l'égard de l'ensemble des opérations, activités et systèmes principaux.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Une revue périodique des politiques et des procédures permet aux gestionnaires d'un établissement de s'assurer que la teneur de ces documents est toujours d'actualité, que le contenu est cohérent avec les valeurs de l'établissement, qu'elles respectent les lois et règlements en vigueur et surtout, qu'elles répondent aux besoins actuels des parties prenantes.

Les gestionnaires disposent de politiques, de procédures et de plans pour les fonctions, ses opérations et ses systèmes principaux, y compris des procédures opérationnelles normalisées. Les gestionnaires mettent à contribution les parties prenantes lors du processus d'élaboration et de modification des politiques et des procédures qui ont des impacts sur les usagers et les personnes proches aidantes. Dans le cadre d'une approche de soins centrés sur la personne, les gestionnaires peuvent animer des groupes de discussion qui permettent d'accueillir les commentaires des parties prenantes à l'égard de certaines politiques ou procédures et adapter le contenu au besoin.

De plus, il est souhaitable que les gestionnaires disposent d'un calendrier qui permet de suivre les révisions périodiques aux documents organisationnels afin de les planifier, notamment celles des politiques et procédures de l'établissement.

- 2.9.8 Les gestionnaires de l'établissement communiquent les plans opérationnels aux parties prenantes concernées.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Accent sur la population** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La présentation des plans opérationnels aux membres de la main-d'œuvre ainsi qu'aux autres parties prenantes concernées permet à ceux-ci de mieux comprendre les enjeux



auxquels l'établissement est confronté et de susciter l'appropriation des plans et des actions à réaliser sur le terrain afin d'atteindre les objectifs et conséquemment veiller à l'amélioration de la qualité.

La présentation initiale peut s'effectuer lors des rencontres de services où les gestionnaires expliquent le plan opérationnel de l'établissement de façon détaillé. Les plans opérationnels peuvent également être affichés dans les aires des employés des services accompagnés d'outils qui permettent de constater l'état d'avancement des projets ou objectifs.

2.9.9 Les gestionnaires de l'établissement utilisent une variété de systèmes et d'outils de gestion pour mettre en œuvre les plans opérationnels et rendre compte des progrès accomplis et de l'atteinte des résultats attendus.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Afin de réaliser la planification stratégique d'un établissement, les gestionnaires doivent disposer de systèmes et outils de gestion qui visent à soutenir la mise en œuvre des plans opérationnels qui en découlent, y compris la coordination, l'évaluation et l'amélioration des processus organisationnels.

Les gestionnaires veillent à identifier et sélectionner des systèmes et des outils de gestion pour soutenir la mise en œuvre des plans opérationnels et en assurer le suivi. À titre d'exemple, ils peuvent mettre en place divers outils comme la création de salles de pilotage au sein des services ou des unités pour l'affichage de tableaux de bord afin de suivre l'évolution de l'atteinte des objectifs propres à leur service ou unité. Les systèmes et les outils peuvent comprendre d'autres outils comme ceux qui facilitent la gestion de projet, la production de rapports financiers, des fiches de performance et des indicateurs qui sont directement liés aux plans opérationnels.

2.10 Mesurer la performance en continu et veiller à l'élaboration et la réalisation des plans d'amélioration de la qualité

2.10.1 Les gestionnaires de l'établissement réfèrent à des indicateurs de mesure de la performance pour veiller à la réalisation des objectifs stratégiques et opérationnels.



Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

La mise en place d'un système complet pour mesurer la performance est essentielle afin que les gestionnaires puissent suivre la réalisation des objectifs stratégiques et opérationnels de l'établissement au fil du temps. La mesure de la performance permet aussi l'évaluation des forces et des faiblesses par rapport à d'autres établissements. Le suivi d'indicateurs précis permet aux gestionnaires de constater les écarts de performance et d'ajuster les actions en fonction des résultats. Un ensemble d'indicateurs de performance doit être défini et comprendre des mesures de processus et de résultats ainsi qu'une base de référence pour évaluer le rendement futur contre celle-ci.

Les gestionnaires, en collaboration avec l'instance de gouvernance, doivent choisir des indicateurs qui sont pertinents, appropriés et liés aux objectifs stratégiques. Les indicateurs choisis doivent également refléter les dimensions de la qualité (p. ex., l'accent sur la population, l'accessibilité, la sécurité, le milieu de travail, les soins centrés sur la personne, la continuité des services, la pertinence et l'efficacité). Les indicateurs de l'établissement devraient également inclure des mesures qui sont cohérentes avec les mesures à l'échelle du système de santé et de services sociaux (p. ex., entrée des données dans Gestred) ou avec les mesures externes qui permettent de relier les données internes aux sources de données externes de la province ou du territoire, pancanadiennes ou mondiales.

- 2.10.2 Les gestionnaires de l'établissement communiquent régulièrement les résultats des indicateurs de mesure de la performance aux parties prenantes concernées.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Accent sur la population** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

La communication des résultats de performance aux parties prenantes favorise un climat de confiance et de soutien et démontre l'ouverture et la transparence d'un établissement.

Les gestionnaires doivent communiquer les résultats liés à la performance de l'établissement aux parties prenantes et à l'instance de gouvernance dans un esprit d'amélioration continue de la qualité de l'ensemble de ses pratiques par divers moyens. À titre d'exemple, il peut s'agir notamment de la pose d'affiches et des tableaux de bord à divers endroits, une présentation lors de divers comités, sur le site Web de l'



l'établissement ou lors des rencontres du comité d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques. Les gestionnaires peuvent également rendre disponibles certains rapports comme ceux qui font état des résultats des initiatives et des progrès accomplis dans la réalisation des objectifs stratégiques. Les gestionnaires doivent communiquer les informations relatives à la performance de l'établissement selon la nature du service ou du public cible (p. ex., indicateur du taux de chute pour le personnel de soins; diminution de l'utilisation des antipsychotiques pour la pharmacie, les médecins et le personnel de soins, amélioration de l'expérience usager pour ces derniers ainsi que leurs personnes proches aidantes).

- 2.10.3 Les gestionnaires de l'établissement utilisent les données évolutives sur le portrait de santé de la population afin d'évaluer la pertinence et l'efficacité des services offerts, et ce, en collaboration avec la Direction de santé publique.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Les établissements, leurs mandats, ainsi que les soins et services qu'ils offrent ont pour but de répondre aux besoins populationnels. Afin qu'un établissement puisse répondre adéquatement aux besoins de la population, il doit s'assurer de connaître et de bien comprendre les renseignements importants qui caractérisent les personnes au sein de la communauté qu'il sert.

Les renseignements à l'égard des besoins et l'état de santé de la communauté peuvent aider les gestionnaires à évaluer l'efficacité des soins et services offerts et comment ceux-ci contribuent à répondre aux besoins. Les renseignements peuvent également servir à identifier les lacunes et les enjeux au sein des services (qu'ils soient nouveaux ou existants) et à identifier des actions afin d'y remédier. Les renseignements peuvent inclure des données démographiques (p. ex., estimations et projections de population par territoire sociosanitaire du MSSS ou de santé; analyses de l'état de santé de la population de l'INSPQ).

Les gestionnaires étudient et utilisent les données provenant de sources fiables lors de la planification des soins et services de l'établissement.

- 2.10.4 Les gestionnaires de l'établissement recueillent des commentaires de satisfaction en mode continu et en temps réel auprès des usagers et des personnes proches aidantes quant à leur expérience de soins et services.



Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La durée d'un soin, d'un service ou d'un séjour dans un établissement est appelée à varier selon les conditions cliniques des usagers. La réception et le traitement des données en temps réel à l'égard de l'expérience de soins et services favorisent une intervention rapide par la mise en place d'actions qui visent à améliorer, modifier ou apporter une solution à une situation donnée. La compréhension de l'expérience vécue par l'utilisateur et de la satisfaction des usagers est un élément essentiel afin d'assurer que les soins et les services soient davantage centrés sur la personne. L'accès aux données en temps réel permet aussi aux gestionnaires d'évaluer le rendement organisationnel rapidement à la suite de l'octroi d'un soin ou d'un service.

Les gestionnaires s'assurent que les procédures en place dans un établissement permettent aux usagers et aux personnes proches aidantes de donner leur rétroaction à l'égard des soins et services qui leur sont prodigués et de recevoir un suivi en temps opportun. Il peut s'agir notamment de la mise en place de procédures normalisées comme le déploiement d'un sondage à fréquence périodique au sein d'un service, des appels de suivi effectués aux personnes proches aidantes à la suite d'une admission d'un usager en soins de longue durée, des visites d'utilisateurs effectuées par des membres du comité des usagers ou des conseillers en milieu de vie. L'accès aux données en temps réel permet aussi aux gestionnaires d'évaluer le rendement organisationnel rapidement à la suite de l'octroi d'un soin ou d'un service.

La collecte de données sur l'expérience vécue par l'utilisateur permet également de déterminer si les étapes et les processus définis se déroulent au bon moment et à la bonne fréquence et d'établir une base de référence pour les évaluations futures.

- 2.10.5 Les gestionnaires de l'établissement partagent les commentaires de satisfaction des usagers et des personnes proches aidantes avec les parties prenantes dans un souci de transparence et de responsabilisation.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Accent sur la population** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les rétroactions recueillies auprès des usagers et des personnes proches aidantes représentent des éléments essentiels à une validation des pratiques de soins et services offerts. Cette rétroaction est considérée comme étant précieuse puisqu'elle permet à la



main-d'œuvre de l'établissement de constater les impacts qu'ont les pratiques et les diverses approches sur les usagers. La communication des informations recueillies des usagers et des personnes proches aidantes aux parties prenantes a pour objectif de cibler les pratiques gagnantes, les poursuivre, les modifier ou retirer celles qui n'apportent aucune valeur ajoutée.

Les gestionnaires peuvent par exemple, communiquer les commentaires aux parties prenantes lors des situations suivantes : dans le cadre d'une rencontre d'équipe ou de service, lors de rencontres avec la main-d'œuvre, lors d'une activité qui vise la promotion de l'établissement (p. ex., publication de commentaires sur le site Web de l'établissement). Par souci de confidentialité et de protection de la vie privée, les gestionnaires s'assurent que les commentaires sont anonymisés à moins d'avoir reçu une autorisation écrite de la personne ayant soumis le commentaire au préalable.

- 2.10.6 Les gestionnaires de l'établissement mettent en place un plan intégré d'amélioration de la qualité en collaboration avec la main-d'œuvre, les usagers et les personnes proches aidantes afin de coordonner les activités d'amélioration de la qualité dans l'ensemble de l'établissement.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Un plan intégré d'amélioration de la qualité tient compte de la gestion des risques, de l'utilisation des ressources, de la mesure de rendement incluant le suivi des objectifs, de la sécurité et de l'amélioration de la qualité. La coordination de ces activités doit être réalisée de façon intégrée puisqu'elles sont interdépendantes les unes des autres. La gestion intégrée de la qualité est une démarche qui assure la mise en place d'un processus continu, proactif et systématique pour comprendre et gérer la qualité.

Pour élaborer le plan intégré d'amélioration de la qualité, les gestionnaires peuvent utiliser des méthodologies d'amélioration de la qualité qui mettent l'accent sur la compréhension du système de santé et des services sociaux du point de vue des usagers et sur l'utilisation de données qualitatives et quantitatives (p. ex., les données sur le point de vue de l'utilisateur et sur l'expérience vécue par l'utilisateur, sur les incidents ou les préoccupations en matière de sécurité déclarés par la main-d'œuvre, les données financières). Le plan intégré d'amélioration de la qualité permet de prioriser les actions les plus importantes en vue d'améliorer les services, réduire les erreurs, accroître l'efficacité, améliorer le rapport coût-bénéfice, réduire le gaspillage ainsi que les écarts dans la qualité des soins et services.



À titre d'exemple, les gestionnaires peuvent utiliser un tableau de bord pour aligner les activités de mesure de performance et d'amélioration de la qualité incluant le suivi de l'atteinte des objectifs. Les stratégies sont ensuite transposées en actions qui visent l'amélioration de la qualité. Le processus prévoit également la mise à contribution des usagers et des personnes proches aidantes, et fait appel aux programmes et aux services pertinents ainsi qu'aux gestionnaires à tous les paliers de l'établissement afin d'élaborer et mettre en œuvre le plan d'amélioration de la qualité et les initiatives associées. Les gestionnaires définissent et soutiennent la mise en place d'approches innovantes pour favoriser l'amélioration continue de la qualité.

- 2.10.7 Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre des procédures de gestion de la qualité et de la sécurité qui précisent l'imputabilité de chacun au regard des activités d'amélioration prévues.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Le concept de qualité des soins comprend les dimensions de pertinence, d'efficacité et d'efficience. La gestion de la qualité consiste à gérer et coordonner toutes les activités de soins et services de l'établissement afin d'en assurer la qualité et la sécurité et inclut des procédures qui permettent d'évaluer la performance à tous les niveaux. Les processus de gestion de la qualité incluent la surveillance des activités de qualité et de sécurité et indiquent les membres de la main-d'œuvre et les gestionnaires imputables des activités d'amélioration continue.

Les gestionnaires doivent mettre en place des processus qui permettent d'extraire des données d'évaluation en vue d'apporter des améliorations. À titre d'exemple, ils peuvent évaluer notamment la sécurité des soins par l'entremise d'indicateurs comme celui portant sur l'hygiène des mains, sur le taux de chutes, les infections nosocomiales, les erreurs de médicaments. Les résultats et les plans d'action qui en découlent sont ensuite évalués et présentés à l'équipe de direction et à l'instance de gouvernance.

- 2.10.8 Les gestionnaires de l'établissement élaborent, mettent en œuvre, passent en revue et mettent à jour régulièrement un plan de gestion du changement pour gérer et assurer la vigie de l'impact des changements liés à l'amélioration de la qualité.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation



Conseils

Tout établissement engagé dans une démarche d'amélioration continue de la qualité nécessite une gestion efficace du changement qu'il soit planifié ou non. Un plan de changement approprié s'appuie sur une communication transparente, proactive et régulière au sujet des changements attendus, les motifs de ces changements et les impacts anticipés sur le public et les autres parties prenantes. Il permet aussi notamment d'identifier les enjeux, de réaliser les analyses de flux de travaux et des analyses des causes profondes, de créer un plan opérationnel visant à mettre en place le changement; de définir les rôles et les responsabilités entourant la gestion du changement; d'allouer des ressources financières et humaines pour appuyer le processus de changement; de surveiller et évaluer les résultats une fois que le changement a été mis en place et faire participer et informer la main-d'œuvre, les usagers et les personnes proches aidantes tout au long du processus.

Les gestionnaires élaborent ou adoptent un plan de gestion du changement éclairé par des données probantes (aussi connu sous le nom d'« approche » ou « cadre de gestion du changement »). Les gestionnaires passent en revue régulièrement le programme de gestion du changement afin d'identifier les points à améliorer et effectuent les changements qui s'appliquent. Ceci peut être réalisé lors d'une analyse rétrospective à la suite de l'implantation d'un changement.

- 2.10.9 Les gestionnaires de l'établissement communiquent les résultats des activités d'amélioration de la qualité aux parties prenantes, dans un souci de transparence dans le but de contribuer à une culture d'amélioration continue au sein de l'établissement et de son système.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accent sur la population** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La contribution de l'ensemble des parties prenantes est nécessaire afin de permettre d'atteindre une culture d'amélioration continue des soins et services au sein d'un établissement. La communication des résultats à la suite de la mise en place d'activités d'amélioration continue favorise l'engagement des parties prenantes à moyen et à long terme, démontre la transparence de l'établissement à l'égard de sa performance et permet d'instaurer une culture d'amélioration de la qualité.



Les gestionnaires communiquent les résultats des activités d'amélioration de la qualité aux parties prenantes lors des rencontres de services, des comités ou par l'utilisation du site web conformément aux lois et aux règlements pertinents à la protection de la vie privée, la gestion des risques et les renseignements personnels sur la santé.

2.11 Gérer les risques de façon intégrée

2.11.1 Les gestionnaires de l'établissement adoptent un cadre en gestion intégrée des risques afin d'identifier, d'analyser, d'atténuer et de gérer les risques potentiels et réels, dans le but d'accroître la performance de l'établissement à cet égard.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Le cadre de gestion intégrée des risques définit l'approche globale de l'établissement en matière de gestion des risques et la manière dont elle sera intégrée à la culture organisationnelle. Les gestionnaires adoptent un cadre qui comprend des politiques et des procédures permettant de gérer et atténuer les risques et décrit les processus continus, proactifs et systématiques qui visent à réduire au minimum les risques en surveillant, évaluant, gérant et communiquant les risques selon une perspective organisationnelle globale. L'analyse des risques consiste également à classer les risques selon la probabilité de leur occurrence et de leur gravité potentielle.

Les gestionnaires sont tenus d'informer l'instance de gouvernance des risques réels ou potentiels auxquels l'établissement s'expose et collaborent avec l'instance de gouvernance afin d'inclure l'approche de gestion intégrée des risques au plan stratégique.

À titre d'exemples, la gestion de risques opérationnels peut être liée à la gestion des ressources humaines, le respect des normes, des politiques et des lois; les systèmes et les technologies de l'information; la sécurité informationnelle ou la conservation et la destruction des données de l'établissement. Les risques cliniques peuvent être liés à la prestation de soins précis et de qualité (p. ex., l'établissement du bilan comparatif des médicaments, la prévention et le contrôle des infections, les examens de laboratoire).

2.11.2 Les gestionnaires de l'établissement impliquent les parties prenantes dans les processus de gestion des risques, notamment à l'étape de la planification.



Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Accent sur la population** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Les parties prenantes de l'établissement sont directement impactées par la gestion des risques. Leur participation permet d'identifier, d'analyser ainsi que de trouver des manières pour les atténuer. Leur apport s'avère donc indéniable dans l'élaboration du cadre de gestion des risques.

Les gestionnaires mettent à contribution les parties prenantes dans les processus de gestion des risques lors de rencontres spécifiques à ce sujet, de sondages à l'égard des risques ou par l'utilisation d'autres plateformes de participation qui permettent de contribuer aux activités qui visent la planification de la gestion des risques.

- 2.11.3 Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre un plan de gestion des risques documenté permettant d'intégrer les activités de gestion des risques de l'ensemble des directions.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Le plan de gestion des risques décrit les stratégies d'atténuation des risques et les mesures à prendre afin de réduire la probabilité d'apparition des risques ou pour en réduire l'impact s'ils se produisent. Un plan de gestion des risques permet aussi d'intégrer les activités de gestion des risques de toutes les directions, de suivre les activités retenues, de les évaluer et d'apporter des modifications s'il y a lieu. Le plan précise également les procédures d'intervention à suivre si un incident à risque devait se produire.

Dans le cadre de la planification de la gestion des risques, les gestionnaires consignent les risques et les défis identifiés ainsi que les résultats de l'analyse des risques dans le plan de gestion des risques (aussi connu sous le nom de « registre des risques »). Les gestionnaires mettent à jour les stratégies d'atténuation des risques et les procédures d'intervention.

La consignation et l'intégration des activités permettent d'obtenir un portrait global des risques auxquels l'établissement est confronté et d'assurer la mise place d'actions de manière concertée.



2.11.4 Les gestionnaires de l'établissement rendent compte de la gestion des risques à l'instance de gouvernance en temps opportun.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Une bonne compréhension des risques existants ou potentiels est nécessaire afin qu'un établissement puisse réaliser son mandat de façon sécuritaire et proactive.

Les gestionnaires sont tenus d'informer l'instance de gouvernance des risques réels ou potentiels auxquels l'établissement est confronté et doivent par conséquent, respecter les exigences en matière de déclaration des risques (p. ex., l'instance de gouvernance peut avoir des exigences particulières concernant le type de risques qui doit faire l'objet d'une escalade, la manière de procéder, les personnes à qui s'adresser et le délai dans lequel la déclaration doit être effectuée).

Les gestionnaires préparent et présentent un plan de gestion des risques à l'instance de gouvernance à fréquence régulière. Ils peuvent aussi être tenus de communiquer rapidement les risques à l'instance de gouvernance selon la probabilité d'occurrence ou dont l'impact est très grave afin d'assurer un contrôle opportun et une gestion efficace. Les gestionnaires, de concert avec l'instance de gouvernance peuvent établir un algorithme décisionnel qui précise les informations à communiquer, les personnes à contacter avec leurs coordonnées et les actions à réaliser.

2.11.5 Les gestionnaires de l'établissement évaluent de façon continue l'efficacité du cadre de gestion intégré des risques et l'améliore à la lumière des résultats obtenus.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

La gestion des risques est une démarche essentielle pour améliorer la qualité et la sécurité des soins et services en établissement de santé et de services sociaux. Le cadre de gestion intégré des risques consiste en un guide qui sert à identifier et gérer les risques, et prendre des décisions éclairées à leur égard. L'évaluation de l'efficacité du cadre implique la surveillance du rendement par rapport aux objectifs et l'apport



d'améliorations en fonction des résultats, permet de se situer par rapport aux réalisations mises en œuvre depuis l'adoption du cadre, de veiller aux ajustements à apporter ainsi qu'aux suivis à faire avec les diverses parties prenantes.

Afin de réaliser l'évaluation du cadre, les gestionnaires doivent effectuer une analyse du rapport coût-bénéfice de l'approche et assurer la surveillance des indicateurs de performance à l'égard des risques. Pour ce faire, les gestionnaires sondent les usagers et les personnes proches aidantes (p. ex., évaluation des résultats de sondage sur la qualité et la sécurité des usagers) afin d'identifier de nouveaux risques, obtenir la rétroaction des parties prenantes et bonifier le cadre de gestion intégré des risques le cas échéant.

2.12 Veiller au développement durable et à la gestion écoresponsable

2.12.1 Les gestionnaires de l'établissement respectent les principes de durabilité sociale, financière et environnementale lorsqu'ils mettent en œuvre des services en réponse aux besoins de la population.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Efficiences** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Le développement durable en santé repose sur les principes suivants : maintenir l'intégrité de l'environnement pour assurer la santé et la sécurité des communautés humaines et préserver les écosystèmes qui entretiennent la vie; assurer l'équité sociale pour permettre le plein épanouissement de toutes les femmes et de tous les hommes, l'essor des communautés et le respect de la diversité; viser l'efficacité économique pour créer une économie innovante et prospère, écologiquement et socialement responsable.

Pour arriver à leurs fins, les gestionnaires tiennent compte de la responsabilité de l'établissement en matière de durabilité sociale, financière et environnementale lors de la conception et de la mise en place des soins et services. Ils travaillent de manière concertée avec les parties prenantes, y compris les usagers et les personnes proches aidantes et intègrent les concepts de durabilité dans les objectifs identifiés dans la planification stratégique de l'établissement.

De plus en plus, le changement climatique et les effets associés sont considérés comme étant une source de préoccupation pour l'ensemble de la planète. Par conséquent, les établissements de santé et de services sociaux sont invités à collaborer à l'effort du MSSS dans la lutte contre les changements climatiques qui privilégie l'intégration volontaire du développement durable en soutenant les établissements.



2.12.2 Les gestionnaires de l'établissement élaborent, mettent en œuvre et passent en revue régulièrement les politiques et principes en matière de développement durable.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'impact du changement climatique et des effets néfastes qui en découlent ont une incidence sur les communautés. Les établissements doivent par conséquent, veiller à ce que le développement durable soit placé au cœur des priorités et s'assurer de mettre en place des actions concrètes qui visent à atténuer les risques pour la santé.

Les gestionnaires doivent mettre en œuvre des politiques et des initiatives qui visent à soutenir des actions qui ont un impact positif sur l'environnement et les communautés. Les politiques peuvent porter sur des sujets ainsi que l'utilisation de matériaux, de produits, de technologies et de moyens de transport écologiques ou respectueux de l'environnement.

Les gestionnaires s'assurent que les politiques sont conformes aux lois et aux règlements en vigueur.

2.12.3 Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre des initiatives pour soutenir le développement durable.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Efficiencia** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Afin d'appuyer la Stratégie gouvernementale de développement durable, les établissements doivent mettre en œuvre des actions concrètes en vue de réduire leur empreinte écologique.

Les gestionnaires travaillent de manière concertée avec la main-d'œuvre, les usagers et les personnes proches aidantes afin d'identifier des initiatives de gestion écoresponsable. Ils s'assurent de la mise en œuvre des initiatives. Ils peuvent aussi identifier des « champions » pour veiller à la réalisation de ces initiatives et agir à titre de personne-ressource pour une activité ou un projet.



L'établissement affecte des ressources et des champions pour mettre en place et soutenir ses initiatives de gestion écoresponsable. À titre d'exemples, il peut s'agir de : la création d'équipes écologiques qui comprennent les usagers et les personnes proches aidantes; l'augmentation des occasions qui visent à réduire les déchets, l'augmentation de la réutilisation et du recyclage (p. ex., réduire le nombre de fournitures inutiles apportées dans la chambre d'un usager; réduire l'utilisation des produits à usage unique); la conservation des ressources comme l'eau et l'énergie; l'utilisation de produits qui sont sans danger pour l'environnement (p. ex., des détergents sans phosphate ou des préparations alimentaires écologiques); la disposition adéquate des substances nocives pour l'environnement; la participation à des programmes ou à des activités communautaires qui visent à améliorer l'environnement (p. ex., les journées de nettoyage); le partenariat avec les établissements locaux de gestion de l'environnement; l'amélioration et l'entretien de l'environnement extérieur.

2.12.4 Les gestionnaires de l'établissement utilisent des indicateurs de gestion pour évaluer l'efficacité des initiatives de développement durable dans une optique d'amélioration d'une gestion écoresponsable.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:
Attestation

Conseils

Un établissement doit être en mesure d'évaluer ses impacts sur l'environnement et ainsi le résultat de ses efforts mis en place pour réduire son empreinte écologique.

Les gestionnaires mettent en place des indicateurs qui permettent de confirmer que les efforts donnent lieu à des résultats positifs, que ceux-ci n'exigent pas un temps excessif pour accomplir une action ou un processus et qu'ils assurent une réduction à court, moyen et long terme des effets néfastes des changements climatiques sur la santé populationnelle.

Les gestionnaires utilisent les données probantes pour effectuer une évaluation des efforts consentis pour réduire l'empreinte écologique de l'établissement. Il peut s'agir notamment de procéder à une revue de littérature qui permet d'établir des comparatifs à l'égard d'une solution précise appliquée et de calculer les résultats en fonction de celle-ci.

2.12.5 Les gestionnaires de l'établissement considèrent les impacts des changements climatiques sur l'établissement et sur la santé de la population et adaptent l'offre de services en conséquence.



Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Accent sur la population** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Les impacts liés aux changements climatiques peuvent inclure des dommages aux infrastructures causés par des phénomènes climatiques extrêmes (p. ex., des tempêtes, des inondations, des températures extrêmes) et peuvent affecter l'accès aux services de l'établissement.

Les gestionnaires doivent élaborer des plans d'action à court, moyen et long terme pour tenter d'apporter une solution aux divers aspects des changements climatiques, y compris pour se préparer à faire face aux risques actuels liés au climat et réduire les risques futurs. À titre d'exemple, les gestionnaires peuvent prévoir des pauses additionnelles pour la main-d'œuvre lors de chaleurs extrêmes ou encore des collations glacées aux résidents en soins de longue durée. Ils peuvent également songer à identifier des installations d'urgence pour le déplacement des usagers dans le cas d'une inondation. Les gestionnaires doivent collaborer avec les partenaires externes et le système de santé et de services sociaux afin d'élaborer des plans de mesures d'urgence intégrés pour faire face aux impacts potentiels liés aux changements climatiques.

- 2.12.6 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent qu'une formation soit offerte afin de renforcer les capacités de gestion écoresponsable, d'atténuation des impacts des changements climatiques et d'adaptation.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

La prise de conscience des effets du changement climatique devient de plus en plus importante, car ceux-ci ont des impacts sur la santé de la population. L'éducation et la formation sur l'adaptation aux changements climatiques et l'atténuation des risques associés constituent conséquemment des éléments importants qui visent à renforcer la résilience du système de santé et de services sociaux, soit sa capacité à faire face aux risques pour la santé et celle de pouvoir s'adapter aux changements graduels et soudains. Les principes de développement durable lors de l'élaboration d'actions structurantes doivent donc être pris en compte.

Les gestionnaires devraient, d'une part, être formés sur les éléments dont ils doivent tenir compte pour comprendre les effets de leurs décisions sur l'environnement, ainsi que la sécurité et le rapport coûts-bénéfice (p. ex., dans l'évaluation du coût du cycle de



vie des produits) et la manière dont ils peuvent utiliser les ressources en place pour sensibiliser la main-d'œuvre aux préoccupations environnementales. Les gestionnaires doivent renforcer leur capacité à travailler de façon souple et efficace pour réagir aux conditions affectées par les changements climatiques et mettre en place des systèmes qui sont mieux préparés pour faire face aux changements climatiques. Ils doivent également travailler à réduire l'empreinte écologique de l'établissement, favoriser l'adoption de pratiques d'approvisionnement responsables et promouvoir une saine gestion des matières résiduelles. De plus, les gestionnaires peuvent élaborer des politiques et des principes pour guider la gestion écoresponsable au sein de l'établissement et former la main-d'œuvre sur les pratiques écoresponsables. Les gestionnaires peuvent également identifier des champions pour soutenir la gestion écoresponsable dans l'ensemble de l'établissement et promouvoir des pratiques qui soutiennent la gestion écoresponsable.



Chapitre 3: Leadership – Gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles

Contexte

La performance optimale d'un établissement découle d'une bonne planification et d'une gestion efficace et efficiente des ressources. Les gestionnaires de l'établissement doivent veiller à une utilisation judicieuse et à la répartition équitable des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles en lien avec les besoins et les particularités de la population desservie. La gestion efficace et efficiente des ressources implique également la mise en place de politiques et de procédures qui visent à protéger la vie personnelle de la main-d'œuvre et la sécurité des renseignements qui la concernent. L'établissement investit d'importants efforts pour évaluer et veiller au bien-être et à la sécurité de sa main-d'œuvre. L'ensemble des parties prenantes sont au cœur des discussions et décisions.

Les pratiques de gestion doivent être cohérentes avec la vision, la mission et les valeurs de l'établissement ainsi qu'avec les priorités établies, les objectifs stratégiques et les orientations ministérielles. Le cadre de référence des établissements demeure le plan stratégique ministériel en vigueur.

Le présent chapitre, fondé sur la norme CAN/HSO A2001:2020 *Leadership*, permet d'évaluer la capacité des gestionnaires de l'établissement à planifier, déployer et gérer de façon optimale et efficiente les ressources, tout en répondant aux objectifs, priorités et besoins de la population desservie. Il permet également d'évaluer les pratiques de gestion en ce qui concerne la sécurité informationnelle, le recrutement et les stratégies mises de l'avant pour assurer une main-d'œuvre compétente, engagée et à l'image de la communauté.

3.1 Mettre en œuvre un code de conduite

- 3.1.1 Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre un code de conduite qui précise les comportements attendus de l'ensemble de la main-d'œuvre.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthodes d'évaluation : **Attestation**



Conseils

Le code de conduite d'un établissement décrit les attentes minimales en matière de conduite de la main-d'œuvre en ce qui concerne le respect, l'honnêteté et l'intégrité ainsi que les comportements acceptables et inacceptables, y compris les comportements liés aux conflits d'intérêts, à la protection et à l'usage appropriés des actifs de l'établissement, à la confidentialité des renseignements, au respect des lois et des règlements pertinents et à l'obligation de déclarer une violation du code d'éthique ou un comportement illégal ou contraire à l'éthique conformément aux politiques et procédures de l'établissement. Le code de conduite impose les mêmes attentes à toutes les personnes qui travaillent pour un établissement ou pour son compte y compris les gestionnaires et les membres de l'instance de gouvernance.

Les gestionnaires s'assurent de mettre en œuvre un code de conduite fondé sur le code d'éthique de l'établissement. Ils s'assurent que le code de conduite est aligné sur les valeurs de l'établissement et qu'il est conforme aux lois et aux règlements en vigueur.

3.2 Gérer et attribuer les ressources de manière efficiente pour assurer une saine gestion financière

3.2.1 Les gestionnaires de l'établissement disposent d'un plan d'allocation des ressources permettant de fournir des services conformément à la mission et aux priorités stratégiques.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Efficience** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Un établissement doit disposer d'un plan d'allocation des ressources qui permet de fournir des soins et services selon sa mission et de répondre aux conditions prescrites par le MSSS conformément aux règles budgétaires applicables.

Un plan d'allocation des ressources a pour but d'équilibrer cette allocation selon les priorités et de répondre aux besoins des usagers. Les prévisions et l'analyse de scénarios peuvent aider les gestionnaires à anticiper la demande.

Les gestionnaires doivent s'assurer que le plan d'allocation des ressources prévoit les bons ratios de main-d'œuvre, la formation de partenariats et de collaborations, la mise en œuvre des améliorations en matière de sécurité, ainsi que les initiatives de durabilité tout en répondant à la demande prévue de services de manière efficiente et efficace. Ils



s'assurent également que les ressources sont attribuées en fonction du mandat, du plan stratégique, des buts ainsi que des objectifs de l'établissement. Les gestionnaires veillent également à la gestion du budget des immobilisations de l'établissement à l'égard des travaux et des achats d'équipement.

Les gestionnaires s'assurent que le plan d'allocation des ressources est basé sur des données probantes quantitatives et qualitatives, qu'il comprend une évaluation des ressources et des finances et qu'il tient compte des commentaires des usagers.

3.2.2 Les gestionnaires de l'établissement respectent un processus transparent pour prendre des décisions liées à l'allocation, à la réallocation et à l'utilisation des ressources.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Efficiencia** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Le processus d'allocation des ressources d'un établissement doit être suffisamment souple pour s'adapter à l'évolution des priorités et des besoins en temps opportun.

Dans une optique de performance, il convient à un établissement d'analyser l'utilisation des ressources et les autres données pertinentes afin de déterminer les possibilités de gains d'efficacité et d'éclairer les décisions d'allocation et de réallocation des ressources de façon continue. En général, les critères prennent en considération les besoins et les priorités de la communauté, le financement attribué, les directives et les processus portant sur l'éthique, l'efficacité, la vision, la mission, les valeurs, les buts et les objectifs de l'établissement, les objectifs en matière de soins centrés sur la personne, de même que les données opérationnelles et les données probantes (p. ex., des analyses de rapport coût-efficacité et d'utilisation des ressources).

Les gestionnaires peuvent, à titre d'exemples, analyser l'utilisation et l'efficacité des ressources en réalisant un examen structuré de l'utilisation des ressources par 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 expliquent les écarts. Les gestionnaires communiquent les informations relatives à l'allocation des ressources aux parties prenantes de façon transparente.

Les évaluations de technologies de la santé et de programmes peuvent également être utilisées pour déterminer l'efficacité d'un point de vue clinique et économique.



3.2.3 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que la main-d'œuvre affectée aux programmes et aux services corresponde aux titres d'emploi et aux compétences requises pour répondre aux besoins des usagers, des personnes proches aidantes et de la communauté.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Efficiencia** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Afin de bien répondre aux besoins des usagers, des personnes proches aidantes et de la communauté, un établissement et ses programmes doivent disposer d'une main-d'œuvre ayant les compétences nécessaires pour bien accomplir les mandats de manière efficace et sécuritaire.

Lors de l'attribution des tâches et des responsabilités connexes, les gestionnaires tiennent compte de critères tels que les compétences, la rapidité d'exécution et le champ de compétence afin de fournir des soins sécuritaires et de qualité qui répondent aux besoins définis par les usagers, les personnes proches aidantes et la communauté.

Les gestionnaires peuvent mettre en place des processus de recrutement normalisés qui prévoient des entrevues particulières pour chaque type d'emploi. Ils s'assurent que les candidats retenus disposent des compétences nécessaires à l'emploi et orientent ces derniers adéquatement afin qu'ils puissent s'intégrer et s'adapter à la culture de l'établissement. Afin de bien implanter ce processus, ils peuvent par exemple prévoir des mentors pairs pour faciliter l'intégration et l'orientation des nouveaux membres de la main-d'œuvre et offrir un programme d'accueil général ou particulier à diverses fonctions.

3.2.4 Les gestionnaires de l'établissement attribuent des ressources afin de soutenir une approche de soins centrés sur la personne.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Les soins centrés sur la personne reposent sur une philosophie qui reconnaît que chaque personne a une histoire personnelle, une personnalité et des valeurs uniques, et que toute personne a les mêmes droits à la dignité, au respect et au privilège de participer pleinement à la vie de leur environnement. Or, pour ce faire, les établissements doivent posséder des ratios de main-d'œuvre, des politiques et des



procédures qui accordent une valeur à cette approche afin que les usagers puissent en tirer de réels bénéfices. Une allocation adéquate des ressources contribue à ce qu'un établissement atteigne ses objectifs en matière de soins centrés sur la personne.

À titre d'exemples, les gestionnaires peuvent faire participer les parties prenantes à l'élaboration de politiques et procédures afin que les points de vue des usagers et des personnes proches aidantes soient considérés; s'associer à des organisations qui soutiennent l'implantation de modèles novateurs (p. ex., Réseau Planetree) ou encore désigner un coordonnateur et des agents de changements pour soutenir les initiatives de soins centrés sur la personne. Les gestionnaires peuvent également assigner des tâches qui soutiennent l'approche de soins centrés sur la personne à des titres d'emploi particuliers (p. ex. aux conseillers en milieu de vie).

- 3.2.5 Les gestionnaires de l'établissement améliorent de façon continue le processus de prise de décision en matière d'allocation des ressources à la suite de l'analyse des impacts constatés.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Les gestionnaires doivent pouvoir réagir rapidement lorsque les résultats à la suite des décisions qu'ils prennent ont des impacts défavorables importants sur la qualité des soins, l'expérience vécue par l'utilisateur, la capacité de l'établissement à répondre aux besoins de la communauté, la qualité de vie au travail, la santé et la sécurité organisationnelles, ainsi que la réalisation des objectifs. Un processus de prise de décision efficace et efficient permet aux gestionnaires de corriger rapidement le tir.

Les gestionnaires passent en revue régulièrement le processus d'allocation de ressources pour l'améliorer de manière proactive et continue. Afin d'alimenter les informations qui permettent de prendre des décisions éclairées, ils peuvent avoir recours à des comparatifs avec des établissements à mission similaire, se référer aux données probantes récentes et à l'analyse des rapports d'incidents et d'accidents.

- 3.2.6 Les gestionnaires de l'établissement disposent d'un système de vérification interne en matière de gestion financière ainsi qu'un processus d'audit comptable permettant d'assurer l'intégrité financière.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Efficiences** | Méthodes d'évaluation:

Attestation



Conseils

Un établissement doit satisfaire aux exigences juridiques en matière de gestion des ressources financières et de production de rapports financiers (p. ex., la reddition de compte, l'audit, la gestion des écarts budgétaires). Les obligations juridiques relatives à la gestion financière et à la production de rapports financiers varient en fonction de la taille de l'établissement.

Les gestionnaires doivent s'assurer de la mise en place d'un système de vérification interne qui prévoit la production de rapports périodiques, des redditions de comptes et des audits comptables externes (p. ex. les audits annuels effectués par une firme comptable externe).

Un système de vérification interne permet une saine gestion financière de l'établissement, à la fois rigoureuse, éthique et équitable.

- 3.2.7 Les gestionnaires de l'établissement mettent en place un processus budgétaire incluant la planification, l'approbation, ainsi que les mécanismes de révision et de suivi afin d'atténuer les écarts.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Efficiences** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le processus budgétaire d'un établissement doit tenir compte de la vision, de la mission, des valeurs, des objectifs stratégiques, ainsi que des plans opérationnels de l'établissement. Le processus budgétaire comporte plusieurs étapes soit la planification, l'approbation et les mécanismes de révision et de suivi qui permettent d'atténuer les écarts le cas échéant.

Les gestionnaires s'assurent de mettre en place un calendrier qui prévoit des objectifs et des échéanciers pour chacune des étapes du processus (p. ex., la consultation des divers services afin de connaître leurs besoins, la présentation du budget à l'instance de gouvernance). Lorsque l'étape de planification budgétaire est terminée, les gestionnaires présentent la version préliminaire du budget à l'instance de gouvernance pour approbation.

- 3.2.8 Les gestionnaires de l'établissement élaborent des budgets annuels d'exploitation et d'immobilisation équilibrés, conformément aux principes comptables généralement reconnus.



Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Efficiencia** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

La réalisation de budgets d'exploitation et d'immobilisations équilibrés permet d'attribuer les ressources de manière appropriée au sein de l'établissement. Le budget d'exploitation tient compte des coûts associés aux soins et services.

Les gestionnaires ont la responsabilité de préparer les budgets, y compris les budgets annuels d'exploitation et d'immobilisations et d'assurer la gestion des sommes reçues. Les politiques qui régissent la gestion financière de l'établissement suivent les principes comptables généralement reconnus, ainsi que les directives de l'instance de gouvernance ou du Ministère.

Outre la saine gestion de l'établissement et des fonds publics le cas échéant, la réalisation des budgets permet entre autres de s'assurer que les travaux nécessaires et les projets d'amélioration sont décidés et réalisés.

3.2.9 Les gestionnaires de l'établissement produisent des rapports budgétaires périodiques afin de veiller sur la performance financière.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinencia** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Le suivi de la performance financière constitue une obligation morale et éthique au bon fonctionnement d'un établissement. Un suivi régulier permet de vérifier si les sommes allouées aux divers postes budgétaires sont utilisées comme prévu, de prendre en compte et de mettre en doute les écarts importants, puis d'apporter des correctifs en temps opportun le cas échéant.

Les gestionnaires doivent s'assurer de produire des rapports financiers périodiques (p. ex. mensuels, périodiques, trimestriels, annuels) qui permettent d'évaluer le rendement financier (p. ex., les coûts des fournitures médicales et les denrées alimentaires; des indicateurs en lien avec la main-d'œuvre utilisée en temps supplémentaire, le recours à la main-d'œuvre indépendante). Les rapports financiers sont présentés et discutés lors des comités de direction et des séances de l'instance de gouvernance.

Les gestionnaires peuvent recourir à divers outils et pratiques afin d'assurer le suivi budgétaire, comme des prévisions en continu, des plans pluriannuels, des budgets par palier de gestion, une comptabilité par programme-service, un budget de base et axé sur



les initiatives, et un accès direct à des tableaux de bord personnalisés pour les gestionnaires.

3.2.10 Les gestionnaires de l'établissement communiquent l'information financière aux parties prenantes dans un souci de transparence.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Accent sur la population** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

La communication des informations relatives à la performance financière aux parties prenantes, y compris les usagers et les personnes proches aidantes, permet la transparence et contribue à renforcer la confiance envers l'établissement. Les modalités de diffusion (quoi, qui, quand et comment) peuvent varier d'un établissement à l'autre.

Les gestionnaires doivent suivre les lois et les règlements en vigueur à l'égard de la communication des données relatives à la performance financière de l'établissement. À titre d'exemple, ils peuvent consulter les circulaires du MSSS afin de connaître les modalités de communication.

3.2.11 Les gestionnaires de l'établissement identifient et adoptent des technologies innovantes afin d'améliorer la prestation et la qualité des soins et des services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Les avancées technologiques en santé sont en constante évolution. Un établissement doit être ouvert à mettre à l'essai et à s'approprier des technologies innovantes qui peuvent améliorer les soins et services, l'expérience des usagers et les résultats cliniques qui en découlent.

Les gestionnaires peuvent utiliser des processus de gestion des technologies et des évaluations des technologies de la santé afin de prendre des décisions éclairées basées sur des données probantes. À titre d'exemples, ils peuvent consulter des bases de données ou des référentiels d'évaluation des technologies de la santé, mettre en œuvre un projet pilote pour l'utilisation d'une nouvelle technologie (p. ex., un détecteur de chute, biocapteurs et traceurs, appareils pour impression en 3D).



3.3 Gérer les talents, l'évaluation du rendement et la rétention de la main-d'œuvre par une approche de soins centrés sur la personne

3.3.1 Les gestionnaires de l'établissement collaborent avec les usagers et les personnes proches aidantes pour déterminer les caractéristiques et les valeurs clés requises pour tous les titres d'emploi, conformément à une approche de soins centrés sur la personne.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'apport des usagers et des personnes proches aidantes représente un atout important dans la mise en œuvre de l'approche de soins centrés sur la personne, car ils sont situés au premier rang lorsqu'il s'agit de recevoir une prestation de soins ou services. Ces personnes ont une expérience de soins vécue et peuvent témoigner, par leur expérience, des qualités et des compétences requises pour faire vivre l'approche de soins centrés sur la personne au sein de l'établissement.

Les gestionnaires doivent consulter les usagers et les personnes proches aidantes au sujet des caractéristiques et des valeurs qu'ils jugent importantes pour un titre d'emploi. Les gestionnaires, de concert avec les usagers et les personnes proches aidantes, peuvent définir les caractéristiques et les valeurs pour chaque titre d'emploi ou pour chaque secteur (p. ex., main-d'œuvre administrative clinique, les gestionnaires et les bénévoles). De plus, les gestionnaires peuvent faire participer directement les usagers et les personnes proches aidantes aux entrevues d'embauche et de départ.

3.3.2 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent de l'élaboration, de la mise à jour et de l'actualisation des descriptions de fonction, conformément aux besoins de l'établissement et des parties prenantes.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Les descriptions de fonction définissent les rôles et les responsabilités de chacun dans la réalisation de la mission de l'établissement. Elles servent également à évaluer et faire évoluer les compétences et définissent la nature et la portée des tâches, les compétences requises, les rapports hiérarchiques et les voies de communication attendues.



Lors de la rédaction des descriptions de fonction, les gestionnaires mettent à contribution les parties prenantes, incluant les usagers, les personnes proches aidantes et les bénévoles afin d'obtenir leurs commentaires à l'égard des compétences (p. ex., savoir-faire et savoir-être) jugées importantes pour eux. Les gestionnaires doivent réviser les descriptions de fonction régulièrement afin de s'assurer que les compétences requises sont toujours pertinentes et qu'elles répondent bien aux changements organisationnels ainsi qu'aux profils de clientèle de l'établissement. Ils s'assurent que les descriptions de fonction sont rédigées en utilisant un langage neutre qui n'est pas biaisé en faveur ou au détriment d'une personne ou d'un groupe (p. ex., le genre, l'âge, l'origine ethnique).

3.3.3 Les gestionnaires de l'établissement mettent en place des pratiques de recrutement de la main-d'œuvre équitables et basées sur des données probantes tout en tenant compte des compétences recherchées au regard de la vision, de la mission et des valeurs de l'établissement.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Tout établissement de santé et de services sociaux doit établir des pratiques de recrutement basées sur les données probantes et cohérentes avec la vision, la mission et les valeurs de l'établissement. De ce fait, l'établissement s'assure de répondre à la Loi sur l'accès à l'égalité en emploi et favoriser une main-d'œuvre diversifiée à l'image de la population qu'elle sert.

Les gestionnaires recrutent la main-d'œuvre, y compris les bénévoles, en se basant d'abord et avant tout sur les besoins de l'établissement. Les données probantes permettent d'orienter les processus de sélection et d'entrevues afin qu'elles soient objectives et équitables. Dans le cadre de ce processus, les gestionnaires peuvent entre autres procéder à une vérification des titres professionnels, une vérification des antécédents judiciaires (p. ex., vérifications du secteur vulnérable pour la main-d'œuvre qui est en contact direct avec les usagers) et une vérification des références. Les gestionnaires peuvent également évaluer les aptitudes, capacités et compétences en utilisant des outils précis (p. ex., examens pratiques d'utilisation de la suite de Microsoft Office pour la main-d'œuvre administrative).

Lors de l'évaluation, les gestionnaires s'assurent que les valeurs et les objectifs du candidat s'alignent sur ceux de l'établissement. Ils s'assurent également que l'évaluation du candidat ne reflète pas un parti pris inconscient en faveur ou au détriment d'une personne, d'un groupe ou d'une caractéristique (p. ex., le sexe, l'âge, l'origine ethnique).



À titre d'exemples, les personnes responsables de la réception des candidatures peuvent supprimer les identifiants (p. ex., le nom, le sexe, l'âge) avant la sélection des candidatures retenues par les gestionnaires; utiliser des entrevues et des tests normalisés; utiliser des techniques objectives pour évaluer les caractéristiques subjectives (p. ex., l'empathie, l'adéquation avec l'équipe ou l'établissement); utiliser des comités de sélection diversifiés. Dans le cadre d'une approche de soins centrés sur la personne, les gestionnaires peuvent inclure un usager ou une personne proche aidante dans le comité de sélection.

3.3.4 Les membres de la haute direction de l'établissement doivent tenir compte du style de leadership des candidats lors du recrutement et de la sélection des gestionnaires.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le style de leadership doit correspondre aux valeurs de l'établissement et ainsi s'aligner sur la culture préconisée au sein de l'établissement et la soutenir. Un milieu de travail sain, des soins et services sécuritaires et de haute qualité sont tributaires d'un style de leadership orienté en ce sens.

Lors du processus de recrutement, des renseignements sur le style de leadership d'un candidat peuvent être obtenus au moyen de questions ciblées lors de l'entrevue et en obtenant des références auprès des employeurs antérieurs. Les candidats qui se démarquent peuvent faire l'objet d'évaluation plus complètes qui incluent notamment des tests psychométriques. Le style de leadership recherché peut aussi être déterminé par la consultation des données probantes (p. ex., informations sur les nouveaux styles de leadership, comme le leadership participatif). Des sondages réalisés auprès des usagers, des personnes proches aidantes et de la main-d'œuvre peuvent aussi orienter les décideurs sur le style de leadership à favoriser pour l'établissement.

3.3.5 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que la main-d'œuvre bénéficie d'une orientation, d'une formation et d'un suivi en début d'emploi.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils



L'orientation et la formation lors du recrutement en début d'emploi sont des actions concrètes mises en place par l'établissement qui permettent aux nouveaux membres de la main-d'œuvre de se sentir accueillis, attendus et valorisés. Une orientation appropriée montre l'engagement de l'établissement envers la santé et la sécurité de sa main-d'œuvre. De plus, de bons mécanismes d'intégration en emploi favorisent une bonne compréhension de la structure de l'établissement et de ses opérations et contribuent à rehausser sa notoriété en tant qu'employeur de choix auprès des candidats potentiels.

Les gestionnaires mettent en place un programme d'orientation selon le titre d'emploi du membre de la main-d'œuvre. Parmi les sujets abordés, on peut citer les suivants : leurs droits, leurs rôles et leurs responsabilités en ce qui a trait aux politiques et procédures organisationnelles; la conception conjointe des approches de soins centrés sur la personne et de la prestation de services avec les usagers et les personnes proches aidantes; la revue du code éthique et du code de conduite de l'établissement; les informations relatives au service de paie; les aires de repos.

Pour accompagner davantage la main-d'œuvre, les gestionnaires peuvent mettre en place des programmes qui visent la supervision et le mentorat des nouvelles recrues.

3.3.6 Les membres de la haute direction de l'établissement soutiennent le perfectionnement continu des gestionnaires pour permettre le développement des compétences et pour bien les outiller quant à l'exercice de leur rôle et à la prise de décision.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Les gestionnaires gèrent les ressources humaines et matérielles d'un établissement. Ils sont entre autres responsables de la gestion des budgets, de la motivation et de l'évaluation de rendement de la main-d'œuvre, de la gestion des risques, des conflits et du changement. Bien qu'ils puissent posséder un éventail d'expérience et de connaissances, les membres de la haute direction doivent soutenir le développement des compétences des gestionnaires et mettre à leur disposition les outils nécessaires pour exercer leur rôle de gestion au sein de l'établissement.

Le soutien de la haute direction au perfectionnement du leadership peut prendre de nombreuses formes. Il peut s'agir d'accompagnement, de services de coaching, de participation à des groupes de codéveloppement, de mentorat, d'ateliers ou de formations sur des thématiques reliées aux défis de gestion du milieu (p. ex. comment



fixer des objectifs SMART, comment mobiliser les équipes de travail, la gestion du temps), de programmes d'éducation ou d'un programme structuré de perfectionnement ou d'échange en leadership.

La rétroaction des usagers, des personnes proches aidantes et de la main-d'œuvre peut aussi être utilisée afin d'identifier des sujets de développement pour les gestionnaires.

3.3.7 Les gestionnaires de l'établissement disposent d'un cadre de référence en gestion des talents pour répondre aux besoins de la main-d'œuvre, préparer la relève et favoriser le cheminement de carrière au sein de l'établissement.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Le système de gestion des talents d'un établissement aussi connu sous le nom de « cadre de gestion des talents », est conçu pour répondre aux besoins de l'ensemble de la main-d'œuvre, y compris les gestionnaires, les bénévoles et les prestataires de soins. Ce système soutient la planification de la relève afin de réduire au minimum l'impact du roulement de la main-d'œuvre, prévu et imprévu. Il peut notamment soutenir le renforcement des capacités et le perfectionnement des ressources humaines en encourageant et en offrant à la main-d'œuvre des occasions d'acquérir de nouvelles aptitudes et expériences. Le système de gestion des talents favorise également la croissance du leadership à l'intérieur de l'établissement et peut être utilisé dans le cadre de la planification de la relève. Il contribue à maintenir un environnement de travail sain en permettant à la main-d'œuvre d'assumer des rôles et fonctions de leadership.

Les gestionnaires doivent consulter les membres de la main-d'œuvre afin de connaître leurs aspirations en matière de cheminement de carrière, évaluer leur potentiel à accéder à des fonctions de gestion et identifier conjointement des possibilités de développement des compétences. Les échanges à ce sujet peuvent s'effectuer lors de l'évaluation de rendement. Les gestionnaires peuvent aussi confier des mandats spéciaux aux membres de la main-d'œuvre afin d'accroître le sentiment de réalisation au travail et développer la pensée critique.

Lorsque les possibilités d'accéder à des postes de leadership ou de direction sont limitées, l'établissement peut s'efforcer de proposer des mutations transversales ou latérales afin que la main-d'œuvre puisse acquérir de nouvelles expériences.



3.3.8 Les gestionnaires de l'établissement soutiennent le perfectionnement continu de la main-d'œuvre au moyen d'un plan de développement des ressources humaines et de plans de perfectionnement individualisés.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le plan de développement des ressources humaines (PDRH) organisationnel permet à la main-d'œuvre de se tenir informée des progrès dans son domaine, de développer des aptitudes pour améliorer son rendement et de progresser vers ses objectifs. Il permet notamment de veiller à ce que les formations obligatoires selon le titre d'emploi soient prévues et complétées (p. ex., formation en protection et contrôle des infections).

Pour ce faire, les gestionnaires peuvent offrir à la main-d'œuvre plusieurs formes de soutien, notamment du temps accordé pour participer à des cours et des conférences, une réorganisation du travail pour permettre la poursuite des études, des options d'autoapprentissage, l'accès à des données probantes sur la recherche et à des pratiques exemplaires, ainsi que l'accès à d'autres ressources et formations.

La rétention de la main-d'œuvre constitue un enjeu majeur pour les établissements. L'une des façons qui permet de fidéliser les membres de la main-d'œuvre est d'offrir des possibilités de développement professionnel. Pour soutenir le perfectionnement professionnel continu, l'établissement offre à la main-d'œuvre des plans de perfectionnement professionnel personnalisés afin de poursuivre leur apprentissage et leur perfectionnement en vue d'atteindre leurs objectifs professionnels.

Les gestionnaires doivent également prévoir le financement du perfectionnement professionnel de la main-d'œuvre au sein du budget de l'établissement.

3.3.9 Les gestionnaires de l'établissement informent régulièrement la main-d'œuvre et l'instance de gouvernance des activités de gestion des talents et de développement des ressources humaines, ainsi que de leur alignement stratégique.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils



La planification stratégique d'un établissement comporte des priorités d'actions liées à la gestion des ressources humaines. Conséquemment, un suivi périodique de la performance des actions retenues doit être effectué auprès de l'instance de gouvernance. Les informations sur l'avancement et sur les résultats relatifs aux activités de formation sont aussi présentées à la main-d'œuvre. La présentation des données favorise la transparence de l'établissement, mais aussi sert à susciter l'intérêt et promouvoir la participation aux activités de développement professionnel auprès de la main-d'œuvre.

Les gestionnaires doivent veiller à documenter des indicateurs de performance au regard de la formation, des coûts associés et des obstacles rencontrés qui n'ont pas permis d'atteindre les objectifs le cas échéant. Si l'atteinte des résultats est jugée inférieure aux cibles fixées, les gestionnaires présentent alors des mesures de mitigations qui permettront d'atteindre les objectifs. Les rapports et les plans d'action qui en découlent sont présentés lors des séances de l'instance de gouvernance de l'établissement.

- 3.3.10 Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre des politiques et des procédures au sujet de la gestion du rendement de la main-d'œuvre et interviennent face aux enjeux soulevés.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Tout établissement engagé dans une démarche d'amélioration continue doit avoir la possibilité d'évaluer le rendement des membres de sa main-d'œuvre sur une base régulière. L'évaluation des membres de la main-d'œuvre se veut un temps d'arrêt pour les gestionnaires et leur équipe pour revoir la performance des individus en regard de leur fonction, leurs forces, les possibilités d'amélioration, ainsi que leurs objectifs personnels et plans de carrière. L'évaluation de rendement a pour but d'augmenter l'engagement des membres de la main-d'œuvre, d'améliorer la compréhension des attentes en matière de performance, d'établir des liens entre les attentes individuelles et organisationnelles et d'augmenter la satisfaction au travail.

Les gestionnaires mettent en place des politiques et des procédures qui encadrent le processus d'évaluation du rendement de la main-d'œuvre. Le contenu de celles-ci doit être cohérent avec la vision, la mission et les valeurs de l'établissement (p. ex. les soins centrés sur la personne); doit définir la fréquence des évaluations; inclure des modèles d'évaluation normalisés et prévoir l'élaboration de plans personnalisés qui abordent les



forces, les possibilités d'amélioration et de développement de la personne. Les éléments d'évaluation peuvent aussi inclure l'atteinte d'objectifs qualitatifs et quantitatifs (p. ex., nombre de rencontres interdisciplinaires réalisées avec l'utilisateur et les personnes proches aidantes suivant l'admission en CHSLD, nombre de dossiers traités ou visites réalisées).

L'évaluation peut prendre plusieurs formes dont la tenue de discussions informelles fréquentes sur le rendement plutôt qu'une seule évaluation officielle annuelle. Lorsque des enjeux préoccupants surviennent, les gestionnaires mettent en place un plan d'action individualisé qui vise à encadrer et suivre le rendement de la personne de manière plus pointue (p. ex. en incluant des cibles précises à atteindre dans un laps de temps donné). Les gestionnaires doivent partager les résultats de l'évaluation avec la personne et lui permettre de commenter celle-ci. Une copie de l'évaluation de rendement doit être conservée dans le dossier du membre de la main-d'œuvre.

3.3.11 Les membres de la haute direction de l'établissement procèdent à l'évaluation du rendement des gestionnaires en utilisant des outils qui réfèrent aux résultats attendus au regard d'objectifs prédéfinis.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Les membres de la haute direction sont imputables du rendement des gestionnaires de l'établissement et doivent donc veiller à évaluer la performance de ces personnes.

Les outils utilisés doivent permettre d'évaluer des compétences clés de gestion, notamment les aptitudes de collaboration et de partenariat, le courage managérial, le leadership mobilisateur, la communication personnelle et organisationnelle et la capacité à gérer le changement. L'évaluation peut aussi référer aux qualifications identifiées dans le profil de compétences et le référentiel de compétences selon l'ordre professionnel ou la profession (p. ex., Le Référentiel de compétences infirmières (RéCI), le référentiel de compétences du gestionnaire-leader de la fonction publique québécoise). La rétroaction des usagers, des personnes proches aidantes, de la main-d'œuvre et des partenaires externes ainsi que les résultats de sondages sont aussi des sources d'information qui contribuent à la réalisation de l'évaluation du rendement des gestionnaires. Le contenu de l'évaluation de rendement peut aussi reposer sur un programme d'évaluation des compétences de gestion élaboré par l'établissement basé sur les pratiques optimales.

L'évaluation de rendement permet entre autres de mesurer la performance des gestionnaires en regard des objectifs liés à la planification stratégique de l'établissement,



à cibler des pistes d'amélioration, à identifier des stratégies pour développer certaines compétences et à reconnaître les réalisations marquantes.

3.3.12 Les gestionnaires de l'établissement évaluent régulièrement l'engagement de la main-d'œuvre et utilisent l'information recueillie dans le but d'améliorer le climat de travail.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Une main-d'œuvre engagée constitue un élément essentiel qui contribue à la performance et à l'atteinte des objectifs d'un établissement. Le climat de travail a un impact sur le degré de mobilisation de la main-d'œuvre. Par conséquent, les gestionnaires doivent veiller à évaluer l'engagement de la main-d'œuvre sur une base régulière en vue de mettre en place des actions concrètes pour agir sur le climat de travail s'il y a lieu.

Les gestionnaires déploient des sondages qui visent à mesurer la mobilisation de la main-d'œuvre et évaluent les résultats (p. ex., le sondage Pulse sur la qualité de vie au travail, autres sondages sur la mobilisation de la main-d'œuvre). Les données analysées peuvent inclure celles relatives à la conciliation travail-vie personnelle, le taux de roulement et la rétention de la main-d'œuvre, l'absentéisme et d'autres indicateurs relatifs à l'expérience vécue par la main-d'œuvre. Les enjeux sont identifiés et des mesures sont mises en place afin d'atténuer les impacts sur le climat de travail. Les gestionnaires peuvent mettre à contribution les usagers et les personnes proches aidantes dans l'élaboration de plans visant à améliorer l'engagement de la main-d'œuvre. Un comité de santé et de sécurité organisationnelles peut aussi assurer la supervision de ce processus.

3.3.13 Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre des stratégies de rétention de la main-d'œuvre et évaluent régulièrement l'efficacité de ces mesures.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

La rétention de la main-d'œuvre est un enjeu majeur auquel les établissements de santé et de services sociaux sont confrontés. Afin d'augmenter le taux de rétention de la main-



d'œuvre, un établissement doit mettre en place des stratégies novatrices qui favorisent le maintien en poste, qui augmentent le sentiment d'appartenance et qui aident l'établissement à se démarquer. La rétention de la main-d'œuvre est étroitement liée à la santé et à la sécurité organisationnelles d'un établissement. Par conséquent, de nombreuses stratégies de rétention de la main-d'œuvre sont semblables aux stratégies visant à promouvoir la santé et la sécurité organisationnelles.

Les stratégies mises en place par les gestionnaires peuvent comprendre ce qui suit : la flexibilité des horaires de travail, la reconnaissance et la récompense aux membres de la main-d'œuvre pour les contributions complémentaires à la fonction; la possibilité de services de garde d'enfants; les possibilités de mentorat, de jumelage, des promotions; l'offre de perfectionnement professionnel assumé par l'employeur, y compris la possibilité de perfectionner des aptitudes en leadership; la surveillance du stress et de la fatigue afin de réduire au minimum les écarts de service et le risque d'épuisement professionnel. Les gestionnaires doivent utiliser des indicateurs afin de mesurer le taux de rétention de la main-d'œuvre et les impacts des mesures mises en place et ajuster les actions selon les résultats obtenus.

Les stratégies de rétention peuvent varier en fonction de la taille de l'établissement, de sa situation géographique, des types de postes et de responsabilités, ainsi que d'autres facteurs tels que les contrats individuels de travail et les systèmes de rémunération en place.

3.3.14 Les gestionnaires de l'établissement produisent des horaires de travail standardisés, stables, équitables et prévisibles afin de favoriser la qualité de vie au travail.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Des horaires de travail stables, équitables, prévisibles sur une période étendue permettent à la main-d'œuvre de planifier ses activités personnelles et professionnelles et servent à améliorer la qualité des soins en regard de la constance et de la continuité des services. La planification des horaires à l'avance contribue à éviter le temps supplémentaire obligatoire souvent causé par le manque d'effectif (p. ex., le non-respect de l'horaire de travail en raison d'obligations personnelles), à réduire le stress et la fatigue de la main-d'œuvre ainsi que les risques pour les usagers.

Les gestionnaires veillent à mettre en place une politique transparente et normalisée pour la planification des horaires. Les politiques incluent notamment, des procédures



pour la demande et l'approbation des demandes de congé et de vacances qui favorisent des horaires équitables et prévisibles. Les politiques prévoient aussi les modalités pour effectuer des changements d'horaires de dernière minute, ainsi qu'un processus normalisé et transparent pour faire appel à la main-d'œuvre indépendante et réduire au minimum l'impact sur les usagers.

Les gestionnaires utilisent un processus basé sur les données probantes pour déterminer les ratios de main-d'œuvre minimale pour chaque type d'emploi, et ce, pour chaque quart de travail, et suivent l'augmentation ou la diminution de la charge de travail et les raisons qui soutiennent les changements s'il y a lieu. Ce processus est élaboré en consultant les directions des ressources financières et des ressources humaines pour s'assurer qu'il est conforme aux règlements et aux lois en vigueur et que l'établissement dispose des ressources disponibles.

3.3.15 Les gestionnaires de l'établissement mettent à la disposition de la main-d'œuvre des moyens pour aider à gérer sa santé et encourager les saines habitudes de vie.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

L'adoption de saines habitudes de vie constitue un facteur déterminant pour la santé physique et psychologique de la main-d'œuvre. Les facteurs comme la culture organisationnelle, les exigences du travail, la gestion des horaires, l'équilibre travail-vie personnelle, ainsi que les impératifs de la vie personnelle, ont tous un impact sur la santé et sécurité organisationnelles d'un établissement et de sa main-d'œuvre. Il s'agit de facteurs importants auxquels les gestionnaires doivent prêter attention en vue d'accroître le rendement, la satisfaction de la qualité vie au travail et de la santé au sens plus large de la main-d'œuvre.

Les gestionnaires mettent en œuvre des stratégies visant à créer un milieu de travail sain, qui ont des impacts positifs sur la santé, y compris la santé physique, émotionnelle et psychologique. À titre d'exemples, ils peuvent mettre en place des stratégies qui agissent sur les déterminants de la santé, comme des programmes pour aider à gérer le stress ou le surpoids ou pour cesser de fumer, des initiatives visant à encourager des modes de vie sains, des choix santé offerts en cafétéria ou dans les machines distributrices, des horaires de travail flexibles, des programmes d'aide aux employés, du soutien entre pairs ou d'autres services-conseils pour aider les personnes à gérer le travail et les impératifs de la vie personnelle. Les gestionnaires rendent disponibles pour la main-d'œuvre, des moyens qui permettent d'autogérer leur santé.



Les gestionnaires mettent à contribution la main-d'œuvre, les syndicats ou autres représentants de la main-d'œuvre afin de connaître les souhaits et besoins à cet égard et d'ajuster les stratégies en conséquence.

3.3.16 Les gestionnaires de l'établissement gèrent les informations liées aux ressources humaines de manière à protéger les renseignements personnels.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les dossiers des ressources humaines de l'établissement comprennent des renseignements confidentiels concernant l'embauche, l'orientation, la formation et l'éducation, les évaluations du rendement et les problèmes à cet égard, ainsi que le licenciement ou la démission, y compris l'entrevue de départ. Les établissements qui ne se conforment pas au respect de la confidentialité en matière de gestion des ressources humaines peuvent être exposés à des risques de poursuites.

Pour protéger l'identité et le droit à la vie privée des personnes, les gestionnaires mettent en place des processus, des procédures et des politiques dont le but est de protéger les renseignements personnels des membres de la main-d'œuvre. Il peut s'agir notamment de politiques qui concernent les accès informatiques, des codes d'accès ou espaces sous-clés pour atteindre l'espace d'archivage des dossiers papier de la main-d'œuvre.

Les gestionnaires appliquent les lois et les règlements pertinents à cet égard, dont la Loi sur la protection des renseignements personnels, la Charte des droits et libertés, le Code civil du Québec, les lois sur la conservation et la confidentialité des dossiers électroniques et ceux relatifs à l'archivage des dossiers de main-d'œuvre.

3.3.17 Les gestionnaires de l'établissement rendent disponible de la formation et du perfectionnement sur des thématiques ayant trait à la sécurité des usagers, au moins une fois par année.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La sécurité des usagers constitue la priorité de tout établissement de santé et de services sociaux. Il convient donc à l'établissement de mettre en place des moyens qui visent à promouvoir la sécurité des personnes en tout temps.



Par conséquent, des formations annuelles sur la sécurité des usagers doivent être offertes aux gestionnaires de l'établissement, à la main-d'œuvre et aux bénévoles. Les thématiques particulières en matière de sécurité des usagers sont déterminées en fonction des titres d'emploi, comme l'utilisation sécuritaire des médicaments, la déclaration des incidents liés à la sécurité des usagers, la formation sur les facteurs humains, la prévention des chutes, 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 et le contrôle des infections. De plus, tous les membres de la main-d'œuvre doivent être formés en matière de mesures d'urgence.

Les gestionnaires doivent identifier les formations annuelles à offrir et les diverses modalités de formation (p. ex., formations en présentiel, Web ou autres, activité de simulation d'urgences, présentations et remise de matériel imprimé, groupes ciblés, rencontres de bénévoles). Ils doivent aussi préciser à quel moment auront lieu les formations et s'ajuster aux situations qui surviennent en cours d'année : lors du processus d'accueil, d'intégration et d'orientation de nouveaux membres de la main-d'œuvre; au retour de congé de maternité; à la suite d'un incident ou d'un accident ou à la suite de tout changement de procédures ou de techniques. Les gestionnaires doivent tenir un registre à l'égard des formations portant sur la sécurité des usagers et s'assurer qu'il est tenu à jour.

Test(s) de conformité

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

3.4 Assurer la sécurité informationnelle et l'intégrité des systèmes d'information

- 3.4.1 Les gestionnaires de l'établissement choisissent et mettent en œuvre des systèmes d'information qui répondent aux besoins actuels et tiennent compte des besoins futurs de l'établissement.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils



Les établissements utilisent des systèmes d'information afin de gérer l'ensemble de ses renseignements, y compris l'acquisition, l'organisation, le stockage, la récupération, la diffusion, le maintien et la destruction des renseignements. La fonctionnalité, la compatibilité et l'efficacité des systèmes sont des éléments importants pour assurer la bonne gestion de toutes les opérations d'un établissement.

Lorsqu'ils considèrent faire l'acquisition d'un nouveau système d'information, les gestionnaires sollicitent l'avis des parties prenantes (p. ex., les usagers, les personnes proches aidantes et la main-d'œuvre), pour s'assurer qu'ils comprennent tous les besoins en matière de renseignements. Avant d'en faire l'acquisition, les gestionnaires mettent à l'essai (p. ex., par le déploiement d'un projet pilote) les systèmes auprès des utilisateurs afin de s'assurer que les systèmes sont adaptés aux soins et aux processus administratifs de l'établissement. Lorsque les gestionnaires choisissent un système d'information, y compris des systèmes de dossiers médicaux électroniques, ceux-ci tiennent compte des besoins actuels et évolutifs en matière de gestion des renseignements.

Dans certaines provinces ou dans certains territoires, la sélection et la mise en place des systèmes d'information relèvent de la responsabilité du gouvernement.

3.4.2 Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre des politiques et des procédures relatives aux systèmes d'information, y compris celles qui assurent la sécurité informationnelle.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Les atteintes à la sécurité informationnelle, y compris les violations de sécurité des technologies de l'information (aussi connues sous le nom d'« atteinte à la cybersécurité »), présentent un risque élevé pour les établissements. Par conséquent, il est important que les établissements disposent de politiques et de procédures pour réduire au minimum et gérer ce risque.

Les gestionnaires doivent mettre en œuvre des politiques et des procédures normalisées et complètes pour les systèmes d'information dont ils disposent. Ils devraient comprendre les menaces à la sécurité informationnelles et s'assurer que les politiques apportent une solution complète aux menaces connues. Les politiques et procédures devraient traiter notamment du maintien et de la gestion de la sécurité et de l'intégrité des données et des renseignements, de la communication des données et des



renseignements de manière normalisée, de la conservation et de la destruction des données (p. ex. un calendrier qui précise la durée de conservation des renseignements, y compris les données et les dossiers).

Les politiques et les procédures doivent également porter sur la formation et le soutien afin d'aider les utilisateurs à utiliser les systèmes d'information de manière appropriée.

3.4.3 Les gestionnaires de l'établissement désignent un responsable de la sécurité de l'information qui met en œuvre les politiques et procédures visant à garantir l'intégrité des systèmes et des données.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Efficiencia** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

L'intégrité des données et des systèmes ainsi que la sécurité des données sont des facteurs importants dont tous les établissements doivent tenir compte. L'établissement doit disposer de politiques et de procédures qui veillent à assurer la sécurité des systèmes utilisés et des données qui y sont stockées.

Les gestionnaires doivent identifier un responsable pour élaborer et mettre en œuvre les politiques et procédures et en assurer la vigie. La responsabilité peut être intégrée aux fonctions d'un poste existant (p. ex., au Chef des technologies de l'information). Le responsable doit pouvoir assurer un soutien aux membres de la main-d'œuvre qui utilisent les systèmes, gérer les comptes utilisateurs et les niveaux d'accès et intervenir en cas de bris ou d'une rupture de services.

3.4.4 Les gestionnaires de l'établissement gèrent l'accès aux renseignements cliniques et administratifs dans l'ensemble de l'établissement et pour toutes les parties prenantes, y compris les équipes de programmes et de services, les partenaires externes, la communauté et l'instance de gouvernance.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinencia** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les renseignements recueillis, conservés et archivés par les établissements sont nombreux et sont assujettis à des lois et des règlements qui visent à protéger la vie privée des personnes et la confidentialité des actifs informationnels. À titre d'exemple, il peut s'agir de renseignements liés à la sécurité des usagers, des personnes proches



aidantes, de la main-d'œuvre et de leurs renseignements bancaires (p. ex., leur statut vaccinal, leur numéro de comptes bancaires), à la performance organisationnelle (p. ex., aux résultats) ou au rendement financier.

Afin d'assurer la protection et contrôler l'accès aux données, les gestionnaires doivent identifier des accès précis pour chaque type ou catégorie d'emploi qui sont pertinents aux fonctions (p. ex., renseignements cliniques pour la main-d'œuvre de soins et le corps médical).

L'accès approprié aux données permet d'assurer la protection des renseignements et favorise une prestation de soins et service de manière intégrée et en temps opportun.

3.4.5 Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre des politiques et procédures facilitantes qui précisent les modalités d'accès au dossier de l'utilisateur pour ceux qui le souhaitent.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Tout usager qui reçoit des soins et services dans un établissement a le droit d'accéder à son dossier clinique. L'établissement doit avoir des politiques et des procédures en place qui précisent les modalités pour accéder à son dossier ainsi qu'une personne en place qui est responsable de l'accès à l'information au sein de l'établissement. L'établissement reconnaît que les usagers sont propriétaires des renseignements à l'égard de leur santé et que ce sont des partenaires dans le processus de consignation des renseignements dans leurs dossiers.

Les gestionnaires doivent veiller à ce que les usagers et les personnes proches aidantes soient informés des procédures à suivre pour faire une demande d'accès au dossier. Ils s'assurent que les politiques et procédures qui régissent l'accès au dossier sont facilitantes pour les usagers et les personnes proches aidantes et que les modalités qui s'appliquent reposent sur une approche de soins centrés sur la personne. Les gestionnaires veillent également à ce que les usagers aient la possibilité de discuter des renseignements, de poser des questions et de fournir leurs commentaires. Ils peuvent aussi utiliser des moyens technologiques (p. ex., des portails pour les usagers sur Internet) afin de faciliter l'accès à leurs dossiers et travailler de manière concertée avec leurs fournisseurs de soins à leur convenance.



3.4.6 Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre des mécanismes permettant aux prestataires de services d'accéder à tous les renseignements sur la santé d'un usager provenant de différents systèmes d'information.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les établissements sont encouragés à passer à un dossier clinique unique et complet pour chaque usager. La centralisation des renseignements sur la santé des usagers permet aux prestataires de soins et services de retrouver facilement tous les renseignements dont ils ont besoin à un seul endroit, d'assurer des soins et services sécuritaires et de haute qualité, d'assurer des communications plus fluides des résultats de santé et une meilleure efficacité du système de santé en général. Les renseignements consignés à un endroit unique permettent aux prestataires de services d'avoir un portrait plus complet de la santé de l'usager et de prendre des décisions plus éclairées.

Pour ce faire, les gestionnaires peuvent s'assurer que les usagers disposent d'un identifiant normalisé unique (p. ex., dans le Dossier santé Québec, Dossier clinique électronique, Rendez-vous santé Québec) à chaque usager individuellement. Les gestionnaires doivent également assurer qu'ils utilisent des navigateurs Web autorisés sécuritaires.

Les mécanismes de communication des renseignements au sujet de la santé des usagers utilisés par les établissements doivent respecter les lois et règlements en vigueur concernant la protection des renseignements personnels.

3.4.7 Les gestionnaires de l'établissement évaluent régulièrement la qualité et l'utilité des données et des renseignements contenus dans ses systèmes d'information.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Les systèmes d'information peuvent devenir lourds au fil du temps et inclure des renseignements qui ne sont plus pertinents, erronés ou dupliqués. Il s'avère donc nécessaire de procéder à une revue systématique des dossiers des usagers de façon



régulière pour maintenir un niveau de qualité optimal et s'assurer que les renseignements qui s'y trouvent sont utiles, exacts, fiables, sécurisés, confidentiels et soutiennent la prise de décision.

Les gestionnaires mettent en place des processus et des points de contrôle pour assurer la qualité. À titre d'exemple, ils peuvent prévoir des audits pour la revue sporadique des dossiers des usagers afin de valider le contenu et l'ordre de présentation (p. ex., éléments manquants, notes au dossier incomplètes et informations manquantes dans un système d'information comme SICHELD). Ils peuvent aussi prévoir la mise en place d'un répertoire à jour permettant l'intégration de l'information issue de sources diverses pour empêcher les chevauchements inutiles (p. ex., recueillir la même information à partir de plusieurs sources), la détermination des écarts et de nouvelles données à recueillir et le renforcement d'une approche plus complète en matière de gestion des renseignements. Les gestionnaires font participer les utilisateurs des systèmes d'information, notamment les usagers, les personnes proches aidantes, la main-d'œuvre et les prestataires de soins pour les sensibiliser à l'importance de la fiabilité des données au sein de l'établissement.



Chapitre 4: Leadership – Gestion de la qualité et des risques

Contexte

La gestion des risques au sein des établissements publics de la santé et des services sociaux est constituée d'un ensemble de procédures qui visent ultimement à réduire les risques auxquels les personnes peuvent être exposées tout en prodiguant des soins et services de haute qualité. L'évaluation, l'identification, l'analyse des incidents et les plans d'action qui en découlent favorisent une meilleure gestion des risques par les établissements. La main-d'œuvre, les usagers et les autres parties prenantes peuvent tous à un certain moment, faire face à des situations qui compromettent leur santé et leur sécurité. Une bonne compréhension des risques liés à la santé et à la sécurité de la part des gestionnaires permet à toute personne d'être proactive pour ce qui est de repérer les situations à risque et de veiller à mettre en œuvre des mesures préventives et correctives afin de résoudre ou d'atténuer ces situations. Une bonne gestion des risques s'effectue de façon coordonnée et intégrée en collaboration avec les équipes, les partenaires externes et la communauté. Les gestionnaires de l'établissement jouent un rôle crucial puisqu'ils ont la responsabilité d'assurer un environnement de travail sain pour la main-d'œuvre afin que les usagers aient accès à des soins et des services sûrs et sécuritaires.

Comme la gestion des risques comporte des étapes qui incluent la prévention et l'analyse des risques et des incidents, les processus pour résoudre ou atténuer leurs impacts sur la santé et la sécurité des personnes ainsi que les résultats et les mesures qui s'en suivent, ces étapes orientent et soutiennent les actions d'amélioration continue de la qualité. Les pratiques de gestion de la qualité et des risques doivent être cohérentes avec la vision, la mission et les valeurs de l'établissement ainsi qu'avec les priorités établies, les objectifs stratégiques et les orientations ministérielles. Le cadre de référence des établissements demeure le plan stratégique ministériel en vigueur.

Le présent chapitre, fondé sur la norme CAN/HSO A2001:2020 *Leadership*, définit les responsabilités et les fonctions des gestionnaires de l'établissement en matière de gestion des risques au sein de l'établissement et des moyens que ces derniers doivent mettre de l'avant pour assurer une prestation de soins et services sécuritaire et de qualité aux usagers ainsi que pour soutenir les projets et les initiatives qui visent l'amélioration continue de la qualité.



4.1 Gérer les risques à tous les niveaux

4.1.1 Les gestionnaires de l'établissement gèrent les conflits d'intérêts en s'assurant que les risques soient cernés, évalués, atténués et suivis.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Tout établissement peut être confronté à des situations susceptibles de donner lieu à des conflits d'intérêts qu'ils soient réels ou perçus. Les conflits d'intérêts peuvent avoir un impact sur le climat de travail, la motivation et la performance de la main-d'œuvre ainsi que sur la crédibilité d'un établissement.

Les conflits d'intérêts peuvent être liés à la prestation de soins et services ou à la gestion des activités ou des risques. Plus précisément, ils peuvent être liés aux ressources, aux finances, au budget, à la planification des immobilisations, à la propriété et à l'infrastructure physique, à la réputation, à l'octroi de privilèges, à la gestion des contrats, etc.

Les gestionnaires favorisent des procédés de gestion qui permettent d'éviter les conflits d'intérêts réels ou perçus. Ils doivent veiller à identifier et gérer rapidement de façon équitable et dans les délais opportuns, les conflits d'intérêts réels ou perçus afin d'éviter qu'ils entraînent des répercussions négatives sur la main-d'œuvre, les usagers, les personnes proches aidantes et l'établissement. Ils analysent les faits et traitent tous les types de conflits d'intérêts de manière transparente en cohérence avec les politiques, les procédures, les valeurs de l'établissement ainsi qu'avec le code d'éthique concernant la gestion des conflits d'intérêts.

4.1.2 Les gestionnaires de l'établissement collaborent avec la Direction de santé publique pour identifier les risques de santé publique et assurer la sécurité des usagers, de la main-d'œuvre et des personnes proches aidantes.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Les gestionnaires connaissent le plan d'action régional de santé publique et sa portée transversale. Ils utilisent les données de surveillance de l'état de santé dans le cadre de leurs travaux de planification des soins et des services et d'évaluation. Les gestionnaires utilisent également les données de vigie sanitaire qui servent, quant à elles, à éclairer en



temps réel leurs décisions afin d'assurer la sécurité de la population du territoire, des usagers, de la main-d'œuvre et des personnes proches aidantes.

Les gestionnaires collaborent avec la Direction de santé publique afin de recueillir des données sur les risques pour la santé de leur population, et ce, de manière continue. L'analyse de ces données permet d'identifier les risques rapidement, d'éclairer leurs processus de gestion et d'y répondre de manière proactive. Les gestionnaires doivent par conséquent, répondre en temps opportun, à toutes sollicitations de la santé publique dans les situations de menaces à la santé et au bien-être de la population. Ils participent activement à la gestion des risques et des menaces sous l'autorité de la santé publique.

La Direction de santé publique détient l'expertise et les connaissances relatives aux meilleures pratiques en matière de santé publique au Québec. Elle fait preuve de référence pour les gestionnaires. À titre d'exemple, les éclosions de maladies infectieuses constituent un risque croissant pour la santé publique auquel les établissements doivent être en mesure de répondre. Les gestionnaires doivent répondre à ce risque en élaborant et en mettant en œuvre des directives sur la vaccination de la main-d'œuvre qui permettent de déterminer les vaccinations recommandées pour celle-ci selon ses fonctions, son niveau d'interaction avec les usagers et les personnes proches aidantes ainsi que le risque pour lui-même et pour d'autres personnes et les exigences gouvernementales, s'il y a lieu.

- 4.1.3 Les gestionnaires de l'établissement collaborent avec la main-d'œuvre, les usagers et les personnes proches aidantes pour mettre en œuvre une politique à l'égard de la main-d'œuvre sous l'effet de substances ou ayant des comportements inappropriés pouvant affecter leurs capacités en milieu de travail.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

La santé et la sécurité de tous sont primordiales au sein d'un établissement. Les comportements inappropriés ou à risque peuvent poser des enjeux et avoir des impacts majeurs sur la santé et la sécurité de tous. La cause des comportements inappropriés ou à risque est souvent multifactorielle. L'alcool, le cannabis et les médicaments sont des exemples de substances qui peuvent altérer les capacités d'une personne à assumer son rôle et ses responsabilités au sein d'une équipe.

Les gestionnaires mettent à contribution la main-d'œuvre, les usagers et les personnes proches aidantes afin de mettre en œuvre une politique sur l'usage de substances en milieu de travail. La politique porte notamment sur la consommation d'alcool, l'utilisation de médicaments sous ordonnance qui peuvent altérer les capacités (p. ex., les opioïdes,



les benzodiazépines) et les substances à usage récréatif consommées par la main-d'œuvre. La politique décrit également les procédures ou les mesures qui seront prises pour soutenir l'intention de la politique.

La politique et les procédures sont cohérentes avec les directives ou les règlements de la province ou du territoire.

4.1.4 Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre une politique de non-discrimination visant à contrer la stigmatisation et la discrimination.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Les établissements de santé et de services sociaux se doivent d'offrir un milieu de travail, de soins et services inclusifs, non discriminatoire et libre de stigmatisation.

Les gestionnaires s'associent à la communauté pour mettre en œuvre une politique qui vise à lutter contre la discrimination et la stigmatisation et qui énonce que la main-d'œuvre, les usagers, les personnes proches aidantes et les visiteurs ne feront l'objet d'aucune discrimination, quelle qu'elle soit, y compris celle fondée sur l'âge, la capacité, le sexe et l'identité de genre, l'origine ethnique, la langue, la culture, les croyances, l'histoire, le statut migratoire, la situation d'emploi, le revenu et le statut social, le niveau d'alphabétisation, l'état de santé, et la situation géographique.

La mise en œuvre d'une politique et son application permettent de reconnaître le caractère unique de chaque personne et contribue à réduire les iniquités sociales en santé.

4.1.5 Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre une politique sur la prévention de la violence en milieu de travail qui vise à sensibiliser, prévenir et réduire le risque.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La violence au travail est courante dans les établissements de santé et de services sociaux.

La violence en milieu de travail est une réalité qui affecte l'ensemble de la main-d'œuvre et des prestataires de soins et services tout au long du continuum. Il est donc essentiel pour les établissements de mettre en place une politique qui vise à sensibiliser, prévenir



et réduire le risque de violence en milieu de travail. Les comportements violents peuvent provenir d'un usager, d'une personne proche aidante, de partenaires ou de collègues.

La présente pratique organisationnelle requise a adopté la définition englobante de la violence en milieu de travail formulée par l'Organisation internationale du Travail, soit :
des

« 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.

La stratégie de prévention de la violence en milieu de travail mise de l'avant par les gestionnaires doit respecter les lois régionales et nationales qui s'appliquent et constitue une étape importante pour répondre à l'inquiétude grandissante face à ce type de violence dans le secteur des soins de santé et des services sociaux.

Test(s) de conformité

- 4.1.5.1 Une politique écrite sur la prévention de la violence en milieu de travail est en place.
- 4.1.5.2 La politique est élaborée en collaboration avec la main-d'œuvre et les bénévoles (selon le cas).
- 4.1.5.3 La politique précise le nom des personnes ou des responsables de sa mise en œuvre et de son respect.
- 4.1.5.4 Des évaluations des risques sont effectuées pour vérifier le risque de violence en milieu de travail.
- 4.1.5.5 Des procédures permettent à la main-d'œuvre de signaler en toute confidentialité les incidents liés à la violence en milieu de travail.
- 4.1.5.6 Des procédures permettent d'enquêter sur les incidents liés à la violence en milieu de travail et d'y donner suite.



4.1.5.7 Les gestionnaires étudient les rapports trimestriels sur les incidents liés à la violence au travail et ils se servent des renseignements ainsi obtenus pour améliorer la sécurité, réduire les incidents impliquant la violence et améliorer la politique sur la prévention de la violence en milieu de travail.

4.1.5.8 De l'information et de la formation sont fournies à la main-d'œuvre sur la prévention de la violence en milieu de travail.

4.1.6 Les gestionnaires de l'établissement impliquent les usagers et les personnes proches aidantes dans l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique de lutte contre la maltraitance envers les usagers.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La maltraitance comprend toutes les formes de traitements répréhensibles infligés à un usager. Parmi les exemples, mentionnons la violence physique, verbale ou émotionnelle, l'exploitation financière, l'abus sexuel et la négligence.

Les gestionnaires doivent identifier les facteurs de risque qui sont les plus susceptibles de contribuer à des risques de maltraitance à l'intérieur de leur établissement. À titre d'exemples, les facteurs suivants peuvent augmenter le risque de maltraitance des usagers : un faible niveau de dotation en main-d'œuvre; l'épuisement professionnel; un taux élevé de roulement de la main-d'œuvre; une culture organisationnelle malsaine; l'absence de politique de prévention de la maltraitance; des facteurs de risque des usagers (p. ex., personnes en situation de vulnérabilité, des barrières linguistiques, une démence, un degré élevé de dépendance, l'isolement social); des facteurs de risque liés aux relations avec l'usager (p. ex., conflits antérieurs avec la main-d'œuvre ou une personne proche aidante, peu ou pas de contacts avec la personne proche aidante).

Les gestionnaires mettent en œuvre une stratégie organisationnelle de prévention de la maltraitance qui peut inclure plusieurs facteurs, dont une politique de lutte contre la maltraitance conforme aux lois (p. ex. la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité* au Québec) et aux règlements pertinents, la formation de la main-d'œuvre, des usagers et des personnes proches aidantes, des outils permettant de définir les usagers qui présentent des risques de maltraitance, ainsi qu'un protocole de déclaration des mauvais traitements. La politique de lutte contre la maltraitance comprend des renseignements sur la manière de reconnaître les signes et symptômes de mauvais traitements, ainsi que sur les



procédures de déclaration et d'enquête. L'éducation et la formation de la main-d'œuvre sont également essentielles pour prévenir la maltraitance. La formation de la main-d'œuvre devrait inclure des sujets comme les aptitudes à communiquer; la maîtrise de la colère; les comportements ou les symptômes qui exposent une personne à des risques de maltraitance, comme une maladie mentale ou la démence, des barrières linguistiques, ainsi que la manière de réagir adéquatement aux situations problématiques et aux confrontations.

4.1.7 Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre une politique sur l'identification des usagers afin d'assurer leur sécurité.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Afin d'assurer la sécurité des usagers, l'identification conforme des usagers est obligatoire avant d'offrir un soin ou un service au sein d'un établissement. L'objectif est d'assurer que le bon usager reçoive les soins appropriés.

Les gestionnaires mettent en œuvre une politique qui précise que des identifiants propres à une personne doivent être utilisés afin de prévenir des erreurs de traitements, de diagnostics, etc. Les éléments qui composent l'identité d'une personne sont notamment, l'âge, le sexe, l'origine ethnique, la religion, une photo, ou autres. À titre d'exemples, des outils divers sont utilisés pour identifier les usagers, dont des bracelets, des données saisies dans les systèmes informatiques, des codes à barres uniques, etc. La politique précise également les étapes à suivre lors d'une urgence où l'utilisateur n'a aucune pièce d'identité (p. ex, accident de la route, arrivée massive de blessés).

Les gestionnaires mettent à contribution les usagers, les personnes proches aidantes et la communauté y compris les populations vulnérables ou marginalisées lors de l'élaboration de la politique d'identification des usagers.

4.1.8 Les gestionnaires de l'établissement veillent à ce que les opérations se déroulent de manière sécuritaire, afin d'assurer la sécurité de la main-d'œuvre, des usagers et des personnes proches aidantes.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils



Chaque établissement doit s'assurer que l'ensemble de ses opérations s'effectuent en tenant compte de la sécurité de la main-d'œuvre, des usagers et des personnes proches aidantes.

Pour ce faire, les gestionnaires recueillent et analysent les données relatives à la sécurité (p. ex., les incidents liés à la sécurité des usagers et de la main-d'œuvre, les évaluations de risques) afin de déterminer les domaines dans lesquels ils peuvent améliorer la capacité de la main-d'œuvre à travailler en toute sécurité. L'analyse des données relatives à la sécurité peut aider à déterminer les facteurs contributifs et les causes souches des incidents et des risques liés à la sécurité (p. ex., le stress et la charge de travail peuvent être des facteurs contribuant au fait que la main-d'œuvre ne s'acquitte pas bien de ses fonctions). Le stress et la fatigue causée par le surmenage sont ainsi des facteurs de risque importants directement liés à la sécurité et ayant des incidences sur les usagers.

Les gestionnaires peuvent utiliser les résultats qui découlent des sondages de mobilisation de la main-d'œuvre afin de déterminer si la main-d'œuvre éprouve du stress et de la fatigue afin de mettre en place des mesures correctives. Ils peuvent également suivre les indicateurs quant à l'absentéisme et à la fréquence du temps supplémentaire obligatoire, ou évaluer les ratios de dotation en main-d'œuvre et le nombre d'employés équivalent à temps complet.

Par exemple, les gestionnaires peuvent s'efforcer de réduire le nombre de décisions que la main-d'œuvre doit prendre en limitant les options de décisions par l'utilisation de processus et de protocoles normalisés ou l'utilisation de solutions automatisées, en particulier lors des activités à risque élevé.

Au-delà de la gestion de la main-d'œuvre, les gestionnaires s'assurent de la disponibilité, du bon fonctionnement des équipements et du respect des politiques, procédures et protocoles qui visent à assurer des opérations sécuritaires.

- 4.1.9 Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre un programme pour améliorer la qualité de vie au travail, soutenir la santé physique et psychologique et favoriser le bien-être de la main-d'œuvre.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthodes d'évaluation : **Attestation**

Conseils

Les établissements de santé et de services sociaux doivent disposer d'un programme qui vise à améliorer la qualité de vie au travail, soutenir la santé physique et



psychologique et favoriser le bien-être de la main-d'œuvre. Ce programme doit être conçu pour répondre aux besoins identifiés dans les sondages sur l'engagement de la main-d'œuvre et doit veiller à l'amélioration de la qualité de vie au travail, de la santé et du bien-être de la main-d'œuvre.

Le programme peut comporter plusieurs éléments, dont un soutien éducationnel pour des activités comme des ateliers, des conférences ou des cours sur l'amélioration de la qualité de vie au travail; l'accès à la recherche et aux renseignements sur les pratiques exemplaires; l'attribution des ressources humaines ou financières visant à améliorer la qualité de la vie au travail; la réorganisation des responsabilités afin d'accorder plus de temps aux initiatives d'amélioration de la qualité de vie au travail ou la diffusion d'exemples concrets de l'engagement des gestionnaires de l'établissement envers la qualité de vie au travail au sein de l'établissement. Les gestionnaires s'assurent que le programme est fondé sur des cadres de référence pertinents de la province ou du territoire et qu'il est conforme aux lois et aux règlements pertinents en matière de santé et de sécurité au travail.

Les gestionnaires s'assurent de la mise en œuvre du programme et évaluent l'impact de celui-ci par le suivi des indicateurs pertinents, notamment ceux liés à la satisfaction de la main-d'œuvre, aux congés de maladie ou à l'absentéisme, au respect des vacances octroyées, à la rétention et aux heures supplémentaires. Il peut s'agir aussi du suivi des taux de participation aux activités visant à créer un milieu de travail sain; du nombre et de la nature des plaintes, des incidents et des griefs et des taux de participation au perfectionnement professionnel.

- 4.1.10 Les gestionnaires de l'établissement collaborent avec les usagers, les personnes proches aidantes et la communauté pour définir des pratiques de soins et de services appropriées et respectueuses de la diversité culturelle.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les établissements de santé et de services sociaux peuvent être appelés à répondre à une grande variété d'usagers de tous les horizons. La composition d'une communauté à l'autre peut varier grandement et les établissements doivent être prêts à répondre adéquatement par des pratiques de soins et services qui sont inclusives et culturellement adaptées.

Les gestionnaires s'assurent que les pratiques de soins et services témoignent d'un engagement respectueux et inclusif envers les usagers et la communauté desservie et tiennent compte des besoins culturels. Ils s'assurent de la protection des



renseignements personnels des usagers, du respect de la pudeur et de l'accès à des lieux réservés aux pratiques spirituelles, selon les besoins.

Les gestionnaires offrent une formation à la main-d'œuvre sur la sécurité culturelle. Ils lui donnent accès aux ressources nécessaires ainsi qu'aux renseignements et à l'éducation sur les besoins culturels des usagers et de la communauté. La participation à titre de formateur de membres des diverses communautés culturelles ou de personnes ayant des expériences vécues est aussi encouragée.

- 4.1.11 Les gestionnaires de l'établissement collaborent avec les usagers, les personnes proches aidantes et la communauté afin d'évaluer régulièrement l'efficacité des pratiques concernant la sécurité culturelle et utilisent les résultats pour apporter des améliorations, le cas échéant.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les établissements de santé et de services sociaux doivent, en collaboration avec les usagers, les personnes proches aidantes et la communauté, évaluer les résultats des pratiques mises en place en matière de sécurité culturelle et s'assurer qu'elles répondent aux besoins.

Les gestionnaires réalisent des audits auprès des parties prenantes et des sondages sur la satisfaction des usagers (p. ex., le sondage sur l'expérience des usagers d'Agrément Canada) afin de recueillir leur rétroaction. Les gestionnaires peuvent également animer des groupes de discussion à l'égard des pratiques de sécurité culturelle mises de l'avant en vue d'y apporter des ajustements au besoin.

L'évaluation permet de confirmer les pratiques optimales, de s'assurer qu'elles sont bien intégrées et de les ajuster au besoin. L'évaluation s'avère aussi une source de mobilisation pour la main-d'œuvre.

- 4.1.12 Les gestionnaires de l'établissement respectent la politique et les procédures permettant à toute personne de déposer des plaintes liées aux soins et services octroyés par l'établissement.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils



Toute personne, y compris la main-d'œuvre, a le droit de porter plainte et de faire part d'incidents liés à la sécurité des soins et services prodigués aux usagers.

Les gestionnaires respectent la politique (p. ex., « la politique de dénonciation ») qui protège explicitement la confidentialité des personnes qui s'expriment dans le but de fournir des renseignements ou de faire part de leurs plaintes et incidents. La politique soutient une culture organisationnelle favorisant la discussion ouverte et la possibilité de soulever des problèmes sans crainte de représailles et encourage les personnes à déclarer les activités non sécuritaires ou inappropriées au sein de l'établissement, y compris les activités illégales ou contraires à l'éthique.

Les gestionnaires déterminent et communiquent la procédure par laquelle la main-d'œuvre, les usagers et les personnes proches aidantes peuvent s'exprimer en toute sécurité. La procédure précise la marche à suivre pour déposer une plainte ou soulever un incident de manière sécuritaire et confidentielle concernant des activités non sécuritaires ou inappropriées liées à la prestation de soins et services de l'établissement, à leur expérience avec ce dernier ou à une violation des droits.

Dans les provinces ou les territoires où le processus de déclaration des plaintes est centralisé, l'établissement s'assure que sa politique et sa procédure sont conformes aux exigences en la matière.

4.1.13 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent d'une gestion en temps opportun et transparente des plaintes.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Les plaintes reçues par un établissement doivent être traitées rapidement. Le traitement d'une plainte en temps opportun témoigne d'un respect envers la personne, et du souci de l'établissement à assurer un suivi rapide et diminue les sentiments de colère, de crainte et d'anxiété liés à l'attente d'un suivi et d'une résolution le cas échéant. Le traitement rapide des plaintes contribue également à instaurer un climat de confiance entre les parties.

Les gestionnaires traitent les plaintes en temps opportun, favorisent des échanges positifs et proposent des résolutions efficaces. Le traitement des plaintes en temps opportun favorise l'identification de la source du problème et permet de mettre en place des actions correctives rapidement pour régulariser la situation. Lors de la réception d'une plainte, les gestionnaires communiquent un calendrier clair à la personne



concernée afin de l'informer du temps estimé requis pour l'examen et l'enquête de la plainte.

Les gestionnaires font preuve de transparence avec la main-d'œuvre, les usagers et les personnes proches aidantes et les informent du processus pour l'examen et l'enquête à la suite du dépôt d'une plainte ou d'un incident soulevé.

Une fois la plainte traitée, les gestionnaires informent la personne qui a déposé la plainte ainsi que les autres personnes concernées, des constats et des recommandations, s'il y a lieu.

Les gestionnaires, en collaboration avec la personne commissaire aux plaintes et à la qualité des services, fournissent à la main-d'œuvre, aux usagers, aux personnes proches aidantes et aux autres parties prenantes des renseignements sur les tendances identifiées à partir des plaintes reçues et des recommandations qui en découlent.

4.2 **Mettre en œuvre des mécanismes opérationnels pour assurer la santé et la sécurité organisationnelles**

4.2.1 Les gestionnaires de l'établissement collaborent avec la main-d'œuvre, les usagers, les personnes proches aidantes et la communauté pour mettre en œuvre les politiques et les procédures nécessaires pour gérer la santé et la sécurité organisationnelles.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

La santé et la sécurité organisationnelles sont des éléments importants pour un établissement de santé et de services sociaux. Celui-ci doit disposer de politiques et procédures qui permettent d'encadrer les opérations afin qu'elles soient sécuritaires.

Les gestionnaires mettent à contribution les usagers, les personnes proches aidantes et la main-d'œuvre afin d'élaborer des politiques et procédures en matière de santé et de sécurité organisationnelles qui répondent aux besoins de toutes les personnes associées à l'établissement. Les politiques et procédures doivent être cohérentes avec les besoins diversifiés des personnes qui œuvrent dans l'établissement et des populations auxquelles l'établissement offre des soins et des services.

Les gestionnaires s'assurent que les politiques sont conformes aux lois et aux règlements pertinents, y compris celles liées à la sécurité des usagers, à la santé et à la sécurité au travail et au domaine de l'assurance.



Un exemple concret est la création d'un comité de santé et sécurité organisationnelles composé de gestionnaires de l'établissement, de la main-d'œuvre, des usagers et des personnes proches aidantes.

4.2.2 Les gestionnaires de l'établissement collaborent avec la main-d'œuvre, les usagers et les personnes proches aidantes afin que les responsabilités concernant la santé et la sécurité organisationnelles soient intégrées dans les descriptions de fonction.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

La santé et la sécurité organisationnelles constituent des éléments importants pour les établissements de santé et de services sociaux. Les responsabilités en matière de santé et de sécurité organisationnelles doivent être définies et intégrées aux descriptions de fonction de la main-d'œuvre afin que chaque membre puisse s'approprier les différentes composantes et attentes à l'égard de leurs responsabilités, et ce, peu importe le poste occupé, au sein d'un établissement.

Les gestionnaires travaillent de manière concertée avec la main-d'œuvre, les usagers et les personnes proches aidantes afin d'élaborer des descriptions de fonction qui sont inclusives des notions de santé et de sécurité organisationnelles et définissent les responsabilités attribuables à chacune d'entre elles.

De plus, les responsabilités en matière de santé et de sécurité doivent faire partie intégrante des éléments à évaluer lors de l'évaluation de rendement, des manuels et des processus d'orientation et d'autres documents organisationnels.

Les gestionnaires peuvent mettre en place un groupe ou un comité particulier pour gérer les activités de santé et de sécurité organisationnelles. À titre d'exemples, le comité pourrait surveiller et diriger des activités d'amélioration de sécurité ou des postes particuliers pourraient être pourvus afin de faciliter et améliorer la sécurité dans l'ensemble de l'établissement.

4.2.3 Les gestionnaires de l'établissement veillent au respect de pratiques qui répondent à l'ensemble des besoins de la main-d'œuvre, des usagers et des personnes proches aidantes et de la communauté en matière de santé et de sécurité organisationnelles.



Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Accent sur la population** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Les pratiques en matière de santé et sécurité organisationnelles des établissements de santé et de services sociaux doivent répondre aux besoins de la main-d'œuvre, des usagers, des personnes proches aidantes ainsi que de la communauté.

Pour ce faire, les gestionnaires utilisent une approche inclusive qui met l'accent sur la compréhension des divers besoins en matière de santé et de sécurité et y répondent adéquatement. L'approche inclusive implique des mécanismes de consultation qui tiennent compte de l'ensemble de la population en incluant les groupes minoritaires marginalisés afin de mettre en place des pratiques optimales, pérennes et bien suivies.

Les gestionnaires adaptent les pratiques de santé et de sécurité organisationnelles aux besoins de toutes les parties prenantes. À titre d'exemple, si l'établissement offre ses services à des usagers atteints de troubles cognitifs, des pratiques de santé et de sécurité additionnelles peuvent être nécessaires pour assurer la sécurité des usagers et de la main-d'œuvre. Les gestionnaires évaluent régulièrement les pratiques de santé et de sécurité organisationnelles afin de s'assurer qu'elles sont adaptées aux clientèles desservies.

- 4.2.4 Les gestionnaires de l'établissement exigent que les partenaires externes respectent les lois et les règlements pertinents ainsi que les politiques sur la santé et la sécurité organisationnelles.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Les partenaires appelés à fournir des biens ou des services au sein de l'établissement ou en son nom sont assujettis aux mêmes lois, aux mêmes règlements et aux mêmes politiques organisationnelles que l'ensemble de la main-d'œuvre.

Les gestionnaires travaillent de manière concertée avec les usagers et les personnes proches aidantes lors de la mise en place des ententes de services et contrats qui ont un impact direct sur la qualité des soins ou l'expérience vécue par l'utilisateur (p. ex., le service alimentaire, le service d'entretien ménager, les soins directs aux usagers afin de s'assurer qu'ils tiennent compte des lois et règlements ainsi que des politiques organisationnelles de l'établissement en matière de santé et sécurité organisationnelles.



Les gestionnaires s'assurent que les partenaires respectent les ententes de services et contrats en matière de santé en sécurité organisationnelle.

- 4.2.5 Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre des mesures, y compris l'adoption de systèmes d'appoint, pour réduire les répercussions des pannes de services publics et des différents systèmes sur la santé et la sécurité organisationnelles.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les services publics fournissent des éléments essentiels au fonctionnement quotidien dans l'établissement notamment l'électricité, l'eau potable, l'eau stérile, le carburant, les gaz médicaux et les systèmes à vide dont les ascenseurs et escaliers roulants; les systèmes de chauffage, de ventilation et de climatisation; la vapeur utilisée pour la stérilisation; le matériel de communication (p. ex., téléphones, télécopieurs, téléphones portables, téléavertisseurs et interphones) ainsi que les systèmes d'information. Lors d'une panne de services publics, l'établissement doit prévoir des mesures ou des solutions de rechange qui permettent de maintenir les opérations essentielles.

Les gestionnaires préparent un plan comportant des mesures à prendre en cas de panne prolongée ou de situation d'urgence. À titre d'exemple, il peut s'agir de mesures qui visent à protéger les médicaments et des vaccins qui doivent être réfrigérés ou les mesures de relogement des usagers, des réserves d'eau, des prises de courant sous génératrices pour les appareils respiratoires, de nourriture ou des réserves pour les fournitures de base. Il peut s'agir également de veiller à ce que les milieux externes de soins, comme celui du domicile d'un usager soit équipé de systèmes d'appoint en cas de panne d'électricité, par exemple, la fourniture de piles ou d'une génératrice miniature pour l'équipement de ventilation à domicile.

- 4.2.6 Les gestionnaires de l'établissement utilisent un processus d'établissement du bilan comparatif des médicaments documenté et coordonné pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils



Le bilan comparatif des médicaments est reconnu comme une initiative importante du point de vue de la sécurité par l'Organisation mondiale de la Santé. L'établissement du bilan comparatif peut être un moyen rentable pour réduire les erreurs liées aux médicaments (p. ex., omissions, duplications, commandes incorrectes) et les remaniements souvent associés à la gestion des médicaments.

Le bilan comparatif des médicaments est un processus en trois étapes au cours duquel l'équipe (c.-à-d., les médecins, le personnel infirmier, les pharmaciens) travaille en partenariat avec les usagers et les personnes proches aidantes pour produire le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP), détermine et résout les divergences entre les sources d'information sur les médicaments et transmet une liste de médicaments exacte et complète à l'utilisateur et à son prochain prestataire 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, les cas d'exception). L'affectation de ressources, entre autres, à la dotation en main-d'œuvre, 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 établissement 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'établissement, 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 personnes proches aidantes.

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., les usagers reçoivent-ils le bilan comparatif des médicaments ? le meilleur schéma thérapeutique possible est-il consigné ?). Il faut aussi évaluer la qualité du processus (p. ex., le meilleur schéma thérapeutique possible est-il complet ?, les divergences entre les médicaments sont-elles décelées et résolues ?).

Test(s) de conformité



- 4.2.6.1 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.
- 4.2.6.2 Les rôles et responsabilités en ce qui concerne l'établissement du bilan comparatif des médicaments sont définis.
- 4.2.6.3 Un plan organisationnel est dirigé par une équipe de coordination interdisciplinaire en vue de maintenir l'établissement du bilan comparatif des médicaments.
- 4.2.6.4 Des preuves écrites démontrent que les membres de l'équipe, dont les médecins, qui sont responsables d'établir le bilan comparatif des médicaments reçoivent une formation pertinente.
- 4.2.6.5 La conformité au processus d'établissement du bilan comparatif est vérifiée et des améliorations sont apportées au besoin.

4.3 Déclarer et divulguer les incidents liés à la sécurité

- 4.3.1 Les gestionnaires de l'établissement disposent d'un système normalisé et facile à utiliser pour déclarer les incidents liés à la sécurité.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les établissements doivent encourager le signalement des incidents liés à la sécurité par la main-d'œuvre, les usagers et les personnes proches aidantes, car il permet d'identifier des problématiques et d'agir sur celles-ci, afin d'améliorer la qualité des soins et des services. Il est important que ceux-ci puissent signaler facilement les incidents qu'ils observent ou qui ont lieu au cours de leur prestation de soins et services.

Les gestionnaires mettent en place un système normalisé (aussi connu sous le nom de « système de déclaration des incidents et des accidents pour recueillir de manière



cohérente des renseignements sur les risques et les incidents préjudiciables survenus, les incidents évités de justesse et les facteurs contributifs. Les incidents liés à la sécurité de la main-d'œuvre sont déclarés distinctement par un autre mécanisme.

Les déclarations saisies dans le système (p. ex., l'utilisation du formulaire de déclaration AH-223) doivent être remplies de manière explicite et transparente. Un membre de la main-d'œuvre désigné est responsable de la réception et de l'examen des rapports de déclaration saisis dans le système. Les gestionnaires informent la main-d'œuvre, les usagers et les personnes proches aidantes au sujet de la manière de procéder à une déclaration ou de communiquer avec le membre de la main-d'œuvre responsable afin de faire une déclaration sans crainte de représailles. Le système de déclaration est disponible en tout temps.

4.3.2

POR

Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre une procédure qui encadre la divulgation aux usagers et aux personnes proches aidantes des incidents liés à la sécurité et favorise un suivi axé sur le soutien.

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La divulgation des incidents a pour but de favoriser un maximum de transparence entre les gestionnaires, les usagers et les personnes proches aidantes.

Les gestionnaires mettent en œuvre une procédure découlant de la politique mise en œuvre par l'instance de gouvernance pour encadrer la divulgation des incidents liés à la sécurité aux usagers et aux personnes proches aidantes. La divulgation comprend notamment les éléments suivants : informer les personnes concernées qu'un incident s'est produit et présenter des excuses; expliquer ce qui s'est passé et les raisons pour lesquelles l'incident s'est produit (au fur et à mesure que les faits sont connus); discuter des mesures immédiates prises pour corriger la situation et atténuer d'autres préjudices; passer en revue les mesures recommandées pour éviter la récurrence d'incidents; offrir du soutien à toutes les personnes concernées. Le soutien offert répond aux besoins des personnes touchées (usagers, personnes proches aidantes 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 un soutien grâce à un programme d'aide aux employés). La divulgation d'un incident qui touche de multiples usagers (p. ex., manquement au niveau de la stérilisation, non-respect de la vie privée) nécessite la détermination des usagers exposés au risque, la spécification du moyen retenu pour communiquer avec ceux-ci et la démarche entreprise.



La mise en œuvre d'une procédure permet de structurer le processus de divulgation afin qu'il soit cohérent et qu'il soutienne une culture d'établissement juste et transparente. Elle permet également d'identifier rapidement des moyens pour prévenir que des situations semblables se reproduisent dans le futur.

Test(s) de conformité

- 4.3.2.1 Une procédure documentée et coordonnée qui comprend les éléments suivants est mise en œuvre pour divulguer les incidents liés à la sécurité à l'endroit des usagers et des personnes proches aidantes : Quels incidents liés à la sécurité des usagers doivent être divulgués. Qui est chargé de diriger et d'appuyer le processus de divulgation. Quels éléments concernant l'incident peuvent être communiqués et à qui. Quand et comment divulguer l'information. Où consigner l'information sur la divulgation.
- 4.3.2.2 La procédure de divulgation est passée en revue et mise à jour avec l'apport des usagers, des personnes proches aidantes et de la main-d'œuvre.
- 4.3.2.3 Les personnes responsables de gérer et soutenir le processus reçoivent de la formation sur la divulgation.
- 4.3.2.4 Tout au long du processus de divulgation, une communication est établie avec les usagers, les personnes proches aidantes et la main-d'œuvre concernés par l'incident lié à la sécurité des usagers. La communication est consignée et fondée sur les besoins des personnes concernées.
- 4.3.2.5 Tout au long du processus de divulgation, un soutien d'ordres pratique, affectif ou psychologique est offert aux usagers, aux personnes proches aidantes et à la main-d'œuvre concernés par l'incident lié à la sécurité des usagers.



4.3.2.6 La rétroaction des usagers, des personnes proches aidantes et de la main-d'œuvre au sujet de leur expérience liée à la divulgation est sollicitée et documentée. Cette information est utilisée pour apporter des améliorations au processus de divulgation.

4.3.3
POR

Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre un mécanisme de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers qui favorise la déclaration et la mise en œuvre de mesures correctives et préventives.

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Dans une culture de sécurité et d'amélioration continue, les établissements doivent disposer d'un mécanisme qui permet d'encadrer la gestion des incidents liés à la sécurité des usagers. Le mécanisme de gestion d'incidents préjudiciables permet d'identifier, de déclarer et d'agir rapidement lorsqu'un usager, une personne proche aidante ou la main-d'œuvre a été touché par un incident lié à la sécurité, incluant les incidents évités de justesse. Le mécanisme structuré facilite et encourage la déclaration et permet aux gestionnaires d'agir en amont par l'application de mesures préventives.

Les gestionnaires mettent en œuvre un mécanisme de gestion des incidents liés à la sécurité qui comporte des étapes simples, claires et qui précise quels types d'incidents doivent être déclarés, dans quelles circonstances, comment procéder à la déclaration et à qui déclarer les incidents. Les déclarations et l'identité des personnes qui les font sont gardées confidentielles. Les gestionnaires utilisent ces informations pour effectuer une analyse de l'incident (aussi dénommée analyse des causes souches) ce qui permet d'identifier les facteurs causals associés à la survenue de l'incident et de recommander des mesures à prendre pour apporter des mesures correctives et préventives pour éviter toute récurrence. Le recueil et l'analyse de tous les incidents (incluant les incidents évités de justesse), permettent aussi d'identifier des tendances.

Les gestionnaires communiquent les résultats de l'analyse des incidents (p. ex., aux usagers et aux personnes proches aidantes, à l'instance de gouvernance, à la direction, aux équipes cliniques et aux partenaires externes) afin d'accroître la transparence et la confiance face au mécanisme de gestion des incidents préjudiciables et favoriser des apprentissages découlant des incidents. La base de données « Alertes mondiales sur la sécurité des usagers » en est une interrogeable, et disponible en ligne, où les établissements peuvent partager des leçons tirées des incidents liés à la sécurité.



Test(s) de conformité

- 4.3.3.1 Un mécanisme de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers est mis en œuvre avec l'apport des usagers, des personnes proches aidantes et de la main-d'œuvre. Le mécanisme comprend des procédures pour déclarer et analyser les incidents, recommander des mesures et assurer le suivi des améliorations.
- 4.3.3.2 L'information est partagée avec les usagers, les personnes proches aidantes et la main-d'œuvre afin qu'ils comprennent quels incidents doivent être déclarés, dans quelles circonstances, quand et comment le faire.
- 4.3.3.3 Une formation documentée sur l'intervention immédiate lors d'incidents liés à la sécurité des usagers est mise en œuvre pour la main-d'œuvre.
- 4.3.3.4 Il existe des procédures pour examiner les incidents, et des critères sont utilisés pour établir la priorité des incidents qui seront analysés plus en profondeur.
- 4.3.3.5 Toutes les mesures recommandées découlant des analyses des incidents sont passées en revue et les raisons qui soutiennent la mise de l'avant, le rejet ou le report de leur mise en œuvre sont consignées.
- 4.3.3.6 L'information sur les mesures recommandées et les améliorations apportées à la suite de l'analyse des incidents est communiquée aux usagers, aux personnes proches aidantes et aux équipes.
- 4.3.3.7 L'efficacité du système de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre; recueillir la rétroaction des usagers, des personnes proches aidantes et de la main-d'œuvre au sujet du mécanisme en



place; assurer la surveillance des rapports sur les incidents liés à la sécurité des usagers en fonction du type d'incident et de sa gravité; examiner si les améliorations sont mises en œuvre et maintenues; déterminer si la main-d'œuvre se sent à l'aise de déclarer les incidents liés à la sécurité des usagers.

- 4.3.4 Les gestionnaires de l'établissement informent la main-d'œuvre, les usagers et les personnes proches aidantes des tendances concernant les incidents liés à la sécurité et des mesures d'amélioration apportées.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le processus de gestion des accidents et incidents d'un établissement prévoit la communication des résultats des analyses des incidents liés à la sécurité. La communication des résultats et des mesures d'amélioration apportées à la suite d'une analyse favorise une culture de transparence et de haute fiabilité et peut être liée aux méthodologies générales d'amélioration de la qualité de l'établissement.

Les gestionnaires communiquent à la main-d'œuvre aux usagers, aux personnes proches aidantes et aux autres parties prenantes concernées, les informations recueillies en lien avec les rapports d'incidents et les mesures correctives apportées.

Lors du processus d'analyse, les gestionnaires mettent à contribution les parties prenantes concernées, y compris la main-d'œuvre, les usagers et les personnes proches aidantes affectés par l'incident et encouragent la communication entre celles-ci dans le but de renforcer la confiance et les informent des recommandations découlant de l'enquête lorsqu'elle prend fin.

- 4.3.5 Les gestionnaires de l'établissement procèdent à l'analyse des causes souches des incidents liés à la sécurité, les communiquent à la main-d'œuvre et mettent en place des actions pour y remédier.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Les évaluations des risques en matière de sécurité comprennent la détermination des causes souches des incidents liés à la sécurité.



Les gestionnaires recueillent et analysent les données relatives aux facteurs contributifs dans le cadre de l'évaluation des risques. À titre d'exemple, ils peuvent analyser les données relatives à la dotation en main-d'œuvre, les données sur la sécurité des usagers et de la main-d'œuvre et les données sur les victimes indirectes (c.-à-d., les personnes non impliquées dans un incident de sécurité qui ont subi un traumatisme en raison de l'incident). Cette recherche se fait en analysant de façon systémique et chronologique les circonstances en lien avec l'incident. Il s'agit d'une démarche dite a posteriori.

Les gestionnaires utilisent ensuite ces renseignements pour élaborer et mettre en place des plans d'amélioration visant à apporter une solution aux causes souches et à réduire les préjudices, conformément aux plans intégrés d'amélioration de la qualité et de gestion des risques. Ils communiquent les résultats qui découlent de l'analyse des causes souches à la suite d'un incident à la main-d'œuvre dans une optique d'amélioration de la qualité.

4.3.6 Les gestionnaires de l'établissement rendent compte à l'instance de gouvernance des incidents liés à la sécurité, des actions correctives et préventives.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Afin de pouvoir jouer son rôle adéquatement en matière de vigilance et de protection des parties prenantes, l'instance de gouvernance doit connaître les enjeux de l'établissement concernant les incidents liés à la sécurité ainsi que les mesures correctives et préventives mises en place afin de les éliminer ou d'éviter qu'ils se reproduisent dans le futur. L'instance de gouvernance doit s'assurer du bien-fondé et de la conformité de l'établissement concernant ses responsabilités à cet égard.

Les gestionnaires rendent compte régulièrement à l'instance de gouvernance des activités, des défis et des réalisations concernant les objectifs en matière de sécurité. Ils doivent démontrer qu'ils respectent les exigences de déclaration ainsi que les lois et règlements en la matière et qu'ils déclarent tous les incidents liés à la sécurité, y compris les incidents mettant en cause des médicaments, aux appareils et aux instruments médicaux.

Les gestionnaires peuvent demander conseil à l'instance de gouvernance quant à l'analyse des incidents, aux mesures de suivi, aux initiatives d'amélioration et aux stratégies d'atténuation qui résultent des incidents liés à la sécurité.



Lors de la mise en place de mesures correctives et de stratégies d'atténuation, les gestionnaires tiennent compte des droits des usagers de faire le choix éclairé de vivre avec le risque, conformément à leurs plans de soins et services individualisés.

4.4 **Assurer la gestion de l'environnement physique, de l'utilisation sécuritaire des appareils, des instruments médicaux et des technologies et veiller au respect des cadres de référence**

4.4.1 Les gestionnaires de l'établissement veillent à ce que l'environnement physique de l'établissement respecte les lois et les règlements pertinents.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'environnement physique d'un établissement doit répondre à plusieurs cadres de référence notamment en ce qui a trait à la sécurité des espaces physiques qui incluent l'entretien des systèmes de chauffage, de ventilation et de climatisation, la régulation de la température, de l'humidité, des odeurs et la disponibilité de l'air frais, la prévention de l'exposition à la fumée secondaire, l'état fonctionnel des éléments d'infrastructure physique (p. ex., bâtiments, fenêtres, toits, ascenseurs), l'utilisation de meubles et d'équipements ergonomiques adaptés qui répondent aux besoins des usagers et de la main-d'œuvre ayant des besoins particuliers et l'utilisation de systèmes de sécurité.

Le respect des lois et règlements pertinents s'inscrit dans une approche préventive et favorise l'adhésion aux meilleurs cadres de référence de protection de l'environnement physique.

Les gestionnaires effectuent des inspections périodiques pour veiller à ce que l'environnement physique soit conforme aux lois, aux règlements et au code du bâtiment en la matière, de manière à protéger la santé et la sécurité de la main-d'œuvre, des usagers et des personnes proches aidantes. Les gestionnaires peuvent attribuer cette responsabilité à une personne qualifiée qui sera imputable d'assurer la conformité des environnements physiques (p. ex., un chef des services techniques) de l'établissement.

4.4.2 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les projets d'aménagement ou de rénovation des espaces sont réalisés en collaboration avec la main-d'œuvre, les usagers et les personnes proches aidantes afin de tenir compte de leurs besoins et de leurs attentes en matière de santé et de sécurité.



Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les projets d'aménagement ou de rénovation peuvent avoir des impacts sur la main-d'œuvre, les usagers et les proches. Il est donc important de faire intervenir ces personnes dans les discussions qui visent l'aménagement des espaces avant d'entreprendre les travaux, car elles ont une expérience vécue à l'égard des besoins à l'octroi de soins et services sécuritaires et de haute qualité. Un aménagement qui correspond davantage aux besoins des utilisateurs est reconnu comme avantageux tant au niveau de la convivialité que de la productivité.

Les gestionnaires mettent à contribution la main-d'œuvre, les usagers et les personnes proches aidantes pour définir les besoins et les attentes en matière d'équipement et de sécurité, y compris les besoins en matière de respect de l'intimité, de sécurisation culturelle et d'espace.

Les gestionnaires peuvent utiliser des cadres d'amélioration de la qualité, d'amélioration des processus et d'engagement pour s'assurer que la conception conjointe respecte les pratiques exemplaires.

- 4.4.3 Les gestionnaires de l'établissement doivent s'assurer de protéger la santé et la sécurité des usagers et de la main-d'œuvre durant les travaux de construction et de rénovation.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Tous les établissements de santé et de services sociaux doivent, à un moment ou un autre, composer avec des travaux de construction ou de rénovation. Comme ces travaux peuvent avoir des impacts pour les personnes appelées à les fréquenter, ces établissements doivent par conséquent mettre en œuvre des mesures qui visent à protéger la santé et la sécurité de ces personnes afin de prévenir les incidents et les accidents qui pourraient survenir.

Lors des périodes de construction ou de rénovation, les gestionnaires mettent en place des mesures qui visent à assurer la sécurité des usagers et de la main-d'œuvre qui sont cohérentes avec les lois et les règlements pertinents en la matière. Ces mesures peuvent inclure, la restriction de l'accès aux lieux, le contrôle des substances ou du matériel dangereux et l'isolement des travaux de construction et de rénovation en vue d'en limiter l'impact sur la prestation de soins et services, ainsi que des moyens de



prévention et de contrôle des infections à l'entrée et à la sortie de la zone de construction ou de rénovation. Les gestionnaires peuvent également utiliser des moyens de communication pour informer les usagers et la main-d'œuvre des projets de construction ou de rénovation en cours ou à venir (p. ex., la diffusion d'une infolettre, la publication d'une mise en garde à cet effet sur le site Web de l'établissement, l'utilisation des babillards pour la pose d'affiches) afin de contribuer aux efforts de sensibilisation à la santé et la sécurité.

Les gestionnaires s'assurent également de l'identification claire des chantiers en construction ou de rénovation et des personnes qui peuvent avoir accès à ces espaces.

- 4.4.4 Les gestionnaires de l'établissement respectent un processus formel et transparent basé sur des critères définis, pour acheter des appareils, des instruments médicaux, des équipements et de la technologie, de même que pour sélectionner des fournisseurs qualifiés.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La transparence et la formalisation du processus basé sur des critères bien définis permettent à tous les membres des divers secteurs de l'établissement de connaître et de comprendre comment et pourquoi un équipement ou une technologie a été acquis.

Le processus de sélection et d'achat des appareils et instruments médicaux, de matériel, de technologie et de fournitures de l'établissement est fondé sur des critères définis qui prennent en compte la normalisation de l'équipement dans l'ensemble de l'établissement ainsi que le respect des politiques en matière d'approvisionnement. Dans les établissements où les appareils et instruments médicaux sont consignés (p. ex., prêtés ou loués), les gestionnaires utilisent le même processus de sélection des produits et des fournisseurs que celui qui est utilisé pour l'achat des appareils et des instruments médicaux.

Les gestionnaires prennent en compte les recommandations et des renseignements provenant de la main-d'œuvre, des usagers et des personnes proches aidantes; du niveau et du type de services offerts comme les capacités fonctionnelles des usagers; des connaissances et des compétences requises pour utiliser l'équipement; des risques et de l'impact sur la lutte contre les infections, tels que la réutilisation, la santé et la sécurité organisationnelles ainsi que la production et l'élimination des déchets; les dernières recherches, les données probantes et les progrès technologiques et les avantages de l'équipement par rapport à son coût.



4.4.5 Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre des politiques qui définissent les exigences envers la main-d'œuvre, concernant l'utilisation sécuritaire des appareils et instruments médicaux, des équipements et de la technologie.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Les politiques pour l'utilisation sécuritaire des appareils et instruments médicaux, des équipements et de la technologie permettent de définir clairement les exigences et de s'assurer de la sécurité de la main-d'œuvre et des usagers. Ces politiques visent notamment à prévenir des incidents ou accidents d'utilisateurs non qualifiés ou formés, le bris prématuré des appareils et d'en assurer une meilleure longévité. De plus, ces politiques contribuent à ce que les tests exécutés par ces appareils soient concluants et exacts (p. ex. imagerie par résonance magnétique, radiographie, bilan sanguin, etc.).

La politique mise en œuvre par les gestionnaires décrit les exigences à respecter (p. ex., la formation, les compétences ou les permis) pour l'utilisation des appareils, des instruments, du matériel et de la technologie pour un maximum de sécurité. La politique peut porter sur la tenue d'une liste à jour d'utilisateurs autorisés et qualifiés pour les appareils, les instruments et le matériel médicaux spécialisés. Les politiques peuvent également proposer des outils de vérification pour la sécurité des appareils, des instruments et du matériel (p. ex., par l'introduction de codes d'accès qui doivent être saisis avant que les appareils ou les instruments ne puissent être utilisés).

4.4.6 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent de la formation de la main-d'œuvre concernant l'utilisation sécuritaire des appareils et instruments médicaux, des équipements et de la technologie.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Des connaissances de base au sujet de l'utilisation sécuritaire des appareils et des instruments médicaux et de la technologie utilisés dans le cadre d'une prestation de soins et services de santé sont essentielles afin d'assurer la compréhension du bon fonctionnement. Les connaissances pour l'utilisation sécuritaire de ces appareils permettent de prévenir des incidents ou des accidents, des bris, et d'assurer l'exactitude des résultats.



Les gestionnaires veillent à mettre en place une formation pour la main-d'œuvre qui comprend des notions de base sur l'utilisation en toute sécurité des appareils et instruments médicaux et sur l'équipement médical. Les gestionnaires s'assurent que des moyens sont utilisés pour informer et former la main-d'œuvre lorsqu'il y a des changements apportés à la fonctionnalité des appareils ou lors de leur remplacement (p. ex. remplacement par de nouveaux modèles ou fonctionnalités nouvelles ou différentes). La formation ou la mise à jour d'une formation offerte précédemment est nécessaire pour la main-d'œuvre qui revient d'une absence prolongée (p. ex. au retour d'un congé de maternité ou parental). Les gestionnaires doivent s'assurer qu'une mise à jour des connaissances est faite avec cette main-d'œuvre dans de telles circonstances.

- 4.4.7 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent de l'entretien, de la mise à niveau et du remplacement des appareils et instruments médicaux, des équipements et de la technologie, dans un souci de sécurité.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Les équipements, appareils et instruments médicaux peuvent être assujettis à des entretiens réguliers selon leur nature. Le respect des entretiens de façon périodique assure leur bon fonctionnement, leur fiabilité et leur sécurité et contribue à leur longévité.

Les gestionnaires disposent de calendriers d'entretien et de processus documentés qui prévoient des vérifications d'entretien ainsi que l'entretien régulier et préventif, la gestion du cycle de vie de l'équipement, des appareils et des instruments médicaux, des sites d'entreposage sécuritaires, sûrs et efficaces, et l'entretien ou la réparation d'urgence.

À titre d'exemple, les gestionnaires peuvent numéroter chaque appareil afin de pouvoir les repérer plus facilement dans le parc de tous les équipements et déterminer les lieux et les modalités pour procéder aux entretiens. Les gestionnaires identifient un responsable pour la gestion du programme d'entretien régulier et préventif et en assurent la vigie. Des audits peuvent être réalisés afin de s'assurer de la conformité d'application.

- 4.4.8 Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre un programme efficace d'entretien préventif pour tous les appareils et instruments médicaux, l'équipement et la technologie.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils



L'adoption d'un programme efficace d'entretien préventif permet de s'assurer que les appareils et instruments médicaux, l'équipement et la technologie sont sécuritaires, fiables et fonctionnels.

Le programme permet également de repérer en amont l'éventuelle défaillance d'un appareil ou instrument médical, de l'équipement ou de la technologie qui pourrait mener à des blessures chez la main-d'œuvre ou les usagers, et d'y remédier promptement. L'entretien préventif peut améliorer la longévité de l'appareil et rassurer quant à la fiabilité et la validité des tests.

Test(s) de conformité

- 4.4.8.1 Un programme d'entretien préventif est en place pour tous les appareils ou instruments médicaux, l'équipement et la technologie.
- 4.4.8.2 Il y a des rapports d'entretien préventif pertinents.
- 4.4.8.3 Un processus est en place pour évaluer l'efficacité du programme d'entretien préventif de l'établissement.
- 4.4.8.4 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.



Chapitre 5: Planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres

Contexte

Depuis plusieurs années, on observe une augmentation des situations d'urgence et de sinistres au Québec et ailleurs dans le monde. Ces événements ont généralement des impacts significatifs sur les personnes et les communautés, notamment sur leur santé et leur bien-être. Pour faire face à d'éventuels événements, le Québec s'est doté d'une *Loi sur la sécurité civile* (2001), d'une *Politique ministérielle de sécurité civile* (2016) et d'un *Plan national de sécurité civile* (2021). Ces instruments de politique publique s'adressent à l'ensemble des acteurs de la sécurité civile du ministère de la Santé et des Services sociaux et de son réseau. Ils définissent les attentes ministérielles pour prévenir et atténuer les conséquences d'éventuelles situations d'urgence et de sinistres sur la santé et le bien-être de la population.

Dans ce contexte et dans une approche de sécurité civile, les établissements de santé et de services sociaux ont l'obligation de prévenir les risques, de se préparer à apporter une réponse appropriée en cas d'urgences et de sinistres, à offrir les services qui répondent aux besoins de la population et à soutenir le retour à la situation normale. Les étapes de ce processus sont définies comme étant la prévention, la préparation, l'intervention et le rétablissement.

Ce chapitre, fondé sur la norme HSO A9002:2020 *Gestion des situations d'urgence et des catastrophes*, évalue la capacité des gestionnaires des établissements à mettre en œuvre une approche intégrée de gestion des risques qui permet d'évaluer les risques, de se préparer, notamment par la planification et la formation, de définir des mécanismes d'alerte, de mobilisation pour répondre aux besoins qui émergent des situations d'urgence et de sinistres tout en maintenant les soins et les services essentiels, et de démobilisation, pour le retour à la vie normale. L'identification des partenaires, la concertation et la coordination des efforts sont au cœur des responsabilités des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux dans les situations d'urgence et de sinistres.

5.1 Établir le cadre général pour se préparer aux situations d'urgence et de sinistres



5.1.1 Les gestionnaires de l'établissement disposent du plan de sécurité civile global en réponse à des situations d'urgence et de sinistres.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accent sur la population** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les situations d'urgence et de sinistres peuvent être le fait d'aléas naturels (p. ex., incendie de forêt, inondation, température extrême, tempête de neige, de pluie ou de verglas, mouvement de terrain, pandémie, etc.) ou d'aléas anthropiques accidentels (p. ex., accident de transport, accident industriel, explosion, fuite de matières dangereuses, effondrement de bâtiment, rupture de barrage, etc.), intentionnels (p. ex., acte terroriste, crime majeur, désordre social) ou encore liés à la dégradation de l'environnement (p. ex., changement climatique, déforestation, hausse du niveau de la mer, contamination du sol, etc.).

Le plan de sécurité civile comprend des mesures liées :

- À la prévention;
- À la préparation, dont la planification des soins et des services et la formation;
- À l'intervention;
- Au rétablissement.

Le plan, approuvé par les autorités sanitaires, prévoit l'allocation de ressources nécessaires au maintien de l'offre de soins et services et la réponse aux besoins supplémentaires créés par les situations d'urgence et de sinistres.

Des procédures nécessaires au soutien administratif, au soutien financier, aux ressources humaines, aux équipements et au soutien technologique sont prévues.

Une mise à jour régulière de la planification des soins et services dans les situations d'urgence et de sinistres est prévue.

5.1.2 Les gestionnaires de l'établissement prévoient de faire intervenir l'ensemble des parties prenantes dans la planification des soins et services lors des situations d'urgence et de sinistres.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils



La planification des soins et services en situation d'urgence et de sinistre prévoit que les gestionnaires des différentes directions cliniques et administratives seront sollicités de manière officielle. Ces gestionnaires peuvent nommer des personnes ressources pour faire la liaison entre les responsables de la planification des soins et services en situation d'urgence et de sinistre et leur direction respective.

Il est prévu que les autres parties prenantes seront également sollicitées de manière structurée et inclusive. Il s'agit ici des usagers, des personnes proches aidantes, des membres de la communauté et des partenaires externes.

Le fait de mettre à contribution les parties prenantes permet de mieux cerner les besoins de la population et des groupes les plus vulnérables ainsi que de coordonner la planification des activités liées à la prévention, à la préparation, à l'intervention et au rétablissement. L'implication des parties prenantes permet également de prévoir les secteurs où une aide peut être nécessaire et de faire connaître les pratiques optimales. Une approche coordonnée de la planification lors de situations d'urgence et de sinistres doit être appropriée à la région géographique et aux diverses cultures et profils de risque de la région.

- 5.1.3 Les gestionnaires de l'établissement prévoient la mise en place d'une structure de coordination interne en mesure d'urgence et de sinistre à laquelle sont rattachés tous les programmes-services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Un comité interdisciplinaire de gestion des situations d'urgence et de sinistres est mis en place. Ce comité réfère à un centre de coordination ou à une équipe de gestion de crise. Le comité est composé de représentants des différents secteurs administratifs et cliniques. Il pourrait comprendre à titre d'exemples les services d'urgence, les soins intensifs, la pharmacie, la prévention et le contrôle des infections, les services psychosociaux ainsi que les services liés aux finances, à la sécurité, aux infrastructures, aux technologies de l'information, aux communications et aux ressources humaines.

Le comité dispose d'un mandat clair qui définit la composition, les objectifs, les rôles et responsabilités collectives et individuelles des membres, les structures de participation et les rapports hiérarchiques, les processus administratifs et décisionnels et la fréquence des séances.



Un membre du comité compétent ou expérimenté est choisi pour diriger les travaux et être responsable du travail du comité et ce dernier s'assure que tous les membres sont bien au fait du mandat.

- 5.1.4 Les gestionnaires de l'établissement disposent de procédures permettant de donner suite de façon efficace aux avis et aux demandes des instances de sécurité civile et de santé publique lors de situations d'urgence et de sinistres.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Les gestionnaires collaborent avec les instances de sécurité civile ainsi qu'avec les autorités régionales de santé publique, lorsque celles-ci sont mobilisées et responsabilisées dans le cadre de situations d'urgence et de sinistres. Ils assurent une représentation au sein d'instances régionales de gestion de crise, particulièrement en sécurité civile, pour arrimer la réponse du secteur de la santé à celle de partenaires. Des procédures sont définies facilitant la participation aux efforts de coordination des différentes parties prenantes. Les rôles et les responsabilités de chaque service ou groupe de participants sont clairement définis dans un plan coordonné. Dans le contexte de ces travaux de collaboration, les gestionnaires effectuent des représentations auprès du gouvernement et d'autres partenaires externes pour partager leurs besoins (p. ex., obtenir un avis préalable d'évacuation communautaire et du soutien, notamment pour le transport). Ils représentent les intérêts de la communauté, tant pour les besoins généraux que pour les besoins particuliers de populations plus vulnérables.

- 5.1.5 Les gestionnaires de l'établissement se réfèrent au cadre d'éthique de l'établissement pour guider la prise de décision concernant la planification des soins et services dans les situations d'urgence et de sinistres.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Lors de situations d'urgence et de sinistres, les gestionnaires peuvent être confrontés à des décisions difficiles en matière d'offre de soins et services et d'affectation des ressources. Par exemple, lorsque des ressources doivent être affectées pour assurer des soins et services d'urgence inhabituels ou lorsque les conditions de travail deviennent à risque pour la main-d'œuvre.



De telles situations peuvent susciter des questionnements éthiques et doivent être abordées avec diligence. Ainsi, les gestionnaires élaborent des processus décisionnels fondés sur le cadre éthique et les valeurs de l'établissement. Ils s'assurent de pouvoir prendre des décisions rapides et judicieuses concernant notamment l'offre de soins et services ou l'affectation des ressources lors de situations d'urgence et de sinistres.

5.1.6 Les gestionnaires de l'établissement planifient la manière dont ils accèderont aux ressources lors de situations d'urgence et de sinistres pour assurer la continuité des activités, l'intervention et le rétablissement.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Efficience** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Une évaluation de la quantité minimale de chaque type de ressources nécessaires dans les situations d'urgence et de sinistres est réalisée en fonction de risques identifiés, y compris les ressources nécessaires pour continuer à offrir les soins et les services essentiels. Les gestionnaires tiennent compte des obstacles qui pourraient empêcher la main-d'œuvre de se présenter au travail pendant ou après une situation d'urgence et de sinistre dans l'évaluation des besoins, de manière à assurer des niveaux de dotation en main-d'œuvre sécuritaires.

Outre les ressources humaines, l'évaluation des besoins sur le plan des ressources peut comprendre des ententes de services pour l'accès à des ressources spécialisées (p. ex., l'équipement, la nourriture, les médicaments, les experts, la formation, etc.) nécessaires pour des situations particulières d'urgence et de sinistres.

Des fonds sont prévus dans le cadre des situations d'urgence et de sinistres, y compris pour la prévention et la préparation (ex., la planification et la formation), et ce, en fonction des risques, des dangers et des vulnérabilités identifiés lors de l'évaluation des risques et en fonction de l'évaluation des besoins effectuée.

Des procédures et un cheminement décisionnel clairs et efficaces sont prévus afin d'accéder à ces fonds, en temps réel. Un suivi régulier et une évaluation continue sont assurés afin d'ajuster le niveau de ressources affectées selon les besoins. Pour assurer l'accès aux ressources nécessaires et tenir compte des contraintes de financement, les gestionnaires élaborent des protocoles et des ententes mutuelles avec des établissements et organismes voisins pour un partage de ressources et de main-d'œuvre.



5.1.7 Les gestionnaires de l'établissement disposent d'un plan de communication qui définit la manière dont l'information à l'égard de situations d'urgence et de sinistres sera communiquée aux parties prenantes.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accent sur la population** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Les gestionnaires accordent une importance centrale aux communications internes et externes dans le cadre de situations d'urgence et de sinistres. Ceux-ci disposent d'un plan de communication d'urgence en bonne et due forme, clair et accessible. Le plan de communication d'urgence identifie la ou les personnes, ou encore l'équipe ou les équipes, responsables de la rédaction des messages et de la communication de l'information. Il leur incombe notamment de s'assurer que le langage utilisé dans toutes les communications est approprié, facile à comprendre, respectueux, factuel et qu'il évite la stigmatisation. La communication peut être unidirectionnelle (p. ex., des notifications, des avertissements, des annonces, des déclarations aux médias) ou bidirectionnelle (p. ex., un échange d'information, la réception de questions diverses et la réponse à ces questions). Le plan détermine le ou les publics cibles des communications (p. ex., la main-d'œuvre, y compris les bénévoles et les partenaires, les usagers, les personnes proches aidantes, les autres établissements, les services de santé communautaires et le public).

Le plan détermine également les buts et les détails à inclure aux communications. Celles-ci sont adaptées aux besoins en fonction du public et du but. Par exemple : la main-d'œuvre, les usagers, les personnes proches aidantes peuvent recevoir de l'information sur la situation dans l'établissement, les mesures mises en place et la poursuite des activités, les heures de visite et la reprogrammation des rendez-vous. Les soins et services de santé externes peuvent recevoir de l'information sur la situation et la capacité d'accueil des installations de l'établissement, ainsi que des données sur le nombre de victimes accueillies. Le public peut recevoir de l'information sur la situation, les mesures mises en place, la manière dont l'établissement gère les victimes, les coordonnées téléphoniques pour joindre l'établissement et la manière dont il convient que le public réagisse.

Les gestionnaires coordonnent les messages avec d'autres partenaires de la communauté et du gouvernement. Le plan indique la fréquence des communications. Il identifie également les modes ou les canaux de communication, y compris les médias sociaux, qui peuvent être utilisés en fonction du public, du but et du type de communication. Enfin, des communications sont prévues avant, pendant et après les interventions et durant la phase de rétablissement.



- 5.1.8 Les gestionnaires de l'établissement proposent, à l'ensemble de la main-d'œuvre, une offre de formation sur les situations d'urgence et de sinistres, afin de renforcer les compétences pour participer à l'évaluation des besoins, à l'intervention et au rétablissement.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthodes d'évaluation : **Sur place**

Conseils

Une offre de formation structurée, accessible et appuyée sur les données probantes est mise de l'avant. Les gestionnaires utilisent une approche d'apprentissage qui favorise la participation active et reconnaît que les apprenants ont des capacités et des besoins variés. Des moyens d'apprentissage souples et diversifiés sont prévus afin de permettre aux personnes d'apprendre en présentiel, en ligne, au moyen d'un encadrement ou d'un apprentissage par les pairs. Les environnements d'apprentissage prévus sont stimulants, en classe ou en ligne. Les gestionnaires s'assurent que tout le contenu et la diffusion de leurs formations sont respectueux de la culture et exempts de toute discrimination directe ou indirecte.

Aussi, des exercices pratiques et des exercices de simulation sont planifiés afin de favoriser l'intégration des contenus.

5.2 Planifier l'évaluation des risques à la santé et au bien-être et l'évaluation des besoins des usagers et de la communauté sur le plan des soins et services dans les situations d'urgence et de sinistres

- 5.2.1 Les gestionnaires de l'établissement prévoient une approche intégrée pour effectuer une évaluation complète des risques à la santé et au bien-être dans une perspective de prévention et de préparation aux situations d'urgence et de sinistres.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'évaluation des risques permet d'identifier et d'analyser, avec une vision globale, l'ensemble des risques à la santé et au bien-être et des dangers liés aux situations d'urgence et de sinistres. Les gestionnaires accordent une priorité aux risques et aux dangers potentiels en fonction de la portée de leurs services, de la taille de



l'établissement et de leur territoire, ainsi que de la probabilité d'occurrence, de la gravité et des conséquences potentielles de ces risques sur les usagers et la communauté. Ils analysent également la capacité de l'établissement à gérer les risques et à continuer à fournir des soins et des services lors de situations d'urgence et de sinistres.

Parallèlement aux risques existants, les gestionnaires prennent en compte les risques de territoires voisins pour planifier l'octroi des soins et services aux populations déplacées en provenance d'autres territoires, le cas échéant.

- 5.2.2 Les gestionnaires de l'établissement prévoient de travailler, de manière concertée, avec tous les prestataires de soins et de services et les autres parties prenantes afin de recueillir et analyser les besoins des usagers et des membres de la communauté lors de situations d'urgence et de sinistres.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Dans le cadre de sa planification lors de situations d'urgence et de sinistres, les gestionnaires collaborent avec les usagers et les membres de la communauté afin de déterminer les outils et méthodes d'évaluation qui permettront d'identifier les besoins. Plusieurs moyens peuvent être utilisés : des consultations auprès des parties prenantes, des groupes de discussion, des consultations d'experts, etc. Des indicateurs de santé et de bien-être permettant une vigie en temps réel doivent être disponibles et mis à profit pour l'évaluation des besoins des usagers et des membres de la communauté, et ce, sur une base continue.

Les responsables de la planification prévoient également de faire une rétroaction aux parties prenantes sur la manière dont ils répondront à ces besoins. Une activité de validation de leur compréhension des besoins des usagers et des membres de la communauté est faite.

- 5.2.3 Les gestionnaires de l'établissement accordent une attention particulière aux populations plus vulnérables, dans la collecte des besoins et dans la planification des soins et services qui en résultera.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accent sur la population** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils



Les gestionnaires s'assurent de bien comprendre les forces en présence ainsi que les besoins des populations plus vulnérables ou encore des communautés où il existe des facteurs plus complexes (p. ex., un traumatisme causé par une oppression passée ou actuelle). Ils adoptent une approche inclusive qui tient compte de la diversité des besoins dans la communauté et prévoient une offre de soins et services en conséquence.

Les gestionnaires assurent une communication ouverte et bidirectionnelle avec les membres de ces communautés. Ils identifient les obstacles à la communication et prévoient de mettre en œuvre des mesures permettant une réelle participation des populations plus vulnérables à la planification des soins et des services lors de situations d'urgence et de sinistres.

5.3 **Élaborer un plan d'intervention pour offrir des soins et services répondant aux besoins dans les situations d'urgence et de sinistres**

5.3.1 Les gestionnaires de l'établissement disposent d'un plan d'intervention coordonnée avec l'ensemble des parties prenantes lors de situations d'urgence et de sinistres.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Les gestionnaires disposent d'un plan d'intervention prévoyant les modalités de déploiement des services de santé et services sociaux sur tout le territoire relevant de lui qui serait impacté par des situations d'urgence et de sinistres. Ils planifient la réponse de leur établissement, soit les interventions immédiates à mettre en œuvre lors de situations d'urgence et de sinistres. Ils mettent à contribution les parties prenantes, y compris la main-d'œuvre, les usagers, les personnes proches aidantes et les partenaires de la communauté afin d'assurer une prestation coordonnée des soins et services. Ainsi, les gestionnaires et parties prenantes de tous les programmes et des services dans la communauté (y compris les cliniques de soins de santé primaires, les pharmacies et autres) collaborent pour harmoniser leurs procédures, simplifier les communications et s'assurer que les processus de transfert d'une ressource à l'autre sont clairement définis.

Le plan d'intervention lors de situations d'urgence et de sinistres de l'établissement est adaptable en fonction de la nature et de la gravité de la situation. Il peut également être plus développé ou réduit en fonction de l'évolution de la situation.

Le plan d'intervention doit contenir les interventions à réaliser selon trois volets :



- Le volet préhospitalier d'urgence et de réception des personnes sinistrées;
- Le volet des soins de santé et des services sociaux aux personnes sinistrées;
- Le volet de santé publique, incluant la vigie et la surveillance, les enquêtes et la protection de la santé publique

Celui-ci peut consister en un seul plan ou en une combinaison de plusieurs plans, en fonction de la taille de l'établissement et de l'envergure de l'événement.

Enfin, les gestionnaires conservent une version à jour du plan d'intervention lors de situations d'urgence et de sinistres dans des endroits connus et accessibles à toute la main-d'œuvre, afin de s'assurer que celui-ci est à portée de main lors d'un événement.

5.3.2 Les gestionnaires de l'établissement disposent d'un plan de maintien des services essentiels visant à assurer la réponse aux besoins pendant et après les situations d'urgence et de sinistres.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le plan de maintien des services essentiels de l'établissement est intégré à la planification des soins et des services lors de situations d'urgence et de sinistres. Dans le cadre de ce plan, les gestionnaires travaillent de manière concertée avec les parties prenantes afin d'évaluer l'incidence potentielle des interruptions de ses activités, soins et services, lors de situations d'urgence et de sinistres. Ils définissent les mesures à prendre pour assurer la continuité des soins et services essentiels et identifient les besoins en ressources connexes et supplémentaires.

Conformément aux lois et aux règlements en la matière, les gestionnaires identifient et définissent l'ordre de priorité des soins et services qui doivent être préservés. Les gestionnaires identifient également les services publics et les systèmes nécessaires afin de pouvoir fournir les soins et services essentiels. Les services publics essentiels comprennent par exemple l'électricité, l'eau potable, l'eau stérile, le traitement des eaux d'égout, le carburant, les gaz médicaux etc. Les systèmes essentiels comprennent également les ascenseurs et escaliers roulants, les systèmes de chauffage, de ventilation et de climatisation, la vapeur utilisée pour la stérilisation, les technologies d'information et de communication.

5.3.3 Les gestionnaires de l'établissement disposent d'un système de notification d'urgence qui indique le stade approprié d'activation du plan lors de situations



d'urgence et de sinistres en fonction de la gravité et des répercussions de l'événement.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Le système de notification d'urgence de l'établissement comprend différents stades d'activation en fonction de la gravité de l'événement et de son impact potentiel. Par exemple, le système peut comporter : un stade d'activation faible pour un événement restreint dans le temps et dans l'espace ayant un impact limité sur la capacité des services de santé et de services sociaux; un stade d'activation modéré pour un événement significatif ayant des répercussions importantes sur les activités; un stade d'activation plus élevé pour un événement de grande envergure ayant des impacts étendus; le stade d'activation le plus élevé pour un événement catastrophique qui entraîne une défaillance de la capacité des services de santé et des services sociaux.

Les gestionnaires s'assurent que le système de notification d'urgence (y compris la langue, les codes, les stades et les catégories utilisés) est connu, compris et de préférence cohérent avec ceux des autres établissements connexes de la communauté, ainsi que du gouvernement. Les gestionnaires informent la main-d'œuvre et les parties prenantes lorsque son plan a été activé, escaladé et désactivé dans le contexte de situations d'urgence et de sinistres.

- 5.3.4 Les gestionnaires de l'établissement disposent de procédures pour répondre à une période potentielle d'intensification de la demande de soins et services afin d'assurer un triage et une gestion efficace des traitements actifs, des transferts d'usagers et des congés lors de situations d'urgence et de sinistres.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

L'arrivée des victimes peut s'effectuer rapidement ou de façon graduelle en fonction de situations d'urgence et de sinistres. Les gestionnaires se servent de données probantes, du cadre éthique et des valeurs de l'établissement comme guides afin de gérer la réception et le tri des cas.

Des protocoles pour un triage cohérent sont définis et mis en œuvre dans l'ensemble de l'établissement lors de situations d'urgence et de sinistres. Les gestionnaires peuvent adopter ou adapter les protocoles en place (p. ex., les protocoles prescrits ou recommandés par le gouvernement ou les autorités régionales de santé publique). Ils s'efforcent d'utiliser la même terminologie dans ses protocoles de triage lors de



situations d'urgence et de sinistres que celle utilisée dans ses protocoles de triage courants afin d'assurer la concordance et de réduire le risque de confusion. Les gestionnaires s'assurent de la formation de la main-d'œuvre sur les protocoles de triage de l'établissement afin qu'ils soient connus et appliqués de façon uniforme.

Les protocoles de triage lors de situations d'urgence et de sinistres de l'établissement précisent l'ordre de tri selon le type de cas et les ressources disponibles. Les gestionnaires identifient le nombre minimal de ressources requises afin de fournir les soins et services requis.

5.3.5 Les gestionnaires de l'établissement mettent à la disposition de l'équipe des procédures pour gérer le cheminement, l'accès et la sécurité lors de situations d'urgence et de sinistres.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Les besoins en matière de cheminement, de contrôle d'accès et de sécurité lors de situations d'urgence et de sinistres sont identifiés. Les gestionnaires disposent de procédures claires et efficaces, intégrées à la planification des soins et des services lors de situations d'urgence et de sinistres. Les procédures liées au cheminement, au contrôle d'accès et à la sécurité concernent à la fois les environnements physiques et électroniques. Les différentes parties prenantes sont informées des mesures prévues à cet effet.

5.3.6 Les gestionnaires de l'établissement prévoient la gestion et l'octroi de l'équipement de protection individuelle dans son plan d'intervention pour assurer la sécurité de la main-d'œuvre lors de situations d'urgence et de sinistres.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Le plan d'intervention dans des situations d'urgence et de sinistres permet d'identifier les types et les quantités d'équipement de protection individuelle nécessaires à la main-d'œuvre en fonction de l'évaluation des risques, des données probantes tirées d'expériences passées et de différents plans d'urgence et de sinistres qui réfèrent à la gestion d'usagers porteurs de maladies infectieuses. Les gestionnaires fournissent à la main-d'œuvre de l'information et de la formation sur l'équipement de protection individuelle. Cela peut comprendre l'endroit où le trouver, les personnes qui doivent l'utiliser, le moment et la manière de l'utiliser. L'équipement de protection individuelle



peut comprendre des blouses, des gants, des appareils de protection respiratoire ou des masques faciaux complets. L'équipement de protection individuelle de l'établissement est renouvelé au moins tous les deux ans et l'établissement conserve un stock d'équipement de protection individuelle et de fournitures pour une période définie par l'établissement (p. ex., un stock de deux semaines). Les gestionnaires adhèrent aux recommandations des autorités compétentes lors de situations d'urgence et de sinistres, le cas échéant.

5.3.7 Les gestionnaires de l'établissement disposent de procédures qui visent à déplacer la main-d'œuvre, les usagers, l'équipement, les ressources et les fournitures, si nécessaire, lors de situations d'urgence et de sinistres en toute sécurité.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

La planification des soins et des services lors de situations d'urgence et de sinistres prévoit le déplacement de la main-d'œuvre, des usagers, de l'équipement, des ressources et des fournitures vers une autre installation lorsque la sécurité de cette installation est établie. Il peut s'agir d'un autre établissement de soins et de services ou d'un établissement qui avait été évacué précédemment pour des raisons de sécurité, mais qui a depuis été remis en bon état et officiellement confirmé comme sécuritaire et apte à la prestation de soins et de services. Les procédures de l'établissement doivent tenir compte de tous les facteurs susceptibles d'affecter la sécurité du transport et de la réinstallation, notamment: le classement ou l'ordre de priorité pour la réinstallation des usagers; des procédures de transfert entre l'installation d'origine, le mode de transport et la destination; le niveau de soins requis pendant le transport; l'identification, le suivi et la surveillance des usagers entre les différentes installations; le maintien des protocoles de prévention et de contrôle des infections, la gestion sécuritaire des informations et le respect de la vie privée pendant le transport et l'offre de soutien psychosocial avant, pendant et après la réinstallation.

Des procédures qui permettent de donner congé et de transférer les usagers dont l'état est moins critique afin de céder la place à ceux dont l'état est plus critique sont également disponibles. L'établissement peut disposer d'une entente avec d'autres établissements de soins de santé ou partenaires externes qui sont en mesure de fournir des soins et des services aux personnes qui obtiendront leur congé.

Enfin, des procédures relatives assurant la mise à l'abri, soit celles qui exigent que les personnes restent dans l'établissement jusqu'à ce qu'elles puissent le quitter en toute sécurité sont également disponibles. Ces procédures identifient les zones de sécurité



désignées, les procédures de confinement et d'autres mesures de sécurité. Les gestionnaires s'assurent que les politiques sont conformes aux lois et aux règlements en la matière.

- 5.3.8 Les gestionnaires de l'établissement prévoient d'offrir des services de soutien psychologique aux personnes qui se trouvent dans l'établissement lors de situations d'urgence et de sinistres.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Les politiques et les procédures de l'établissement qui visent à gérer les besoins des personnes au sein de l'établissement comprennent la capacité à offrir un soutien psychologique et psychosocial. Les personnes peuvent faire partie de la main-d'œuvre ou elles peuvent être des usagers, des victimes, des personnes proches aidantes, des visiteurs, des bénévoles ou toute autre personne qui se trouve dans l'établissement lors de situations d'urgence et de sinistres. La mesure selon laquelle l'établissement peut fournir ce soutien est susceptible de varier selon l'ampleur de la perturbation ou l'importance de la destruction causée par l'événement. Les gestionnaires s'assurent, toutefois, que la main-d'œuvre est formée pour offrir des services psychologiques ou psychosociaux généraux ou pour diriger les personnes concernées vers les ressources appropriées. Il s'agit d'une composante importante de la préparation à des situations d'urgence et de sinistres qui permet de répondre aux besoins psychologiques des personnes.

5.4 **Élaborer un plan pour le rétablissement à la suite de situations d'urgence et de sinistres**

- 5.4.1 Les gestionnaires de l'établissement prévoient tenir les parties prenantes informées de la transition vers la reprise des soins et services après des situations d'urgence et de sinistres.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Accent sur la population** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Des activités et des lignes de communication sont définies afin d'informer les parties prenantes, dont la main-d'œuvre, les usagers, les membres de la communauté et les



différents partenaires, du plan de transition vers le retour à la vie normale et la reprise des soins et des services. Le passage de l'étape d'intervention vers le rétablissement se fait de façon graduelle. Les interventions peuvent même être concomitantes, selon les besoins des usagers, des personnes proches aidantes et de la communauté.

Les gestionnaires collaborent avec la communauté pour prendre acte de l'événement qui s'est produit (p. ex., par des rassemblements communautaires), pour soutenir un processus permettant de retrouver la santé et le bien-être pour la période antérieure à la situation d'urgence et de sinistre, et pour partager des informations sur la manière dont reprendra l'offre de soins et services. La structure de coordination interne doit demeurer active et s'assurer des liaisons avec les partenaires externes.

- 5.4.2 Les gestionnaires de l'établissement disposent de procédures pour la reprise des activités en toute sécurité et pour le retour aux prestations de soins et services régulières après des situations d'urgence et de sinistres.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Des procédures sont définies pour évaluer et confirmer la sécurité des installations avant de fournir des soins et services. Cela inclut le renouvellement des certifications ou des inspections, le cas échéant. Les procédures pour la reprise des activités doivent tenir compte de tous les facteurs ayant un impact sur la prestation sécuritaire de soins et services, notamment : l'intégrité structurelle, y compris les réparations, les rénovations ou la reconstruction; la décontamination de l'environnement, y compris le matériel médical et les systèmes de ventilation; l'élimination de l'eau et des moisissures; la reconnexion et la remise en service des services publics (p. ex., eau, électricité, assainissement, communications); la certification des zones d'entreposage et de préparation des aliments. Les gestionnaires s'assurent que les procédures sont conformes aux lois et aux règlements en la matière.

- 5.4.3 Les gestionnaires de l'établissement disposent de procédures pour le réapprovisionnement de médicaments, de fournitures médicales et non médicales, incluant l'équipement de protection individuelle en fonction de la reprise des activités après des situations d'urgence et de sinistres.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Efficienc**e | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils



Des procédures sont définies pour évaluer les besoins sur le plan du réapprovisionnement de médicaments, de fournitures médicales et non médicales incluant les équipements de protection individuelle, après les situations d'urgence et de sinistres. Par la suite, les démarches prévues pour faire des commandes auprès des fournisseurs sont définies de façon systématique.

- 5.4.4 Les gestionnaires de l'établissement disposent de procédures qui visent à reconstituer l'information sur les usagers au cas où celle-ci ne pourrait pas être récupérée ou restaurée après des situations d'urgence et de sinistres.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Les procédures pour reconstituer l'information sur les usagers peuvent comprendre la réimpression ou le téléversement de documents à partir de bases de données non endommagées, la retranscription de documents à partir du système de dictée ou l'obtention des exemplaires auprès des cabinets de médecins ou d'autres établissements de soins de santé et de services psychosociaux. Les procédures comprennent les dispositifs de sécurité nécessaires pour protéger la vie privée et la confidentialité des informations sur les usagers pendant la reconstitution des données. Lorsque les systèmes d'information sont reconstruits après des situations d'urgence et de sinistres, les gestionnaires s'assurent que ces systèmes sont résilients et ont la capacité de récupérer et de restaurer les informations des usagers. Cela permet d'éviter de devoir reconstituer les informations à l'avenir. Les gestionnaires s'assurent que les procédures sont conformes aux lois et aux règlements en la matière.

- 5.4.5 Les gestionnaires de l'établissement prévoient la tenue de séances de débriefage pour tous ceux engagés dans la gestion des situations d'urgence et de sinistres afin de soutenir le rétablissement et de formuler des recommandations d'amélioration pour d'autres événements.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Les séances de débriefage constituent une analyse rétrospective de la gestion des situations d'urgence et de sinistres. Les gestionnaires encouragent les personnes qui ont eu un rôle à jouer dans l'événement à faire part des connaissances acquises à la lumière



de leurs expériences afin qu'elles puissent être utilisées pour mieux intervenir et se préparer pour des événements futurs. Les séances de débriefage sont inclusives des diversités culturelles, respectueuses et exemptes de jugement et de discrimination.

Les gestionnaires prévoient la tenue de ces séances de débriefage le plus rapidement possible à la suite des situations d'urgence et de sinistres. Ils documentent les résultats de ces analyses rétrospectives dans des rapports (aussi connus sous le nom de « comptes rendus après action ». Ces rapports fournissent une analyse critique des mesures prises pendant l'événement et ils présentent des recommandations afin que l'établissement améliore sa planification lors de situations d'urgence et de sinistres.

- 5.4.6 Les gestionnaires de l'établissement prévoient un soutien psychologique ainsi que des séances de débriefage psychosocial pour la main-d'œuvre, les usagers, les personnes proches aidantes et les membres de la communauté à la suite de situations d'urgence et de sinistres afin de faciliter le rétablissement.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Les séances de débriefage permettent de faire un retour sur l'événement, tel qu'il a été vécu par les différentes parties prenantes. Des séances sont ouvertes à toutes les personnes touchées, soit la main-d'œuvre, les victimes, les personnes proches aidantes et les autres membres de l'établissement ou d'autres établissements et les membres de la communauté. Elles sont organisées rapidement de manière à partager le plus d'information possible en temps opportun. Le but de ces analyses rétrospectives est d'apporter un sentiment d'accalmie et de sécurité. Elles visent également à aider chacun à planifier ses activités et ses ressources en conséquence. Les séances de débriefage sont inclusives des diversités culturelles, respectueuses et exemptes de jugement et de discrimination.

- 5.4.7 Les gestionnaires définissent les procédures qui faciliteront l'accès ou l'orientation vers des soins et services de santé mentale pour la main-d'œuvre et les usagers après des situations d'urgence et de sinistres afin de faciliter le rétablissement.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils



Différentes procédures sont définies afin de faciliter l'accès à des services de dépistage et à des services psychologiques ou psychosociaux après des situations d'urgence et de sinistres pour la main-d'œuvre, les usagers, les victimes des situations d'urgence et de sinistres, les personnes proches aidantes ainsi que pour les personnes qui ont besoin de recevoir ces services au sein de la communauté. Les services peuvent être offerts par l'établissement, par d'autres établissements ou par des partenaires externes. Ils sont de durée variable selon les besoins des personnes qui requièrent de tels services.

5.5 Évaluer et mettre à jour, de façon continue, le plan prévu pour les situations d'urgence et de sinistres

5.5.1 Les gestionnaires de l'établissement disposent d'un mécanisme structuré d'évaluation qui couvre les phases liées à la planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres, soit la prévention, la préparation, l'intervention et le rétablissement.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le mécanisme structuré d'évaluation est global et porte une attention particulière à la pertinence, à la qualité des mesures et des interventions effectuées ainsi qu'à l'atteinte des objectifs prévus. Il définit les questions et objets d'évaluation, le cadre conceptuel, les méthodes utilisées, les rôles et responsabilités des différents acteurs ainsi que les livrables et le calendrier de travail. Les méthodes d'évaluation sont variées et visent autant la main-d'œuvre, les usagers, les personnes proches aidantes que les partenaires. Une attention particulière doit être portée aux populations plus vulnérables. Les méthodes et outils pertinents et efficaces doivent permettre de recueillir et d'analyser toutes les données nécessaires à la gestion des situations d'urgence et de sinistres avant, pendant et après un événement, y compris l'information liée aux coûts financiers (ressources matérielles, informationnelles et humaines). Ainsi, des indicateurs de performance, des entrevues, des groupes de discussion, des sondages, des questionnaires et des données budgétaires sont utilisés selon les objectifs d'évaluation poursuivis.

5.5.2 Les gestionnaires de l'établissement effectuent régulièrement des exercices de simulation afin de valider l'efficacité de leur plan d'intervention et de ses procédures prévues lors de situations d'urgence et de sinistres.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**



Conseils

Des exercices pratiques et des simulations sont réalisés, sur une base régulière, afin de mettre à l'essai les mesures décrites dans le cadre de la planification des soins et des services lors de situations d'urgence et de sinistres. Les gestionnaires effectuent ces exercices à une fréquence suffisante pour confirmer que la planification, les processus et procédures lors de situations d'urgence et de sinistres répondent aux attentes et aux objectifs. Le moment et la fréquence des exercices peuvent dépendre de la taille de l'établissement, du temps et des ressources disponibles et de la complexité du plan lors de situations d'urgence et de sinistres. Par exemple, un établissement plus grand ou qui connaît un taux de roulement élevé peut avoir besoin d'exercices plus fréquents.

- 5.5.3 Les gestionnaires de l'établissement effectuent une analyse rigoureuse après chaque exercice de simulation d'urgence et de sinistre afin de formuler et de mettre à jour le plan d'urgence.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Différentes méthodes d'analyse (p. ex., consultations des parties prenantes, consultations ciblées, séances de débriefage, etc.) sont utilisées afin de tirer profit au maximum des exercices de simulation. Les différentes parties prenantes, soit la main-d'œuvre, les usagers, les personnes proches aidantes et les partenaires de la communauté sont encouragées à participer aux analyses. Les gestionnaires utilisent les rétroactions des différentes parties prenantes à la suite d'exercices de simulation afin d'améliorer leur gestion planifiée et d'atténuer les risques à la santé et au bien-être de la population, et ce, sur une base continue.

- 5.5.4 Les gestionnaires de l'établissement prévoient des procédures pour évaluer l'efficacité des actions réalisées à chacune des phases de gestion des situations d'urgence et de sinistres et ils utilisent cette information dans une perspective d'amélioration continue.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Efficiency** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Des méthodes valides et crédibles sont prévues pour évaluer l'efficacité des actions réalisées lors des situations d'urgence et de sinistres. Les gestionnaires prédefinisent



les critères qui permettront d'évaluer la réussite du plan d'urgence. Ils s'assurent que les outils d'évaluation sont basés sur ces critères et les intègrent dans le système de gestion des situations d'urgence. Les données destinées à l'évaluation doivent comprendre les conclusions et les recommandations des comptes rendus écrits après chaque intervention. Ces comptes rendus proviennent, par exemple, des analyses rétrospectives, de la revue des politiques et des procédures, des plans et des exercices de simulation et des événements vécus. Les gestionnaires documentent les résultats de chaque évaluation et les utilisent afin d'identifier les secteurs à améliorer dans la planification des soins et des services lors des situations d'urgence et de sinistres. Ils utilisent ces données pour définir des objectifs d'amélioration. Ils documentent également toutes les améliorations apportées, y compris les mesures prises pour mettre à jour les politiques, les procédures et les plans de gestion des situations d'urgence et de sinistres.

- 5.5.5 Les gestionnaires de l'établissement prévoient de communiquer les résultats des évaluations aux parties prenantes, notamment à la main-d'œuvre, aux usagers, aux personnes proches aidantes et à la communauté afin de favoriser la transparence et l'apprentissage.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Accent sur la population** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Les communications portant sur les résultats d'évaluation sont prévues dans le plan de communication de l'établissement. Les résultats doivent être bien décrits, dans un langage clair et accessible. Les conclusions et recommandations doivent être appuyées sur les résultats et, éventuellement, sur des évaluations effectuées par d'autres organisations. Toutes les données probantes liées aux événements doivent être mises à profit. Les résultats des évaluations doivent également être comparés à ceux obtenus par d'autres établissements semblables.

Les communications portant sur les résultats d'évaluation doivent être transmises de façon transparente, dans une perspective d'apprentissage et de partage de connaissances.



Chapitre 6: Santé publique

Contexte

La santé et le bien-être d'une population représentent un des piliers d'une société prospère. La santé et le bien-être font partie du quotidien des personnes et leur permettent de s'épanouir et de vaquer à leurs occupations de façon satisfaisante. Par son action sur les déterminants de la santé, la santé publique contribue ainsi au développement des personnes, des communautés et de la population en général. De façon globale, la santé publique vise à maintenir et à améliorer la santé de la population et à réduire les inégalités sociales de santé, par la surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants, la promotion de la santé, la prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes et par la protection de la santé des populations ainsi que des sous-groupes qui les composent.

La *Loi sur la santé publique (2022)* et le *Programme national de santé publique 2015-2025 (2015)* sont les principaux cadres de référence sur lesquels s'appuie l'offre de services de santé publique au Québec. En particulier, le *Programme national de santé publique 2015-2025* identifie les quatre axes d'intervention qui structurent l'offre de services :

- Le développement global des enfants et des jeunes;
- L'adoption de modes de vie et la création d'environnements sains et sécuritaires;
- La prévention des maladies infectieuses;
- La gestion des risques et des menaces pour la santé et la préparation aux urgences sanitaires.

À ceux-ci s'ajoute un axe transversal qui porte sur la surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants.

Ainsi donc, les Directions de santé publique des divers territoires ont l'obligation de :

- Surveiller de façon continue l'état de santé de leurs populations territoriales;
- Collaborer avec les partenaires concernés afin d'établir les besoins en matière de soins et de services;
- Planifier l'offre de services en matière de promotion de la santé, de prévention et de protection de la santé publique, en assurer la mise en œuvre et l'évaluation;
- Diminuer les risques encourus par les menaces de santé publique.



Le présent chapitre, fondé sur la norme *QC/HSO A60004:2022 Santé publique*, développée spécifiquement pour le Québec, a pour but d'évaluer le déploiement et la qualité de l'offre de services des Directions de santé publique, prévus dans leurs Plans d'action régionaux, eux-mêmes appuyés sur des données probantes. Le cadre d'action déterminé par la *Loi sur la santé publique* et le *Programme national de santé publique* en vigueur sert de référence à l'intention des Directions de santé publique et des établissements publics qui s'y rapportent afin de les guider dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation de l'offre de services pour leur population.

6.1 Planifier une offre de services de santé publique adaptée aux besoins de la population régionale et aux sous-groupes qui la composent

6.1.1 La Direction de santé publique élabore un plan d'action régional de santé publique.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accent sur la population** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

À noter que ce plan doit être conforme au Programme national de santé publique et il doit tenir compte des données de l'état de santé de la population régionale.

La Direction de santé publique détient l'autorité et le pouvoir décisionnel pour adapter les buts et les objectifs ainsi que l'offre de services de santé publique aux besoins de la population de son territoire et des sous-groupes qui la composent. Pour ce faire, elle entreprend une démarche systématique de planification, bien appuyée sur le Programme national de santé publique, sur les données de santé de la population de son territoire et le tout en collaboration avec ses partenaires.

6.1.2 La Direction de santé publique met à profit les connaissances découlant de la recherche sur les pratiques exemplaires afin d'élaborer son plan d'action régional.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils



L'utilisation des connaissances issues de la recherche et des données probantes permet d'assurer que le plan d'action régional établi par la Direction de santé publique s'appuie sur les meilleures pratiques courantes.

- 6.1.3 La Direction de santé publique présente, dans son plan d'action régional, un portrait de l'état de santé de la population de son territoire et des sous-groupes qui la composent, en identifiant les déterminants de la santé les plus probants à leur endroit.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accent sur la population** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les données sur la population régionale et des sous-groupes qui la composent sont comparées à celles des autres territoires, dans le but d'en identifier des spécificités. Les données sont également comparées dans le temps. La Direction de santé publique identifie, par différentes analyses, les problématiques particulières et les déterminants de la santé présents sur son territoire, et ce, afin d'adapter l'offre de services aux besoins de la population et des sous-groupes qui la composent.

- 6.1.4 La Direction de santé publique définit clairement les buts et les objectifs et les services offerts pour répondre aux besoins de santé de la population de son territoire et des sous-groupes qui la composent.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les objectifs sont mesurables et sont cohérents avec les cibles que la Direction de santé publique s'est fixée pour maintenir et améliorer l'état de santé de sa population dans le Plan stratégique de l'établissement. L'offre de services de santé publique, appuyée sur le Programme national de santé publique et sur des données probantes complémentaires, est définie clairement et permet d'atteindre les objectifs fixés. Les plans opérationnels sont également présentés et suivis dans le temps.

- 6.1.5 La Direction de santé publique collabore avec ses partenaires internes, externes ainsi que des représentants de la population de son territoire et des sous-groupes qui la composent au processus d'élaboration du plan d'action régional.



Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les partenaires internes se réfèrent aux gestionnaires et professionnels des autres programmes-services concernés par la santé publique. Les partenaires internes doivent être consultés dans une perspective de continuité de services au sein de la trajectoire de soins et de services.

Les partenaires externes se réfèrent aux différents prestataires de services de la communauté dont les organismes communautaires, les pharmacies communautaires, les cliniques médicales, les partenaires du milieu des services de garde à la petite enfance, du milieu scolaire, du milieu municipal du milieu de la sécurité publique et des différents milieux de travail sur le territoire de la Direction de santé publique.

Enfin, des représentants de la population et des sous-groupes qui la composent doivent être identifiés et consultés afin d'obtenir leur point de vue sur les besoins populationnels et les services à offrir pour maintenir et améliorer la santé. Une attention particulière doit être portée à la représentation des groupes les plus vulnérables.

Diverses méthodes peuvent être utilisées pour intégrer ces partenaires. À titre d'exemples, des enquêtes territoriales, des sondages, des groupes de discussion, des consultations publiques et des consultations auprès de citoyens partenaires peuvent être réalisés. De façon générale, différents groupes de travail ou comités de concertation sont mis en œuvre pour assurer la participation des citoyens partenaires et des partenaires internes et externes.

- 6.1.6 La Direction de santé publique définit les moyens permettant d'assurer l'accès aux services de santé publique aux sous-groupes plus vulnérables de la population de son territoire.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Des stratégies qui facilitent l'accès aux services sont élaborées de manière à réduire au minimum les obstacles potentiels et réels auxquels sont confrontés différents groupes de la communauté. Ces stratégies peuvent comprendre des programmes d'information et de sensibilisation, des services et ressources adaptés à la réalité culturelle des populations et des stratégies pour rejoindre les personnes dans leur milieu de vie.



L'intégration de citoyens partenaires dans les processus de planification est également une méthode à utiliser pour identifier les moyens efficaces permettant de rejoindre les populations vulnérables.

6.1.7 La Direction de santé publique s'assure de la gestion des questions éthiques liées aux services de santé publique, de façon proactive.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Les questions d'éthique sont soulevées quand des valeurs peuvent être conflictuelles et font en sorte qu'il est difficile de parvenir à une décision qui concerne une personne, un groupe de personnes ou toute une population. Ces questions peuvent être très graves, il peut s'agir de question de vie ou de mort ou de questions liées à différents déterminants de la santé.

Le cadre d'éthique de l'établissement est utilisé pour gérer et régler les questions d'éthique. Elles peuvent être prises en charge par un service d'éthique ou une équipe de consultation qui comprend des professionnels de la santé et des éthiciens. En plus d'offrir des avis et des consultations, le service d'éthique peut sensibiliser la main-d'œuvre de la Direction de santé publique à différents enjeux éthiques.

6.1.8 La Direction de santé publique définit les besoins sur le plan des ressources humaines pour la mise en œuvre du plan d'action régional.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Efficiencia** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Un portrait des besoins en ressources humaines est développé pour une mise en œuvre efficace de l'offre régionale de services de santé publique, et ce, en collaboration avec la Direction des ressources financières et la Direction des ressources humaines de l'établissement.

6.1.9 La Direction de santé publique s'assure d'avoir accès aux ressources requises pour atteindre les buts et objectifs du plan d'action régional et assurer une mise en œuvre efficace.



Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Efficiencia** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Les ressources humaines, financières et informationnelles dont l'équipe a besoin pour mettre en œuvre les différentes activités et services inclus au plan d'action régional sont disponibles.

La disponibilité des ressources peut s'appuyer sur une mise en commun des ressources avec d'autres partenaires internes ou avec des partenaires externes concernés par la mise en œuvre du plan d'action régional. Des stratégies de réaménagement des ressources financières peuvent être également déployées.

La Direction de santé publique travaille de concert avec l'instance de gouvernance de son établissement pour accéder à ces ressources.

- 6.1.10 La Direction de santé publique, en collaboration avec la Direction des ressources humaines de l'établissement, dispose des profils de postes définissant les rôles, responsabilités, et champs de compétences pour tous ces postes au sein de son équipe.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Efficiencia** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Les profils de postes englobent une description sommaire du poste, les compétences requises et les exigences minimales, la nature et la portée des tâches, et les liens hiérarchiques.

La clarté des rôles est essentielle pour favoriser un travail d'équipe efficace et une mise à profit des talents de chaque membre de la main-d'œuvre.

- 6.1.11 La Direction de santé publique s'assure que les nouveaux membres de la main-d'œuvre reçoivent une séance d'orientation approfondie sur l'établissement et sur les rôles et les responsabilités des services de santé publique.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Efficiencia** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils



La séance d'orientation est offerte en collaboration avec la direction des ressources humaines de l'établissement et porte sur la mission, la vision et les valeurs de celui-ci. Le mandat, les buts et les objectifs de l'équipe, les rôles, les responsabilités et les attentes en matière de rendement de la main-d'œuvre ainsi que les politiques et procédures de l'établissement et de la direction, incluant le respect de la vie privée; les initiatives visant l'équilibre vie-travail; ainsi que l'approche populationnelle propre à la santé publique sont également présentés dans la séance d'orientation. Celle-ci doit faire valoir les principes directeurs liés à la continuité et à l'intégration des services dans les trajectoires de soins et de services.

6.1.12 La Direction de santé publique évalue régulièrement le rendement de chaque membre de l'équipe.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Efficiencia** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Un processus, convenu avec la Direction des ressources humaines, est établi pour évaluer le rendement de chaque membre de l'équipe. Les commentaires des citoyens partenaires, des partenaires internes et externes et des pairs font partie du processus d'évaluation, lorsqu'approprié.

L'évaluation peut tenir compte de la capacité du membre de l'équipe d'assumer ses responsabilités, d'appliquer les principes et valeurs de l'établissement. Elle peut aussi tenir compte de ses points forts, de ses possibilités de croissance, de ses contributions en ce qui concerne la prestation de services et la qualité de vie au travail. L'évaluation peut indiquer des problèmes qui exigent un suivi comme un comportement non professionnel ou nuisible ou des difficultés à atteindre les objectifs de rendement.

Le rendement est évalué avant la fin de la période probatoire, puis annuellement ou selon les normes de l'établissement.

6.1.13 La Direction de santé publique, en collaboration avec la Direction des ressources humaines de l'établissement, offre des possibilités de formation continue, de perfectionnement et de développement professionnel, à tous les membres de son équipe.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**



Conseils

Les membres de l'équipe sont encouragés à profiter régulièrement des possibilités de perfectionnement professionnel ou de développement des compétences. Des séances de formation ou de perfectionnement supplémentaires sont offertes en fonction de l'évaluation du rendement des membres de l'équipe et des plans de perfectionnement établis.

La formation et le perfectionnement sur la culture et la sécurisation culturelle sont offerts afin d'acquérir les compétences, connaissances et attitudes requises pour offrir des interventions et services à des populations de diverses cultures, de façon sécuritaire et efficace.

- 6.1.14 La Direction de santé publique offre une reconnaissance aux membres de l'équipe pour leurs contributions.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

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

La reconnaissance peut être officielle ou non, et met l'accent sur la promotion d'un climat de travail dans lequel les membres de l'équipe se sentent appréciés pour leurs contributions.

6.2 Surveiller l'état de santé de la population régionale, des sous-groupes qui la composent et ses déterminants, de façon continue

- 6.2.1 La Direction de santé publique met en œuvre un plan de surveillance de l'état de santé de la population de son territoire.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Accent sur la population** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils



La surveillance consiste à recueillir, à analyser et à interpréter les données relatives à la santé, de façon systématique et continue pour orienter notamment le plan d'action régional.

Le plan de surveillance s'appuie sur différentes sources de données, dont les données démographiques, les données d'enquête et les données d'utilisation des soins et des services. Il identifie les objets de surveillance, les renseignements requis, les sources de données ainsi que les analyses prévues. Les statistiques démographiques, les données relatives aux différents problèmes de santé et psychosociaux ainsi que les données sur l'ensemble des déterminants de la santé sont intégrées au plan de surveillance. Les déterminants de la santé analysés portent sur les caractéristiques individuelles, les milieux de vie, les différents systèmes d'action ainsi que le contexte ou l'environnement plus global.

Le plan de surveillance permet de détecter les tendances et les problèmes émergents en santé publique, par des analyses comparées, dans le temps et dans l'espace. Le plan permet également de suivre des problèmes précis et de développer des scénarios prospectifs. Les données sont recueillies de diverses sources internes et externes. Elles peuvent être qualitatives ou quantitatives.

6.2.2 La Direction de santé publique porte une attention particulière, dans son plan de surveillance, aux inégalités sociales et de santé.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accent sur la population** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Considérant les écarts de santé entre différents groupes d'une population, les données de la surveillance sont analysées de manière à identifier les inégalités sociales et de santé sur son territoire. Ces données doivent être utilisées à des fins de planification et d'adaptation des services de santé publique et, le cas échéant, des services offerts par d'autres programmes-services, pour des clientèles précises.

6.2.3 La Direction de santé publique conclut des ententes avec des partenaires pour avoir accès aux données de surveillance qui proviennent de sources externes.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Efficiencia** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils



Dans le but de disposer d'un plan de surveillance adapté aux besoins de la population de son territoire, des données régionales sont recueillies en plus des données collectées par les processus nationaux. Le processus de collecte de données comprend des démarches pour obtenir les données auprès de sources externes telles que l'Institut national de santé publique, l'Institut de la statistique du Québec ou d'autres établissements régionaux liés au ministère de la Santé et des Services sociaux ou à d'autres ministères (p. ex. Éducation, Famille, Revenu, Environnement).

- 6.2.4 La Direction de santé publique s'assure que la main-d'œuvre qui assume la fonction de surveillance de l'état de santé se conforme aux normes, aux politiques et procédures de collecte et de gestion de l'information de l'établissement, et ce, afin de conserver des données fiables, comparables, précises et valides sur la plateforme technologique propre à la surveillance.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les méthodes et procédures servant à définir, à coder, à classifier, à recueillir et à saisir les données sont standardisées. Elles sont conformes aux normes et lignes directrices régionales ou nationales, appliquées de façon uniforme et coordonnées à l'échelle de la Direction de santé publique ou de l'établissement, selon le cas.

Des politiques écrites régissent également l'utilisation, la divulgation et le transfert des données aux partenaires des autres directions de l'établissement et aux partenaires externes.

- 6.2.5 La Direction de santé publique s'assure de l'accès des données de santé fiables de la population de son territoire et des sous-groupes qui la composent.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Les gestionnaires de la Direction de santé publique ainsi que les autres gestionnaires concernés de l'établissement s'assurent de l'évaluation et de la mise à niveau des systèmes de données afin d'améliorer, de façon continue, la qualité des données relatives à la santé de la population.



Différents travaux sont réalisés afin d'identifier les exigences et les lacunes relatives aux technologies et aux systèmes d'information et les conclusions de ces travaux sont communiquées aux gestionnaires responsables.

L'accès aux données est assuré et encadré par des ententes formelles avec des partenaires internes et externes. La Direction de santé publique s'assure que les données ainsi partagées respectent les exigences de confidentialité et de sécurité.

- 6.2.6 La Direction de santé publique offre en temps opportun des services d'information facile à comprendre qui se rapportent au portrait de santé de la population régionale et des sous-groupes qui la composent.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

L'information est adaptée à la population ciblée et elle prend différentes formes, comme des rapports, des bulletins et des communiqués de presse. Elle est transmise au public, aux prestataires de services de santé et services sociaux et aux différents groupes de la communauté et partenaires concernés. Toutes les données publiées, dans les produits de surveillance, comprennent leur source et la période concernée.

- 6.2.7 La Direction de santé publique rend accessible de l'information sur la santé et ses déterminants relative aux différents programmes et services de l'établissement afin d'orienter la prise de décision éclairée par des données probantes.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

L'information est produite sous forme de rapports, de synthèses ou de tableaux de données. La Direction de santé publique accompagne les partenaires internes pour une interprétation juste et une utilisation pertinente des données. Toutes les données publiées, dans les produits de surveillance, comprennent leur source et la période concernée.



6.3 Offrir des services de santé publique efficaces, selon quatre axes d'intervention

6.3.1 La Direction de santé publique offre des services de soutien aux pratiques parentales appuyés sur des données probantes qui permettent de rejoindre un ensemble de parents, dans une pratique universelle.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

La santé et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes sont étroitement liées au contexte de leur vie familiale et, plus largement, au contexte social dans lequel ils vivent. Ainsi, plusieurs services de santé publique visent des déterminants propres à la grossesse et aux premières années de vie de l'enfant. Ces services sont offerts sur une base individuelle, en groupe ou auprès de la population générale, en utilisant différents moyens efficaces pour informer, accompagner et soutenir. À titre d'exemples, des services de soutien à l'allaitement, des informations et du soutien pour une alimentation saine en période prénatale et postnatale sont offerts. La qualité de l'attachement entre les parents et l'enfant ainsi que les pratiques parentales favorables au développement de l'enfant font également l'objet d'interventions de la santé publique.

6.3.2 La Direction de santé publique rejoint les personnes proches aidantes qui vivent en contexte de vulnérabilité et leur offre des services intégrés adaptés à leurs besoins.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les services intégrés adaptés font référence à la coordination des services en périnatalité et pour la petite enfance, dont les services de nutrition.

Les services intégrés en périnatalité et petite enfance prennent la forme d'accompagnement individuel, notamment par des visites à domicile, et de soutien à la création d'environnement favorables à la santé. Ces services rejoignent les personnes proches aidantes dans leur milieu de vie. Ils répondent aux critères d'intensité prescrits et s'ajustent selon les besoins des personnes proches aidantes.



Une collaboration efficace est assurée auprès des partenaires internes concernés, de manière à assurer la continuité des services pour ces personnes proches aidantes.

Des initiatives sont également mises en œuvre, en collaboration avec les partenaires de la communauté pour créer des environnements sains et sécuritaires qui répondent aux besoins des personnes proches aidantes. Des personnes proches aidantes vivant en contexte de vulnérabilité participent à la planification et la mise en œuvre de ces initiatives.

- 6.3.3 La Direction de santé publique collabore avec les partenaires de la communauté afin de créer des initiatives favorables au développement global de l'enfant dans des environnements sains et sécuritaires.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Plusieurs acteurs de la communauté, tels que les partenaires du milieu de la petite enfance et du milieu municipal, sont mobilisés pour mettre en œuvre des approches globales et concertées considérant l'ensemble des déterminants du développement de l'enfant de 0 à 5 ans. Ainsi, des services de promotion et de prévention, basés sur les pratiques les plus efficaces, sont offerts dans les milieux de garde de la petite enfance de milieux plus vulnérables et différentes initiatives sont déployées pour la création d'environnements favorables à la santé des enfants de 0 à 5 ans et leurs personnes proches aidantes.

Des approches de concertation efficaces sont utilisées pour mettre en œuvre des actions collectives convenues et répondant aux besoins des personnes proches aidantes qui vivent en contexte de vulnérabilité. Des personnes proches aidantes participent à l'élaboration et au déploiement des différents services ou initiatives.

- 6.3.4 La Direction de santé publique collabore avec les partenaires du milieu scolaire, dans le cadre d'une entente formelle, afin de favoriser le déploiement d'initiatives qui, du même coup, favorisent le développement de compétences personnelles et sociales chez les enfants et des jeunes et la création d'environnements sains et sécuritaires.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**



Conseils

Il est démontré que des actions efficaces de promotion de la santé et de prévention auprès des enfants d'âge préscolaire et scolaire favorisent le développement global du point de vue physique, émotionnel, social, cognitif ou langagier. Ces actions favorisent, du même coup, le développement de compétences personnelles et sociales, l'adoption de saines habitudes de vie et de comportements sains et sécuritaires chez les enfants et les jeunes, ainsi que la création d'environnements favorables à leur santé. La mise en œuvre de ces différentes actions favorise également la réussite éducative. La collaboration de la Direction de santé publique avec ses partenaires se fait de façon proactive et utilise des approches intégrées de type « École en santé ». La Direction de santé publique travaille conjointement avec les partenaires de la communauté afin de déployer différentes initiatives répondant aux besoins des enfants et des jeunes d'âge préscolaire ou scolaire ainsi qu'à ceux de leurs personnes proches aidantes qui vivent dans un contexte de vulnérabilité.

6.3.5 La Direction de santé publique collabore à la planification et à la mise en œuvre de services de type cliniques jeunesse pour les jeunes et leur famille.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les services offerts dans les cliniques jeunesse concernent les saines habitudes de vie et les comportements sécuritaires, au regard de la santé sexuelle et de la santé mentale et psychosociale. Les habitudes de vie et les comportements chez les jeunes peuvent engendrer des conséquences néfastes sur leur santé, à court et long terme. Les principales problématiques pour lesquelles des services sont offerts sont les infections transmissibles sexuellement et par le sang, les grossesses non planifiées, la violence dans les relations intimes, ainsi que les agressions sexuelles.

Les services de type clinique jeunesse visent les adolescents et les jeunes adultes et une attention particulière doit être portée aux groupes les plus vulnérables.

Ces services peuvent être mis en œuvre dans divers milieux (p. ex., établissements du réseau de la santé et des services sociaux, milieux scolaires et d'enseignement, organismes communautaires, cliniques médicales) et prévoient un accès et une continuité de services vers les différentes ressources appropriées. Lorsqu'offerts en contexte scolaire, ces services sont déployés dans le cadre de l'approche « École en santé », et ce, dans une perspective de services intégrés.



6.3.6 La Direction de santé publique soutient les prestataires de services de première ligne pour le déploiement de pratiques cliniques préventives auprès des enfants et des jeunes, appuyées sur les meilleures pratiques.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le soutien à l'intégration des pratiques cliniques préventives se traduit par l'information, la formation et l'accompagnement offerts aux cliniciens. Des outils cliniques pertinents et fondés sur les connaissances les plus récentes en matière de développement global de l'enfant, d'adaptation sociale et d'environnement sécuritaire leur sont également diffusés.

Les pratiques cliniques préventives réfèrent à l'immunisation, au counseling, au dépistage et à la chimioprophylaxie.

6.3.7 La Direction de santé publique offre des services dentaires préventifs réputés efficaces, et adaptés au milieu scolaire auprès des enfants à risque de carie dentaire.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les services dentaires préventifs offerts incluent les suivis dentaires préventifs individualisés et l'application d'agents de scellement. Ces services sont déployés auprès des clientèles cibles et selon des pratiques cliniques éclairées par des données probantes.

6.3.8 La Direction de santé publique offre des services d'information, de sensibilisation et de soutien à la création d'environnements favorables portant sur les habitudes de vie, les comportements sains et sécuritaires ainsi que sur les risques à la santé des environnements physiques et en milieu de travail.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les services de santé publique qui visent l'adoption de modes de vie et la création d'environnement sains et sécuritaires agissent en amont des problèmes de santé et



sociaux évitables tels que les maladies chroniques, le cancer, les problèmes liés au poids, les traumatismes non intentionnels, les problèmes liés à l'environnement physique et au milieu de travail ainsi que certains problèmes d'adaptation sociale, de santé mentale et de dépendances. Les modes de vie des personnes, soient leurs habitudes de vie, leurs comportements, leurs relations sociales, sont largement influencés par les environnements dans lesquels elles évoluent. La création d'environnements favorables est une stratégie essentielle de promotion de la santé. Les environnements sont de nature physique, sociale, politique, culturelle et économique et ils aident la population à faire des choix sains. Par exemple, l'amélioration de l'environnement physique peut favoriser l'activité physique et réduire le risque de blessures et d'isolement, ce qui conduit à une meilleure santé physique et mentale.

Les services visent la population générale et des sous-groupes plus ciblés comme les enfants, les personnes âgées, les travailleurs, etc., ou des groupes vulnérables identifiés.

Ces services sont offerts en collaboration avec les partenaires communautaires, les partenaires du milieu municipal (Démarche Prendre soin de notre monde) et les partenaires des milieux de travail (Entente *Ministère de la Santé et des Services sociaux et Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail* (MSSS-CNESST)).

- 6.3.9 La Direction de santé publique offre des services de cessation du tabagisme aux différents groupes de la population, notamment par l'intermédiaire des Centres d'abandon du tabagisme.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le tabagisme est toujours l'une des principales causes de maladie évitable et de mort prématurée. Ce faisant, des programmes qui aident à faire en sorte que les gens ne commencent pas à fumer sont soutenus par diverses méthodes réputées et efficaces, de même que les Directions de santé publique coordonnent des programmes de cessation du tabagisme à l'intention des personnes, des communautés et des régions.

- 6.3.10 La Direction de santé publique soutient les partenaires internes concernés ainsi que les partenaires externes, de façon proactive, pour la création d'environnements sains et sécuritaires qui préviennent les problèmes psychosociaux.



Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Les services liés à l'adoption de comportements sécuritaires nécessitent la mobilisation de plusieurs prestataires de services, à l'interne et à l'externe de l'établissement. La Direction de santé publique met en œuvre des approches de collaboration efficaces afin de bien distinguer les rôles et responsabilités de chacun dans la mise en place de certains services multidimensionnels. La compréhension des besoins des groupes ciblés doit être partagée et la responsabilité d'offrir les services doit être bien identifiée et coordonnée. Des représentants de la population visée par les différents services participent à l'élaboration et au déploiement, lorsqu'approprié.

Ainsi, des programmes de prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile, particulièrement chez les personnes âgées vivant en contexte de vulnérabilité sont offerts de concert avec les partenaires du programme-service Soutien à l'autonomie des personnes âgées.

Des interventions visant à développer la capacité des personnes à faire des choix éclairés en matière de consommation d'alcool, de drogues ou d'autres substances psychoactives sont offertes, en collaboration avec les partenaires du programme-services Dépendance et itinérance.

Des actions en prévention du suicide sont offertes, en collaboration avec les partenaires du programme service Santé mentale et les organismes communautaires. Ils peuvent, à titre d'exemples, prendre la forme d'un soutien à l'implantation de réseaux de sentinelles, ou encore de l'accès à une ligne téléphonique d'intervention en prévention du suicide (p. ex., la ligne 1-866-APPELLE).

Le même principe de collaboration s'applique à tous les autres partenaires internes.

La Direction de santé publique peut offrir des services individuels à des clientèles qui sont également desservies par d'autres programmes-services. Il s'avère essentiel de coordonner les services préventifs, les services curatifs et de réadaptation auprès d'une même clientèle dans une approche de trajectoire de soins et de services. Une approche coordonnée permet d'assurer la continuité et la complémentarité des services offerts par le réseau de la santé et des services sociaux et par d'autres acteurs de la communauté. Cette approche permet également d'augmenter l'efficacité et de réduire au minimum les chevauchements de services, de même que les lacunes ou délais.



- 6.3.11 La Direction de santé publique soutient, de façon assidue, les services de première ligne axés sur la promotion de modes de vie sains en déployant des services de prévention clinique appuyés sur des données probantes.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Le soutien à l'intégration des pratiques cliniques préventives se traduit par du partage d'information, de la formation et de l'accompagnement des cliniciens. Des outils cliniques pertinents et fondés sur les meilleures connaissances en matière de saines habitudes de vie et de comportements sécuritaires leur sont également diffusés.

Les pratiques cliniques préventives incluent l'immunisation, le counseling, le dépistage et la chimioprophylaxie.

- 6.3.12 La Direction de santé publique collabore, de façon proactive, avec les partenaires internes concernés et les partenaires externes, afin de soutenir le développement et le renforcement des capacités des communautés d'agir sur leurs conditions de vie et leur environnement.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Les acteurs de la communauté sont mobilisés pour mettre en œuvre des initiatives qui concernent l'environnement physique et social des communautés.

La Direction de santé publique collabore avec les organismes communautaires, les partenaires des milieux scolaire et municipal ainsi que les partenaires internes concernés afin d'appuyer les populations régionales dans leurs démarches pour améliorer leurs conditions de vie.

Des approches de concertation efficaces sont utilisées pour mettre en œuvre des actions collectives convenues. Des représentants de la population et des différents groupes qui la composent participent à l'élaboration et au déploiement des initiatives.

Considérant les écarts de santé entre les différents groupes de la population, une attention particulière doit être portée aux sous-groupes de la population qui vivent en contexte de vulnérabilité et des stratégies doivent être mises en œuvre pour bien les rejoindre.



- 6.3.13 La Direction de santé publique offre, de façon pertinente, des services d'information sur la prévention et le contrôle des maladies infectieuses, incluant la vaccination, adaptés aux différents sous-groupes de la population.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Un ensemble de services de prévention et de contrôle des maladies infectieuses est offert dans les milieux de soins, dans les milieux de vie et dans la communauté, de manière à éviter leur apparition et freiner leur transmission. La Direction de santé publique informe la population et les sous-groupes sur les risques infectieux, les phénomènes émergents et les moyens efficaces pour les prévenir en utilisant des stratégies efficaces pour rejoindre les groupes les plus vulnérables. L'information fournie concerne les maladies évitables par la vaccination, les infections transmissibles sexuellement et par le sang, les maladies transmissibles par les animaux ou d'autres vecteurs, les maladies entériques liées à la consommation d'eau et d'aliments, les infections nosocomiales, etc.

L'information peut être fournie au moyen de fiches de renseignements, de communiqués, de messages d'intérêt public ou de communications électroniques, ou encore être diffusée dans les médias sociaux. Elle est présentée dans la langue ou le format appropriés, est adaptée aux caractéristiques de l'auditoire cible, est simple, facile à comprendre, et respecte les croyances et préférences culturelles.

- 6.3.14 La Direction de santé publique déploie un programme de vaccination systématique, adapté à différents groupes de population ciblés.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le programme de vaccination est compréhensif et facilement accessible. Les services d'immunisation sont offerts à des endroits pratiques, notamment dans les écoles et dans les différents milieux de vie dans la communauté. Les populations prioritaires incluent certains groupes d'enfants, les personnes de 60 ans et plus, les personnes présentant certains troubles médicaux et les professionnels de la santé. Des campagnes de promotion sont réalisées de manière à maintenir ou rehausser les taux de couverture vaccinale. La Direction de santé publique soutient et mobilise, au besoin, ses partenaires



internes et externes en offrant de l'information et des conseils pour le déploiement de services de vaccination dans les différents milieux.

- 6.3.15 La Direction de santé publique met en œuvre un ensemble de procédures liées à la gestion de l'approvisionnement « juste à temps » pour assurer la qualité et la sécurité des vaccins.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Ces procédures sont documentées et facilement accessibles, et incluent, par exemple, les méthodes utilisées par la Direction de santé publique pour conserver la chaîne du froid et préserver l'intégrité des vaccins lors du transport et de l'approvisionnement des sites de vaccination.

- 6.3.16 La Direction de santé publique surveille les réactions sévères survenant après l'administration des vaccins et intervient de façon appropriée.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Les réactions sévères sont rares et devraient être considérées comme des incidents préjudiciables et rapportées comme tels.

Les réactions sévères sont systémiques et incluent des réactions allergiques sévères comme l'anaphylaxie. La surveillance de ces incidents préjudiciables est menée dans le but d'assurer le maintien de la santé de la population et d'assurer que les bénéfices des vaccins l'emportent sur leurs risques potentiels. La documentation des réactions sévères contribue à un contrôle de la qualité et à la sécurité des produits immunisants et à un soutien à la prise de décision relative aux choix et aux modalités d'utilisation des vaccins.

- 6.3.17 La Direction de santé publique déploie des services intégrés de dépistage et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang, qui répondent aux meilleures pratiques en la matière.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**



Conseils

Les services de dépistage et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang incluent l'éducation et le counseling, les programmes de vaccination, l'accès à du matériel de prévention, le traitement et la déclaration des maladies à déclaration obligatoire. Des interventions préventives sont également offertes aux personnes atteintes et à leurs partenaires sexuels.

Dans toutes les interventions de prévention des maladies infectieuses, des stratégies particulières sont mises en place afin de rejoindre les groupes les plus vulnérables, particulièrement au regard des infections transmissibles sexuellement et par le sang.

Les services de prévention sont basés sur une approche de réduction des méfaits afin de réduire au minimum les dangers et les risques pour la santé associée à des comportements à risque. Les programmes d'échange de seringues pour les utilisateurs de drogues par injection en sont un exemple.

Les partenaires du milieu communautaire et les programmes-services sont essentiels pour la mise en œuvre des différents services offerts avec une approche de réduction des méfaits. En outre, la Direction de santé publique met en œuvre des activités issues de la Stratégie nationale 2022-2025 de prévention des surdoses de substances psychoactives.

- 6.3.18 La Direction de santé publique soutient, de façon assidue, les prestataires de services de première ligne dans le déploiement de services de prévention des maladies infectieuses éclairés par des données probantes.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Le soutien à l'intégration des mesures de prévention des maladies infectieuses se traduit par de l'information, de la formation et de l'accompagnement des cliniciens. Des outils d'aide à la décision clinique pertinents et fondés sur les meilleures connaissances, en matière de maladies infectieuses leur sont également diffusés.

Les mesures de prévention des maladies infectieuses réfèrent à l'immunisation, au counseling, au dépistage et à la chimioprophylaxie. La distribution de matériel de prévention figure également parmi les pratiques cliniques préventives des maladies infectieuses.



6.3.19 La Direction de santé publique soutient, de façon efficace, les milieux de soins et les milieux de vie pour la mise en œuvre de mesures de prévention et de contrôle des infections, incluant la gestion des éclosions.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La mise en place de mesures de prévention et de contrôle des infections efficaces contribue à assurer l'accès et la qualité des soins.

Une collaboration soutenue entre la Direction de santé publique et tous les programmes-services, ainsi qu'avec les équipes de prévention et de contrôle des infections des établissements permet de soutenir les cliniciens et gestionnaires des différents milieux afin qu'ils adoptent les mesures de prévention. Le soutien apporté par la Direction de santé publique prend différentes formes : le partage d'information, la formation et l'accompagnement sur la prévalence et l'incidence d'infections associées aux milieux de santé, d'autres programmes de surveillance, ainsi que la gestion des éclosions.

6.3.20 La Direction de santé publique évalue, de façon continue, les risques pour la santé en temps réel liés aux agents biologiques, chimiques et physiques, par un système de vigie efficace et des enquêtes épidémiologiques.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Un ensemble d'activités permettant d'identifier les risques et les menaces à la santé de la population, réelles ou appréhendées sont réalisées. Pour ce faire, la Direction de santé publique s'appuie sur les responsabilités et les pouvoirs d'ordonnance et d'intervention que lui confère la Loi sur la Santé publique dans une perspective de protection de la santé de la population.

La vigie sanitaire permet d'identifier les risques et les menaces en temps réel, avec des outils et systèmes d'information complémentaires à ceux utilisés pour la surveillance de l'état de santé de la population. Les risques sont liés à des agents biologiques, chimiques ou physiques. Des enquêtes épidémiologiques peuvent être nécessaires afin de mieux saisir les risques ou les menaces posées par certaines situations.

6.3.21 La Direction de santé publique maintient un plan de mobilisation des ressources en cas de menace à la santé de la population.



Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Un plan de mobilisation des ressources en cas d'urgence de santé publique définit clairement le rôle essentiel de la Direction de santé publique lors des interventions d'urgence, par exemple en situation de rassemblement de foule ou de grippe pandémique. Le plan d'urgence définit les services de prévention, de préparation, d'intervention et de rétablissement dans le cas de situations d'urgence et de sinistres d'origine environnementale, incluant une dimension psychosociale, de façon efficace et en temps opportun.

Les éléments déclencheurs ou critères pour faire passer une intervention normale au statut d'intervention d'urgence sont définis. Le plan décrit, selon le type d'urgence, de quelle façon les populations vulnérables touchées par le sinistre ou l'urgence seront rejointes, quelles interventions seront réalisées et qui en seront les responsables. Des interventions sont planifiées et réalisées auprès des personnes, des milieux de vie et des milieux de soins dans le contexte de maladies à déclaration ou à traitement obligatoires, de signalements et d'éclosions. Les interventions propres au rétablissement et au retour à la normale sont clairement définies.

Le déploiement du plan de mobilisation des ressources se fait de concert avec un ensemble de partenaires internes et externes concernés selon l'urgence sanitaire. La Direction de santé publique collabore aux activités de prévention, de préparation, d'intervention et de rétablissement dans le cadre de la mission santé de la Sécurité civile. Elle collabore, de façon proactive et constructive, avec les partenaires des autres secteurs d'activités, à des services d'alerte et des initiatives favorisant l'adaptation des sous-groupes de la population vulnérable aux événements climatiques extrêmes et aux épisodes de mauvaise qualité de l'air.

- 6.3.22 La Direction de santé publique offre à la population, de façon proactive et efficace et en temps opportun, des services d'information sur les mesures de prévention et de contrôle des risques pour la santé.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Dans un premier temps, la population et les partenaires externes concernés sont informés sur la façon de signaler les menaces pour la santé publique en utilisant des stratégies de communication adaptées aux différents groupes cibles.



Tout au long des menaces ou urgences de santé publique, des informations sont transmises à la population. Les communications portent sur les procédures de sécurité appropriées et les mesures de contrôle des risques et des menaces. La Direction de santé publique s'assure de l'uniformité du message avec celui des établissements partenaires et de chaque palier de gouvernement. L'information transmise est adaptée aux caractéristiques du public cible telles que la préférence linguistique, la culture, le niveau de littératie en santé, l'âge, le revenu ainsi que l'appartenance à un groupe à risque élevé ou difficile à joindre. Une attention particulière est portée aux groupes les plus vulnérables pour éviter d'accentuer les inégalités sociales de santé.

Les communications se font par différentes méthodes, par exemple des rapports émanant de la communauté ou préparés à l'échelle régionale ou nationale, des publications scientifiques, des conférences, des rapports techniques et des analyses documentaires, des communiqués de presse et des entrevues à la télévision ou à la radio. De nouveaux modes de communication tels que les médias sociaux sont également utilisés.

6.4 Établir des partenariats intersectoriels pour des politiques publiques favorables à la santé

6.4.1 La Direction de santé publique collabore avec son réseau de partenaires externes afin de maintenir et d'améliorer la santé de la population de son territoire et des sous-groupes qui la composent.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Accent sur la population** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Un premier niveau de collaboration s'établit avec les partenaires externes, soit ceux du milieu communautaire et des autres secteurs d'activités comme la petite enfance, l'éducation et le judiciaire, pour la planification, la mise en œuvre et l'évaluation d'activités qui visent le maintien et l'amélioration de la santé de la population et des sous-groupes qui la composent.

Une collaboration s'établit également entre la Direction de santé publique et les autres parties prenantes dans le cadre de l'élaboration de politiques publiques dont les actions peuvent avoir un impact sur la santé de la population ou les sous-groupes qui la composent. La Direction de santé publique soutient, par différents moyens, le processus d'élaboration de politiques publiques qui se veulent favorables à la santé de la population. Des activités peuvent inclure la publication de résumés sur les politiques en



cours ou en développement, la participation à des conseils régionaux, la participation à des comités consultatifs ou groupes de travail intersectoriels ou encore la participation à des rencontres avec des représentants élus.

Cette diversité des partenariats est démontrée par une participation dans les secteurs géographiques ou les structures régionales, un engagement dans les politiques régionales et un support pour les différents prestataires de services comme les organismes communautaires.

Dans le soutien à l'élaboration des politiques publiques régionales, une attention particulière est portée aux sous-groupes de la population les plus vulnérables.

6.4.2 La Direction de santé publique soutient l'évaluation d'impact environnemental des politiques publiques régionales qui peuvent avoir un impact sur la santé de la population et des sous-groupes qui la composent.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Accent sur la population** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

L'impact potentiel des politiques publiques peut avoir une répercussion positive ou négative sur la santé de la population ou des sous-groupes qui la composent. Les politiques publiques en développement, à l'extérieur du secteur de la santé, à l'échelle régionale, sont évaluées à l'aide d'un cadre d'analyse qui considère les enjeux d'équité et de durabilité. Des occasions de création et de maintien d'environnements favorables pour la communauté sont repérées et valorisées. Les exemples de politiques publiques régionales qui ont une incidence sur la santé comprennent notamment des politiques de transport, de logement ou d'accès à la nourriture, des mesures fiscales et des stratégies favorisant la scolarisation et l'emploi dans la communauté.

La Direction de santé publique collabore, de façon proactive et constructive, à l'évaluation d'impact environnemental de divers projets de développement, incluant une dimension psychosociale, ainsi que la révision des schémas d'aménagement et de développement sur son territoire.

6.4.3 La Direction de santé publique réalise de la recherche en collaboration avec des chercheurs de divers secteurs afin de développer les connaissances en santé publique.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**



Conseils

Les partenariats avec la recherche concernent les chercheurs en établissement, les groupes de chercheurs dans des établissements académiques ou gouvernementaux, ainsi que les chercheurs individuels. La Direction de santé publique soutient le transfert et le développement des connaissances dans le domaine de l'épidémiologie, des services de santé publique et des politiques publiques favorables à la santé.

Les objets de recherche peuvent concerner la santé et le bien-être de la population et des groupes plus vulnérables ainsi que leurs déterminants. La Direction de santé publique réalise de la recherche, dans le cadre d'une mission universitaire, ou agit dans un rôle consultatif. La participation d'une Direction de santé publique à la recherche, ainsi que la portée et le degré d'implication de cette participation, dépend de chaque Direction de santé publique et du type d'établissement (p. ex., CIUSSS) dans lequel elle est intégrée.

6.5 Évaluer et améliorer de façon continue le plan d'action régional de santé publique

6.5.1 La Direction de santé publique se dote d'un plan d'évaluation compréhensif qui couvre un suivi d'implantation de ses services, une évaluation du fonctionnement et de la mise en œuvre et une évaluation des résultats obtenus en matière d'amélioration de la santé et du bien-être de la population et des sous-groupes qui la composent.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le plan d'évaluation prévoit le suivi de l'implantation, l'évaluation du fonctionnement, l'évaluation des résultats et porte une attention particulière à la qualité de l'action de santé publique. Le plan définit les questions d'évaluation et les objectifs du plan d'action régional, le cadre conceptuel, les méthodes utilisées, les rôles et responsabilités des différents acteurs ainsi que les livrables et le calendrier de travail. Les méthodes d'évaluation sont variées et assurent une rétroaction autant des utilisateurs de services que de la population en général, des sous-groupes qui la composent et des partenaires internes et externes. Des données qualitatives et quantitatives sont recueillies. Des entrevues, des groupes de discussion, des sondages, des questionnaires ainsi que des indicateurs de santé et de bien-être et des données budgétaires sont utilisés selon les objectifs d'évaluation poursuivis.



6.5.2 La Direction de santé publique réalise son plan d'évaluation de façon rigoureuse.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

L'évaluation des processus du plan d'action régional et de l'efficacité des collaborations avec les partenaires internes et externes est réalisée. La Direction de santé publique procède à l'évaluation des résultats du plan d'action régional en mesurant l'atteinte des objectifs de santé et de bien-être, et ce, pour chacun des quatre axes d'intervention. Le plan d'évaluation n'est pas une évaluation d'impact mais bien un suivi des indicateurs de santé en lien avec les objectifs de santé et de bien-être et les services déployés.

En collaboration avec la direction des ressources financières et la direction des ressources humaines de l'établissement, l'évaluation examine l'utilisation des ressources humaines et financières afin de s'assurer que celles-ci sont utilisées de façon efficace.

Les évaluations telles que définies dans le plan d'évaluation peuvent être réalisées en séquence ou de façon concomitante. La Direction de santé publique fait preuve d'une souplesse qui tient compte des contextes et des besoins évolutifs de la population et des décideurs.

6.5.3 La Direction de santé publique communique l'information relative aux résultats d'évaluation à la population et aux sous-groupes qui la composent ainsi qu'aux partenaires internes et externes.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

De manière à renforcer la crédibilité des démarches et l'engagement des partenaires, la Direction de santé publique diffuse, de façon transparente, les résultats des différentes évaluations réalisées à la population aux sous-groupes qui la composent ainsi qu'à ses partenaires internes et externes.

Les informations sont adaptées à l'auditoire et prennent en compte la formulation des messages et le niveau de littératie en matière de santé.



6.5.4 La Direction de santé publique observe les procédures de l'établissement pour gérer les incidents liés à la sécurité des usagers.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Tous les types d'incidents, soit les incidents préjudiciables et incidents évités de justesse sont gérés de façon appropriée, selon les procédures organisationnelles.

Une approche proactive pour la prévention des incidents implique une participation appropriée des usagers, de la main-d'œuvre et des visiteurs. Tous les incidents doivent faire l'objet d'une enquête dans des délais adéquats et de mesures visant à éviter que la même situation se produise de nouveau.

Une enquête sur un incident requiert que l'ensemble des renseignements pertinents soit obtenu, qu'une analyse des causes profondes soit effectuée, que les mesures de suivi soient indiquées et que des recommandations soient émises.

6.5.5 La Direction de santé publique utilise une base de connaissances pour améliorer l'information disponible sur les déterminants de la santé, l'offre de services de santé publique l'identification de pratiques exemplaires, et ce, pour chacun des quatre axes d'intervention.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

L'amélioration continue du plan d'action régional est liée certes aux résultats d'évaluation mais elle est également liée aux connaissances issues de la recherche et des activités d'innovation. La Direction de santé publique tire profit des nouvelles connaissances portant sur les déterminants de la santé et sur l'incidence et la prévalence de diverses maladies et problèmes psychosociaux au sein de la communauté. La surveillance continue de l'état de santé, les évaluations de programmes et les données probantes sur les pratiques exemplaires servent à orienter l'évolution du plan d'action régional.

Les connaissances issues de la recherche nouvelle et émergente se trouvent dans les revues scientifiques de santé publique, dans différents rapports des établissements, des



ordres professionnels et des gouvernements, dans des rapports techniques et autres sources reconnues. L'Institut national de santé publique joue un rôle important dans cet accès aux connaissances.

- 6.5.6 La Direction de santé publique réalise des projets d'amélioration de la qualité selon les résultats obtenus par les différentes démarches d'évaluation et la disponibilité de nouvelles connaissances.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Une démarche de planification et de priorisation des projets d'amélioration est réalisée, en collaboration avec les partenaires internes et externes. Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis pour les projets d'amélioration de la qualité sont identifiés. Ceux-ci sont mis à l'essai à petite échelle avant d'être mis en œuvre à plus grande échelle.

Des représentants de la population contribuent à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan d'amélioration de la qualité.

- 6.5.7 La Direction de santé publique ajuste son plan d'action régional sur la base des résultats des évaluations, des nouvelles connaissances et de la mise en place de mesures d'amélioration de la qualité.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Une analyse intégrée de l'information issue des nouvelles connaissances, des résultats d'évaluation, et des résultats découlant des projets d'amélioration de la qualité est réalisée. Dans une perspective d'harmonisation et de cohérence, l'analyse tient également compte du plan global d'amélioration de la qualité de l'établissement de même que de son plan stratégique. Les changements à apporter au plan d'action régional sont alors effectués.

Les partenaires internes et externes ainsi que des représentants de la population contribuent aux décisions relatives à l'évolution du plan d'action régional.



Chapitre 7: Télésanté

Contexte

La télésanté est définie par le Réseau québécois de la télésanté comme une modalité de prestation de soins et services et non comme un service. La télésanté, aussi dénommée « télémédecine », « téléconsultation », « téléassistance » ou « soins virtuels » offre une option alternative aux soins et services prodigués en présentiel aux utilisateurs (p. ex., usagers, personnes proches aidantes, cliniciens, personnel administratif) pour assurer un accès et une continuité des soins et services. La disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation plus courante des technologies de l'information par l'ensemble de la population permettent de poursuivre et même d'accroître l'utilisation de la télésanté en vue d'offrir des soins et services.

Comme toutes les modalités servant à prodiguer des soins ou des services, l'offre de télésanté doit être intégrée à la planification de l'ensemble de l'offre de services, être régie par des politiques et des procédures organisationnelles et faire l'objet d'une revue périodique afin d'assurer sa qualité et sa sécurité. Cette modalité doit respecter l'ensemble des normes à l'égard de la protection des renseignements personnels ainsi que les protocoles d'échange de renseignements sur la santé sans oublier les normes déontologiques des ordres professionnels. L'offre de soins et services en mode de télésanté doit également veiller à combler les besoins des utilisateurs sur le plan de l'accessibilité et favoriser la réduction des iniquités en rendant accessible une modalité complémentaire pour les personnes vivant en région éloignée et isolée où l'accès aux soins et services de santé peut être limité.

Le présent chapitre, fondé sur la norme *HSO A83001:2018 Télésanté*, a pour but d'évaluer la sécurité, la qualité et l'efficacité des soins et services des établissements qui font l'utilisation de cette modalité. Le chapitre vise également à sensibiliser et responsabiliser les gestionnaires et les équipes aux requis de la télésanté et à son amélioration continue.

7.1 Mise en œuvre de la télésanté

- 7.1.1 Les gestionnaires de l'établissement disposent d'un document à l'égard de la conception des services de télésanté.



Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

L'établissement doit disposer d'un document conceptuel qui décrit l'offre de service de télésanté et le processus de mise en œuvre dans le cadre d'un programme de soins et services de santé. Le document comprend au minimum les renseignements suivants:

- Les objectifs de la modalité de télésanté;
- À qui s'adressent les services de télésanté;
- À quel moment les services de télésanté sont offerts – Les heures de disponibilité pour le suivi à distance;
- Les ententes de service;
- Les objectifs cliniques et modèles de soins et services appropriés ou de soins et services partagés;
- La possibilité pour les usagers de choisir la modalité à laquelle ils souhaitent accéder afin de recevoir un soin ou un service de santé, qu'il s'agisse ou non d'un soin ou service offert en mode télésanté;
- La durée prévue de bris de service, le cas échéant;
- Les critères d'inclusion et d'exclusion de l'utilisateur;
- Les obstacles pour la main-d'œuvre (p. ex., possibilité de formation);
- La disponibilité des spécialistes, de la main-d'œuvre clinique locale et des établissements nécessaires pour assurer la continuité des soins et services au moment de déterminer les services de télésanté à offrir.

7.1.2 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les politiques et les procédures sont établies lors de la conception de l'ensemble des services de télésanté.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les politiques qui se rattachent aux services de télésanté devraient être intégrées aux politiques organisationnelles existantes de l'établissement et élaborées avec l'apport de l'équipe de soins, des usagers et des personnes proches aidantes. Les politiques et procédures soutiennent la pérennité des services de télésanté et orientent sa prestation entre les différents établissements du système de santé. Les politiques portent entre autres sur l'élaboration de plans dans les situations d'urgence et de sinistres; la gestion des ressources humaines et matérielles; l'imputabilité, les droits de pratiques et



accréditations; la propriété des dossiers médicaux des usagers; la sécurité informationnelle; l'utilisation de l'équipement de télésanté; la protection des droits et des renseignements personnels des usagers; la conservation des dossiers; l'exécution des protocoles de recherche.

- 7.1.3 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent qu'une structure de gouvernance est établie afin de diriger les services de télésanté et en assure la veille.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

La structure de gouvernance peut regrouper un comité de pilotage, une équipe de projet ainsi que l'accès à une équipe de gestion du changement expérimentée qui mobilisent la main-d'œuvre, les usagers ainsi que les personnes proches aidantes à soutenir le changement de l'offre de service au moyen de la télésanté.

- 7.1.4 Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre un programme de gestion de la qualité des services de télésanté pour définir les caractéristiques de qualité requises et mesurer les résultats.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'établissement qui offre des services de télésanté doit s'assurer que les soins et services prodigués sont de haute qualité et qu'ils répondent aux besoins des usagers.

La mise en place d'un programme de gestion de la qualité des services de télésanté permet à l'établissement de mesurer les résultats et de veiller à l'amélioration continue de la qualité. À titre d'exemple, l'établissement peut réaliser des activités de gestion de la qualité comme des audits internes, l'évaluation de l'expérience des usagers, l'analyse des plaintes et le suivi d'indicateurs de qualité. Comme la technologie évolue rapidement, l'établissement peut réaliser une veille technologique de façon continue afin d'assurer le bon déroulement des services pour les utilisateurs.

- 7.1.5 Les équipes s'assurent que les services de télésanté sont offerts uniquement aux usagers qui répondent aux critères d'admissibilité.



Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les critères d'admissibilité des usagers peuvent comprendre entre autres le niveau de risque (p. ex., suspicion de négligence ou de violence), l'aptitude cognitive ou motrice à utiliser la technologie (p. ex., décompensation, troubles psychiatriques instables ou envahissants), la capacité de déplacement de l'utilisateur, le contexte financier (p. ex., budget pour fournir à l'utilisateur l'équipement et l'accès réseau), les facteurs liés aux réglementations provinciales ou territoriales, les règles des ordres professionnels, le choix de l'utilisateur, les obstacles pouvant limiter l'accès d'un utilisateur à un service (p. ex., la disponibilité des outils connectés), la capacité de vérifier l'identité de l'utilisateur virtuellement et le contexte familial, professionnel et culturel de l'utilisateur. Les besoins de l'utilisateur potentiel sont évalués par rapport à la capacité de l'équipe de soins à répondre à ces besoins.

- 7.1.6 Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre une procédure organisationnelle qui permet de répondre aux demandes de services de télésanté en temps opportun.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les demandes de services peuvent provenir de la main-d'œuvre, des usagers, de personnes proches aidantes, d'autres équipes ou d'établissements orienteurs. Il peut exister différentes procédures pour répondre à une demande en fonction de la personne qui en fait la demande et de la nature du soin ou service demandé. Les demandes de services, la procédure pour y donner suite et la définition de « en temps opportun » varieront selon la nature des services offerts et par les personnes qui en font la demande. La capacité à répondre rapidement à une demande de service de télésanté est évaluée en fixant des délais de réponse et en surveillant ceux-ci, de même qu'en recueillant les commentaires des usagers et des personnes proches aidantes, des établissements orienteurs et des autres équipes à propos de leurs expériences. Les attentes par rapport au moment où l'utilisateur pourra participer aux services de télésanté devraient lui être communiquées au début de la consultation.



7.1.7 Les gestionnaires de l'établissement rendent disponible une procédure organisationnelle aux équipes qui permet de gérer les périodes d'indisponibilité des services de télésanté.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La procédure organisationnelle comprend des calendriers ainsi que des directives sur la façon et le moment de communiquer avec la main-d'œuvre, et tient compte du temps d'indisponibilité non planifié. La procédure doit pouvoir être ajustée en fonction des services. Le bris d'équipement, le manque de main-d'œuvre et le manque d'accès au réseau sont des exemples pour lesquelles les services de télésanté pourraient ne pas être disponible.

7.1.8 Les équipes responsables des services de télésanté doivent veiller à assurer la continuité du plan de soins et services individualisé de l'utilisateur.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les services offerts par l'établissement en mode télésanté doivent permettre d'assurer le suivi et la continuité du plan de soins et services individualisé de l'utilisateur préalablement établi. Les services favorisent une plus grande flexibilité pour s'assurer que les usagers adhèrent aux plans et que les objectifs de soins et services sont atteints.

Les services de télésanté peuvent s'inscrire dans la trajectoire de soins de l'utilisateur et sont offerts en complémentarité avec les services existants. Pour ce faire, ils doivent être intégrés à l'ensemble des outils de coordination des soins et services. Par exemple, les plateformes de prise de rendez-vous doivent permettre de savoir si l'utilisateur est apte à utiliser la modalité de télésanté et dispose des outils technologiques requis. L'utilisation des services de télésanté doit être inscrite au plan de soins et services individualisé et les notes consignées dans le dossier de l'utilisateur. À titre d'exemple, les informations consignées peuvent préciser comment la modalité de télésanté sera utilisée pour le suivi de l'épisode de soins, entre professionnels ou avec l'utilisateur.



7.1.9 Les gestionnaires de l'établissement encouragent et facilitent l'utilisation des services de télésanté par l'équipe de soins et les usagers en tant que modalité de soins et services lorsqu'adapté.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les services de télésanté s'avèrent une option intéressante pour répondre à la réalité des usagers et augmenter l'accessibilité aux soins et services. Cette modalité permet de bonifier les services dispensés en personne. L'établissement veille à ce que les services de télésanté soient connus des usagers et de la main-d'œuvre et facilite leur utilisation.

À titre d'exemple, l'établissement organise des activités de communication afin de promouvoir la disponibilité des services de télésanté (p. ex., informations sur les services de télésanté disponibles sur le site Web, communication de messages clés aux gestionnaires par des notes de service, affiches et diffusion de communiqués auprès de la population, etc.). Des formations sont mises à la disponibilité des parties prenantes, incluant les usagers, les personnes proches aidantes et la main-d'œuvre.

L'établissement assure le transfert de connaissances aux nouveaux employés lors de l'intégration.

7.1.10 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent d'évaluer la fonctionnalité de l'ensemble des services de télésanté de concert avec toutes les parties prenantes avant le déploiement des services.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le niveau de préparation de l'établissement pour l'utilisation de l'équipement de télésanté peut inclure notamment:

- La disponibilité des ressources humaines;
- La vérification que les données peuvent être transmises de façon fiable et sécuritaire;
- De s'assurer de la disponibilité du soutien technique;
- L'élaboration des procédures pour la vérification de l'équipement de façon périodique;
- L'assurance qu'il y a suffisamment de débit binaire (bande passante);



- L'évaluation de l'applicabilité technique de l'équipement et des logiciels;
- La détermination à savoir si les réseaux sont prêts et compatibles sur le plan technique;
- Le respect des politiques, procédures, normes et lignes directrices propres aux services en réseau (p. ex., les services centraux partagés, les liaisons);
- Le respect des politiques, des procédures, des normes et des lignes directrices cliniques de la main-d'œuvre engagée.

7.1.11 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les services de télésanté sont conçus de façon à favoriser et à faciliter l'interopérabilité.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:
Attestation

Conseils

Parmi les moyens d'assurer l'interopérabilité au sein d'un établissement, mentionnons : le pilotage de l'équipement avant son achat, l'achat d'équipement auprès de fournisseurs approuvés, l'achat d'équipement qui répond aux normes et la réalisation de tests de conformité et d'interopérabilité.

7.2 Participation des usagers dans la mise en œuvre des services de télésanté

7.2.1 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que la stratégie organisationnelle de l'offre des services de télésanté est élaborée en collaboration avec les usagers.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'établissement qui reçoit ou qui offre des services de télésanté devrait s'assurer que les services sont entièrement définis au sein de sa stratégie globale. Les services de télésanté devraient faire partie intégrante de la stratégie de l'établissement, et non d'un élément distinct et isolé. La stratégie concernant les services de télésanté de l'établissement devrait comprendre au minimum un plan de gestion du changement, un plan de mise en œuvre immédiate et une évaluation des services de télésanté. La stratégie devrait également intégrer la modalité de télésanté dans les trajectoires de soins afin d'offrir le choix à l'utilisateur. La stratégie de responsabilité de l'établissement par



rapport aux services de télésanté doit être clairement définie et s'arrimer avec les objectifs généraux de l'approche de soins centrés sur la personne. Les usagers et les personnes proches aidantes devraient pouvoir participer à l'élaboration de la stratégie de l'établissement, y compris la définition des services de télésanté. Les commentaires de l'ensemble des usagers devraient être recueillis aux étapes clés de la croissance et de l'élaboration des services afin d'assurer une amélioration continue.

7.2.2 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les usagers participent à au moins un volet de la conception, de la prestation et de la mise en œuvre des services de télésanté.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les services de télésanté devraient répondre aux besoins des usagers, des personnes proches aidantes, de la main-d'œuvre et des responsables de l'élaboration du système de télésanté. Les usagers sont tenus informés et, le cas échéant, devraient avoir la possibilité de participer en collaboration avec les personnes proches aidantes dans les équipes de projet. L'élaboration des services de télésanté reposent sur la demande et la pertinence et non sur l'offre et les progrès technologiques.

7.2.3 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que la procédure organisationnelle de mise en place des services de télésanté est conçue conjointement avec la collaboration des usagers.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La procédure de mise en place veille à la conception, l'approvisionnement et à l'exécution des services de télésanté de façon continue. La procédure fait appel à toutes les parties prenantes, notamment les usagers, les personnes proches aidantes et la main-d'œuvre, avant l'acquisition de technologies et comprend la cueillette de la rétroaction en continu de ces derniers à fréquence régulière. S'il y a lieu, une évaluation interdisciplinaire ou collaborative peut être effectuée avec l'utilisateur, les personnes proches aidantes et les membres appropriés de l'équipe de soins.



7.2.4 Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre une procédure organisationnelle qui permet de signaler les cas de violation des droits d'un usager en collaboration avec les usagers.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Un service de santé offert au moyen de la télésanté doit répondre aux objectifs de soins et services et respecter les droits des usagers au même titre qu'un soin ou service dispensé en personne. L'établissement doit disposer d'une procédure organisationnelle qui précise la marche à suivre afin de permettre aux usagers de signaler une violation des droits, peu importe la modalité utilisée pour le service.

Pour ce faire, la procédure organisationnelle est élaborée avec la collaboration des usagers et des personnes proches aidantes afin d'y inclure l'ensemble des modalités pour l'octroi d'un soin ou d'un service, dont celui de la télésanté. La procédure fait également état des attentes en cas de violation alléguée des droits des usagers et est revue périodiquement afin d'assurer que les mécanismes de signalement sont toujours pertinents.

7.2.5 Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre une procédure organisationnelle qui vise à enquêter, répondre et assurer le suivi des allégations de violation des droits d'un usager en collaboration avec les usagers.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'établissement favorise un milieu où les usagers, les personnes proches aidantes et les membres de l'équipe de soins se sentent à l'aise de soulever des préoccupations ou des problèmes. L'établissement peut fournir l'accès à une personne-ressource impartiale et objective auprès de laquelle les usagers et les personnes proches aidantes peuvent obtenir des conseils ou une consultation. L'établissement dispose d'une procédure qui permet aux usagers de porter plainte ou de poser des questions à l'égard de la gestion des données électroniques pour les services de télésanté. Les allégations présentées par les membres de l'équipe de soins ou d'autres équipes sont aussi abordées.



7.2.6 Les équipes s'assurent que les incidents liés à la sécurité des usagers survenus lors d'un soin ou des services de télésanté sont signalés, analysés et gérés conformément aux politiques et aux procédures de l'établissement.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La déclaration et la consignation des renseignements sont faites en temps opportun. Les incidents liés à la sécurité des usagers comprennent les incidents préjudiciables, les incidents sans préjudice et les incidents évités de justesse, conformément à la Classification internationale pour la sécurité des usagers, de l'Organisation mondiale de la Santé. L'Institut canadien pour la sécurité des patients oriente les établissements dans l'élaboration de politiques et de procédures de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers ainsi que de processus permettant d'atténuer les risques cliniques et opérationnels de manière proactive.

7.2.7 Les équipes identifient les possibilités d'amélioration continue de la qualité en collaboration avec les usagers.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La rétroaction et les autres formes de renseignements dont les observations et l'expérience de l'utilisateur servent à identifier et prioriser les secteurs pour les initiatives d'amélioration continue de la qualité. Cette étape est mise de l'avant en ayant recours à un processus normalisé et fondé sur des critères comme les besoins exprimés par les usagers et les personnes proches aidantes, les résultats signalés par les usagers et la main-d'œuvre, les risques, le volume ou les coûts.

7.2.8 Les gestionnaires de l'établissement communiquent les informations à l'égard des activités d'amélioration continue de la qualité, les résultats et les apprentissages liés aux services de télésanté aux usagers, aux équipes de soins, aux gestionnaires de l'établissement ainsi qu'aux autres établissements ou organismes.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils



Les informations communiquées à l'égard des activités d'amélioration continue de la qualité sont adaptées à l'auditoire et au registre de langue. La communication des résultats des évaluations et des améliorations réalisées permet aux parties prenantes de se familiariser avec la philosophie et les avantages de l'amélioration continue de la qualité et favorise la participation au processus. C'est aussi une façon pour l'établissement de faire connaître les activités d'amélioration continue de la qualité qui ont connu du succès et de démontrer son engagement à l'égard de l'amélioration continue de la qualité. Parmi les autres avantages, la communication des données découlant des indicateurs de rendement à l'extérieur de l'établissement permet d'établir des comparaisons avec des établissements ou organismes qui offrent des services similaires.

7.2.9 Les équipes révisent régulièrement les lignes directrices et les protocoles en collaboration avec les usagers.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le processus de revue englobe l'accès aux travaux de recherche et aux informations les plus récentes et leur pertinence (p. ex., par la revue documentaire, la consultation de spécialistes de contenu ou d'organisations et d'associations pancanadiennes). Les renseignements sur la recherche peuvent comprendre les études sur les interventions, les évaluations de programmes ou les essais cliniques. Le processus de revue est utilisé pour éclairer l'élaboration de la procédure employée pour la sélection des lignes directrices basées sur des données probantes. Bien que les usagers et les personnes proches aidantes ne participent pas nécessairement à la revue technique ou scientifique, leurs points de vue sur l'expérience de l'utilisateur qui reçoit des soins et services dictés par ces lignes directrices et ces protocoles sont utiles au processus de revue. Le processus de revue peut être effectué en collaboration avec les personnes proches aidantes.

7.2.10 Les équipes s'assurent que les renseignements sur les services de télésanté sont à la disposition de l'utilisateur et des personnes proches aidantes.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils



Les renseignements fournis aux usagers et aux personnes proches aidantes à propos des services de télésanté portent au minimum sur les éléments suivants:

- Portée des services de l'établissement;
- Coûts pour les usagers, le cas échéant;
- Comment accéder aux services;
- Qui a accès aux renseignements de l'utilisateur;
- Qui surveille les renseignements de l'utilisateur;
- Comment sont utilisés les renseignements de l'utilisateur;
- Quelles mesures sont en place pour protéger les renseignements de l'utilisateur;
- Qui peut modifier le processus de collecte de données;
- Qui a la propriété des renseignements de l'utilisateur;
- Informations de contact des personnes proches aidantes précisées dans le plan de soins et services individualisé;
- Efficacité et résultats des services;
- Autres services disponibles pour répondre aux besoins de l'utilisateur;
- Prise en compte de la façon dont les données pourraient être utilisées dans l'avenir;
- Établissements et organismes partenaires engagés dans les services de télésanté;
- Comment les rendez-vous liés aux services de télésanté sont organisés et à quoi s'attendre.

Pour les usagers qui ont de la difficulté à comprendre, les renseignements sur les services de télésanté sont fournis par des personnes-ressources. La défense des intérêts d'une personne consiste à parler au nom d'une autre personne. La personne-ressource désignée travaille alors en collaboration avec l'utilisateur pour l'aider à atteindre un bon niveau de compréhension. Les usagers et les établissements ou organismes partenaires participent au processus visant à déterminer quels renseignements sont nécessaires ou souhaités et à évaluer si les renseignements fournis répondent aux besoins de l'utilisateur.

7.2.11 Les équipes s'assurent que l'utilisateur est informé des différentes options liées à la prestation de soins et services offerts en mode télésanté.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils



Les autres options aux services de télésanté pourraient comprendre la visite en personne ou la consultation téléphonique avec un membre de la main-d'œuvre. Les usagers devraient s'attendre à recevoir la même qualité de soins et services, peu importe leur forme.

7.2.12 Les équipes s'assurent que les usagers et les personnes proches aidantes reçoivent des informations sur leurs droits et responsabilités lorsqu'ils ont recours aux services de télésanté.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La prestation des services de télésanté est soumise aux mêmes normes de soins que les autres services de santé. Les usagers ayant accès aux services de télésanté disposent entre autres des droits suivants, mais sans s'y limiter:

- Le droit de recevoir les soins et services;
- Le droit à la protection des renseignements personnels et à la confidentialité;
- Le droit de connaître la façon dont sont utilisés les renseignements de l'utilisateur;
- Le droit d'avoir accès à ses renseignements de santé personnels;
- Le droit d'être traités avec respect et empathie;
- Le respect des pratiques religieuses et des croyances spirituelles;
- Le droit de vivre avec des risques;
- Le droit de ne subir aucun abus, aucune exploitation et aucune discrimination;
- Le droit de refuser un service ou de refuser que certaines personnes participent à la prestation d'un service;
- Le droit de prendre part à tous les aspects d'un service et de faire des choix personnels;
- Le droit de demander à être accompagné d'une personne proche aidante ou d'un défenseur des droits des usagers pendant la prestation des services;
- Le droit de participer ou non à des projets de recherche ou à des essais cliniques;
- Le droit de recevoir des services sécuritaires offerts par des personnes compétentes;
- Le droit d'exprimer des inquiétudes au sujet de la qualité d'un service;
- Le droit de recevoir des soins et services dans une langue que l'on comprend ou d'avoir accès à un interprète.

Les informations sont fournies à l'accueil ou à l'admission au service, établies avec les usagers et les personnes proches aidantes et adaptées aux divers besoins comme la



langue, la culture, le niveau de scolarité, le style de vie et les déficiences physiques, intellectuelles ou un trouble du spectre de l'autisme. Si les informations ne peuvent être fournies à l'utilisateur et aux personnes proches aidantes à l'accueil, celles-ci seront offertes par la suite dans un délai opportun.

- 7.2.13 Les équipes s'assurent que les usagers sont informés de leur droit de cesser l'utilisation des services de télésanté à n'importe quel moment.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les usagers comprennent qu'ils ont le droit de cesser l'utilisation des services de télésanté et de choisir un plan de soins et services individualisé alternatif comme la visite en personne avec un membre de la main-d'œuvre.

- 7.2.14 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent qu'une procédure organisationnelle est en place afin de soutenir la continuité des soins et services lorsque l'utilisateur cesse l'utilisation des services de télésanté.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Un établissement qui s'engage à octroyer des soins et services au moyen des services de télésanté doit disposer d'une politique, d'un cadre de référence et d'un formulaire de consentement qui stipule les droits et les responsabilités des parties. Ces documents sont élaborés en collaboration avec les usagers et les personnes proches aidantes et diffusés à l'ensemble des parties prenantes. La politique doit préciser comment la continuité des soins et services sera assurée lorsque l'utilisateur désire cesser l'utilisation des services de télésanté.

Lorsqu'un usager informe le prestataire de service qu'il souhaite cesser l'utilisation des services de télésanté, des accommodements sont pris entre les parties afin de revenir au service en personne et assurer la continuité des soins et services.

- 7.2.15 Les équipes s'assurent que le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant d'offrir les services de télésanté.



Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le consentement éclairé consiste à revoir les informations à l'égard des services de télésanté avec l'utilisateur, les personnes proches aidantes ou son mandataire; à l'informer des possibilités qui s'offrent à lui et à lui laisser le temps de réfléchir et de poser des questions avant de lui demander son consentement; à respecter ses droits, sa culture et ses valeurs, y compris son droit de refuser de donner son consentement à tout moment; et à consigner sa décision dans son dossier. L'utilisateur est informé de l'endroit où sont consignées ses données, conformément aux lois de la province ou du territoire. Une procédure normalisée permet d'obtenir le consentement d'un usager au moment opportun. Le consentement est conforme à la norme de pratique des services de télésanté. Afin de donner son consentement éclairé, l'utilisateur doit être disposé à accepter le risque établi quant à la prestation d'un soin ou d'un service en mode télésanté. Le consentement peut être obtenu de manière verbale ou doit être consigné au dossier.

- 7.2.16 Les équipes s'assurent que l'accès à d'autres types de services est facilité si les soins et services virtuels ne répondent pas aux besoins d'un usager potentiel.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Lorsque l'établissement ne peut répondre aux besoins d'un usager, les raisons sont expliquées et l'accès à d'autres types de services est facilité. Les informations sont consignées en vue d'être utilisées lors de la planification des services.

- 7.2.17 Les équipes consignent les informations pertinentes des interactions de télésanté dans le dossier de l'utilisateur.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les renseignements sont conservés de façon sécuritaire dans le dossier de l'utilisateur, conformément à la réglementation de la province ou du territoire. Le processus de tenue de dossiers ou de consignation peut être mené à bien en partenariat avec l'utilisateur dans le cadre de ses soins et services ou l'accès au dossier peut être fourni par voie



électronique. Les usagers ont le droit de lire les renseignements consignés et d'émettre des commentaires. Les renseignements devraient être facilement accessibles pour assurer la continuité des soins et services.

- 7.2.18 Les équipes s'assurent que les renseignements pertinents concernant l'utilisateur sont recueillis comme requis lors du processus d'accueil au début des services de télésanté.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Ce processus peut être appelé admission, accueil, préadmission, évaluation ou début des services. Les renseignements sont validés et revus y compris la vérification des coordonnées de l'utilisateur (p. ex., adresse courriel, numéro de téléphone). Ils sont utilisés pour déterminer si les services offerts par l'établissement répondent aux besoins et aux préférences des usagers, pour identifier les besoins immédiats des usagers et pour établir les priorités en matière de services. Le processus d'accueil est adapté aux besoins des usagers et des personnes proches aidantes afin de répondre à différentes nécessités (p. ex., langue, culture, niveau de scolarité, style de vie et déficience physique, intellectuelle ou trouble du spectre de l'autisme).

- 7.2.19 Les équipes s'assurent que la planification de la transition de soins et services fait partie du plan de soins et services individualisé de l'utilisateur.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'inclusion de renseignements sur la planification de la transition dans le plan de soins et services individualisé permet d'améliorer la coordination entre les équipes ou les établissements et organismes partenaires et aide à préparer les usagers pour la fin des services. Les discussions à propos de la transition de l'utilisateur et du suivi après les soins et services de télésanté portent entre autres sur les besoins et les préférences de l'utilisateur et orientent l'élaboration du plan de soins et services individualisé de l'utilisateur. Les discussions entre l'équipe de soins et l'utilisateur peuvent entre autres porter sur le suivi après les soins et services, la capacité d'autogestion des soins, l'orientation vers des services de soutien communautaire ou d'autres difficultés et besoins anticipés.



7.2.20 Les équipes s'assurent que les services de suivi appropriés sont coordonnés en collaboration avec l'utilisateur, les autres équipes et les établissements.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Si, lors d'un service de télésanté, un suivi est jugé nécessaire, le type et la méthode de suivi appropriés sont établis. Cela comprend les responsabilités de l'équipe de soins, par exemple, le suivi des tests, l'orientation de l'utilisateur vers un établissement ou organisme partenaire, la définition de la fréquence des communications de suivi (et du moyen de communication) avec l'utilisateur ou pour lui rappeler un rendez-vous. Cela comprend aussi les responsabilités de l'utilisateur, comme assurer un suivi avec les autres membres de la main-d'œuvre, signaler une aggravation ou un changement des symptômes et prendre les médicaments selon les ordonnances. La responsabilité entourant les soins et services de l'utilisateur se poursuit jusqu'à ce que le service ait pris fin ou que l'utilisateur ait été transféré à une autre équipe, un autre service ou un autre établissement ou organisme. Les suivis établis lors d'un service de télésanté peuvent comprendre les soins primaires, les soins à domicile et les services offerts dans la communauté, la réadaptation en milieu communautaire, les services de consultation psychologique ainsi que des recommandations pour des soins continus. La collaboration visant à orienter adéquatement l'utilisateur permet de s'assurer que ce dernier reçoit les services les plus appropriés dans le milieu le plus approprié ainsi que de réduire au minimum les solutions temporaires ou les transferts inutiles. Afin de s'assurer que les usagers reçoivent des soins et services continus et ininterrompus, l'orientation et le suivi comprennent une procédure pour les cas où la transition ne se passe pas comme prévu.

7.2.21 Les équipes s'assurent que les usagers participent activement à la planification et à la préparation de la transition de soins et services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les usagers sont engagés dans la planification de la transition. L'équipe de soins, l'utilisateur et les personnes proches aidantes discutent du plan de soins et services individualisé, des objectifs et des préférences de l'utilisateur; des soins et services offerts; des questions cliniques ou autres; de ce à quoi s'attendre durant la transition; des rendez-vous de suivi; des plans d'exercice et d'alimentation, le cas échéant; des coordonnées des membres de l'équipe de soins et des détails quant aux situations qui exigent qu'ils



soient contactés; des moyens de communication pour les rejoindre. Les tournées, les changements de quart de travail, les transferts, l'admission ou l'inscription, ou le départ ou le congé d'un établissement, le transfert vers un autre prestataire de services de la communauté et la fin des services sont des exemples de moments clés de transition.

7.3 Offre de services en télésanté éthique et sécuritaire

7.3.1 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que l'ensemble des lois sur la sécurité, la protection de la vie privée, des règlements ainsi que des normes et codes internationaux applicables aux services de télésanté sont respectés.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Les services de télésanté doivent répondre aux normes de protection des renseignements personnels et aux protocoles d'échange de renseignements sur la santé (p. ex., les normes 62304, 82304 et 80001 de l'Organisation internationale de normalisation (ISO), qui visent précisément la sécurité des données sur la santé).

7.3.2 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les données probantes et les meilleures pratiques disponibles sont intégrées à la conception et à la prestation des services de télésanté.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les données probantes devraient orienter la façon dont les services de télésanté sont intégrés dans un plan de soins et services individualisé. Un équilibre entre les données probantes et l'innovation doit être établi en fonction des besoins de la population. L'établissement devrait mettre en place un processus d'évaluation des services de télésanté avant leurs déploiements. L'évaluation permettra d'identifier les points positifs et les enjeux après une période donnée et d'apporter des améliorations à la prestation du programme-services en fonction des résultats.

7.3.3 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent qu'une séance d'orientation officielle et intégrale sur les services de télésanté est offerte aux nouveaux membres de l'équipe de soins, aux usagers et aux personnes proches aidantes.



Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La participation aux séances d'orientation et de formation est consignée et conservée selon la procédure de l'établissement. Les séances d'orientations offertes comprennent au minimum les renseignements suivants:

- La mission, la vision et les valeurs de l'établissement;
- Le mandat, les buts et les objectifs de l'équipe de soins;
- La philosophie de l'approche de soins centrés sur la personne et leur mise en œuvre au sein de l'établissement, de même que les rôles, les responsabilités et les résultats attendus;
- Les lois sur la protection des renseignements personnels;
- L'utilisation appropriée des renseignements de l'utilisateur;
- Les compétences technologiques nécessaires pour œuvrer efficacement dans un environnement numérique et les formations disponibles le cas échéant;
- L'accès à distance aux renseignements des usagers;
- Les risques liés à l'utilisation de la technologie dans la prestation des services de télésanté;
- Les politiques et les procédures, y compris la confidentialité;
- Les initiatives de conciliation travail-famille;
- Les processus de gestion du temps d'indisponibilité du système;
- L'approche de l'établissement pour la gestion intégrée de la qualité (p. ex., l'amélioration continue de la qualité, la gestion du risque, la pertinence, l'utilisation efficiente des ressources).

7.3.4 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent qu'une entente écrite est élaborée, remplie et mise en œuvre entre l'établissement qui offre des services de télésanté hors site et l'établissement qui offre des soins et services directs à l'utilisateur dans le cadre des services de télésanté.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

L'établissement qui offre des services de télésanté hors site dispose d'un accord écrit avec l'établissement qui offre des soins et services directs à l'utilisateur dans le cadre des



services de télésanté. Le conseiller et la main-d'œuvre locale doivent s'entendre sur les rôles et responsabilités avant que les services de télésanté ne soient offerts. L'accord porte sur les éléments suivants:

- Le remboursement de la main-d'œuvre;
- La sécurité et la protection des renseignements sur la santé;
- L'obtention d'un consentement éclairé;
- La consignation de renseignements dans les dossiers de santé des usagers et l'archivage des données;
- La protection des droits de l'utilisateur par rapport aux renseignements personnels, à la confidentialité et à la qualité des soins et services;
- Les obligations et les responsabilités de chaque établissement;
- Le règlement des conflits;
- La préparation, la transmission et la réception des données.

Les directives pour les accords écrits peuvent s'inspirer des lois ou règlements provinciaux ou territoriaux applicables.

7.3.5 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les ententes à l'égard des services de télésanté sont définies et documentées avec l'ensemble des parties prenantes.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Les ententes de services précisent les attentes, les droits et les solutions concernant la performance de l'équipement utilisé pour les services de télésanté et des réseaux de télécommunication. L'entente de services doit être établie de façon à prendre en compte le point de vue des usagers quant à l'utilisation, à la responsabilité, à la sensibilité culturelle, aux préférences linguistiques, au contexte des priorités de l'utilisateur et aux attentes envers le service de télésanté. Les ententes de services devraient expliquer, de façon claire et adaptée à l'utilisateur, ce qui est permis, comment les services sont obtenus et qui peut y avoir accès. Les parties prenantes comprennent notamment les fournisseurs d'équipement de télésanté et les fournisseurs de services de télécommunication.

7.3.6 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent qu'un organigramme soutenant la prestation des services de télésanté est décrit et documenté.



Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Un organigramme bien défini permet de préciser les rôles et le niveau décisionnel de chacun au sein de l'établissement. La main-d'œuvre assurant la prestation des services de télésanté comprend à qui revient la responsabilité de ces services.

- 7.3.7 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que l'imputabilité quant aux services de télésanté est comprise par l'ensemble de la main-d'œuvre qui offre les services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Pour la main-d'œuvre qui assure les services de télésanté, l'imputabilité peut différer en fonction de la province ou du territoire de l'utilisateur ou de la main-d'œuvre (c.-à-d. en fonction du permis d'exercice de la main-d'œuvre à l'endroit où l'utilisateur reçoit les soins et services). Au moment d'assurer le suivi clinique d'un usager, les responsabilités de l'ensemble de la main-d'œuvre participante doivent être claires afin d'assurer la continuité des soins.

7.4 Documentation clinique lors d'une prestation de services par la télésanté

- 7.4.1 Les équipes s'assurent que les services de télésanté reçus par l'utilisateur sont intégrés au plan de soins et services individualisé.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Continuité des services** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les changements et les ajustements au plan de soins et services individualisé devraient être communiqués à l'équipe de soins en temps opportun.

- 7.4.2 Les gestionnaires de l'établissement identifient les éléments de la consultation qui devraient être consignés.



Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le document de conception des services de télésanté présente en détail comment consigner les renseignements d'une consultation de télésanté et quelle main-d'œuvre en assure la responsabilité. Les informations de la consultation ou autres services de télésanté et le consentement sont consignées dans le dossier de l'utilisateur.

7.4.3

Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les délais de consignation pour les consultations de télésanté sont inférieurs ou équivalents aux processus cliniques existants pour les consultations en personne de l'établissement.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les services de télésanté constituent une modalité complémentaire aux soins et services offerts en personne au sein de l'établissement. Il est donc assujéti aux mêmes normes de déontologies qui s'appliquent aux soins et services de santé offerts en personne et ainsi, doit respecter les mêmes règles inscrites aux politiques et procédures établies par l'établissement.

Les délais de consignation pour les services de télésanté font partie intégrante des procédures de mise à jour du dossier des usagers et doivent par conséquent, respecter les normes déontologiques des différents ordres et regroupements professionnels. Les outils utilisés, l'accès et l'organisation du travail dans le cadre des services de télésanté permettent à l'équipe de respecter ou dans certaines instances, réduire les délais de consignation à la suite de soins ou services offerts par cette modalité.

7.4.4

Les gestionnaires de l'établissement s'assurent de la mise en œuvre d'une procédure organisationnelle qui permet aux usagers et aux personnes proches aidantes autorisés d'accéder à leur dossier.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils



Les usagers et leurs personnes proches aidantes peuvent, le cas échéant, accéder aux renseignements de leur dossier. Quel que soit le processus ou le format du dossier (c.-à-d. en se rendant à l'établissement ou en faisant une demande pour un accès numérique), il devrait respecter la réglementation sur la protection des renseignements personnels de la province ou du territoire. L'accès au dossier par les usagers est facilité de manière proactive, conformément à la politique de l'établissement et aux lois en vigueur. Les procédures pour accéder aux dossiers sont centrées sur la personne et aident les usagers à accéder à leurs renseignements. Les usagers ont l'occasion de passer en revue les renseignements, de poser des questions et de fournir des commentaires.

7.4.5 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent qu'une procédure organisationnelle existe pour gérer l'octroi des accès de la main-d'œuvre aux dossiers des usagers.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La main-d'œuvre doit pouvoir accéder au dossier d'un usager en mode papier ou au moyen d'une connexion sécurisée à partir de n'importe quel ordinateur ou appareil mobile, par exemple, pour consulter les renseignements d'un usager en vue d'un rendez-vous en télésanté. L'accès papier et numérique à des renseignements de santé personnels doit respecter les lois de la province ou du territoire et les politiques organisationnelles applicables à la protection des renseignements personnels.



Chapitre 8: Programme de prévention et de contrôle des infections

Contexte

Les programmes de prévention et de contrôle des infections, lorsqu'ils sont bien conçus et appliqués de façon constante dans les milieux des soins de santé et des services sociaux, permettent d'assurer des soins et services sécuritaires et efficaces par la prévention et la réduction du risque de transmission de microorganismes et d'infections auprès des prestataires de soins et services, des usagers et des autres parties prenantes.

Le présent chapitre, fondé sur la norme HSO A4001:2018 *Prévention et contrôle des infections*, fournit un cadre de référence appuyé par des données probantes et les meilleures pratiques aux gestionnaires, aux comités interdisciplinaires et aux équipes cliniques des établissements publics pour leur permettre de planifier, de mettre en œuvre et d'évaluer un programme de prévention et contrôle des infections efficace. Le chapitre précise les outils d'aide à la décision clinique, les procédures organisationnelles et les pratiques de base nécessaires pour assurer le succès d'un programme.

Notons que les services de retraitement des dispositifs médicaux ne font pas l'objet d'une évaluation au sein de ce chapitre. Ces services sont abordés dans un chapitre distinct (voir le Chapitre 9).

8.1 Planifier et élaborer le programme de prévention et de contrôle des infections

8.1.1 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent qu'un programme de prévention et de contrôle des infections est en place.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Le cadre de référence de prévention et de contrôle des infections détermine les principaux éléments d'un programme de prévention et de contrôle des infections efficace. Il comporte des critères liés aux outils d'aide à la décision clinique pour les pratiques de base et les précautions additionnelles, un programme de formation, un plan



de surveillance et des activités d'évaluation continue. Le programme est basé sur l'offre de service et le portrait de l'état de santé populationnel en tenant compte des facteurs de risques. La Direction de santé publique rend disponibles les informations sur l'état de santé de la population de son territoire.

- 8.1.2 Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre une structure de gouvernance sous forme de comité interdisciplinaire ayant la responsabilité de l'élaboration du programme de prévention et de contrôle des infections.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

La prévention et le contrôle des infections est une approche collaborative qui interpelle des représentants de l'ensemble de l'établissement. Le comité interdisciplinaire peut être constitué de médecins, de personnel infirmier ainsi que de représentants des services de chirurgie, de microbiologie, du retraitement des dispositifs médicaux, des services de gestion de l'environnement, de la santé et sécurité au travail, des services de pharmacie, de la gestion des risques, de l'amélioration de la qualité, de la santé publique, des usagers et des personnes proches aidantes. Le comité peut être chargé en particulier de la prévention et du contrôle des infections ou compter ceux-ci parmi ses tâches. Ce comité peut assumer ses fonctions à l'échelle de l'établissement, d'une région ou du réseau de la santé et des services sociaux. Les rôles et les responsabilités de ce comité peuvent inclure l'élaboration d'outils d'aide à la décision clinique, de programmes de formation et d'activités d'évaluation. La structure de ce comité peut varier d'un établissement à l'autre. Divers sous-comités peuvent être établis pour aider le comité à assumer ses fonctions (stratégiques, tactiques et opérationnelles).

- 8.1.3 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que le programme de prévention et de contrôle des infections inclut un plan de surveillance qui respecte les exigences des plans d'action des différentes directions ministérielles.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Le plan de surveillance soutient les priorités organisationnelles, les enjeux épidémiologiques régionaux et permet d'évaluer la conformité aux pratiques en matière



de prévention et de contrôle des infections. Ce plan est en lien avec le plan d'action régional de santé publique et repose sur l'évaluation du programme basé sur l'atteinte des objectifs ainsi que l'amélioration continue de sa qualité et de son efficacité.

Le cadre de référence sur la prévention et le contrôle des infections décrit les principaux éléments d'un plan de surveillance. Il comporte des critères concernant le suivi et la déclaration des infections nosocomiales ainsi que la détection rapide des sources de transmission. Les résultats permettent de savoir comment réagir en cas de pandémie ou d'épidémie et d'apporter des améliorations au programme de prévention et de contrôle des infections, en investissant par exemple dans des ressources supplémentaires, en procédant à la mise à jour des outils d'aide à la décision clinique, de même qu'en revoyant les programmes de formation.

- 8.1.4 Le comité interdisciplinaire met à profit les connaissances qui découlent des données probantes et des meilleures pratiques afin d'élaborer le programme de prévention et de contrôle des infections.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Les données probantes et les meilleures pratiques peuvent être obtenues dans des publications, des présentations et des conférences.

- 8.1.5 Le comité interdisciplinaire assure le suivi des indicateurs de performance relatifs à la prévention et au contrôle des infections.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Les indicateurs de performance utilisées pour assurer le suivi sont déterminées en fonction des buts et des objectifs en matière de prévention et de contrôle des infections. Parmi les exemples d'indicateurs relatifs à la structure figurent le nombre de rencontres tenues par le comité interdisciplinaire chaque année ou le nombre de livrets d'information élaborés à l'intention des usagers qui contiennent des renseignements sur les infections nosocomiales. Les indicateurs relatifs au processus peuvent comprendre les taux de conformité aux mesures d'hygiène des mains ou les vérifications de la désinfection des surfaces. Les indicateurs de résultats peuvent inclure les taux d'infections nosocomiales.



- 8.1.6 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent de la disponibilité d'un médecin qualifié en prévention et en contrôle des infections pour conseiller et collaborer avec l'équipe de prévention et de contrôle des infections.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le médecin en prévention et en contrôle des infections travaille avec les professionnels en prévention et en contrôle des infections afin d'appuyer le programme en la matière. Il peut s'agir d'un médecin ayant de l'expérience en prévention et en contrôle des infections qui travaille sur place ou à contrat. L'implication d'un médecin qualifié est nécessaire à la réalisation du programme dans une optique d'arrimage avec les services cliniques et le corps médical.

- 8.1.7 Les gestionnaires de l'établissement assurent l'accès en temps opportun à un laboratoire de microbiologie qui fournit l'expertise nécessaire à l'établissement pour détecter les infections nosocomiales.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les laboratoires de microbiologie jouent un rôle croissant dans les activités de surveillance en prévention et en contrôle des infections, en détectant par exemple les infections rares ou nouvelles, en procédant au suivi des microorganismes résistants aux antibiotiques comme le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline ou l'entérocoque résistant à la vancomycine ou en détectant les éclosions. Le laboratoire de microbiologie aide l'établissement à détecter les infections nosocomiales en lui permettant d'accéder aux analyses de laboratoire au bon moment; cela permet notamment de lui communiquer rapidement les résultats d'analyse pour les infections à risques élevés, comme les infections à *Clostridioides difficile* (*C. difficile*).

- 8.1.8 Les gestionnaires de l'établissement disposent des profils de poste pour les membres de l'équipe de prévention et de contrôle des infections.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils



La composition de l'équipe de prévention et de contrôle des infections peut être déterminée en fonction de la taille de l'établissement et de l'offre de services dispensés dans celui-ci ainsi que les besoins des usagers. Les ressources nécessaires pour répondre à des activités non planifiées telles que des éclosions sont également prises en considération dans la composition de l'équipe. Dans certaines provinces ou certains territoires, le nombre de professionnels de la prévention et du contrôle des infections requis est précisé dans les règlements applicables. Les exigences relatives à la formation et à la certification des professionnels de la prévention et du contrôle des infections varient selon la province ou le territoire. Les professionnels de la prévention et du contrôle des infections possèdent les connaissances spécialisées et l'expérience nécessaires en administration de programme, de même qu'en surveillance, en épidémiologie et en analyse critique de la documentation.

8.1.9 L'équipe de prévention et de contrôle des infections collabore avec les programmes-services afin de limiter les risques d'infections croisées.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipe de prévention et de contrôle des infections participe aux activités suivantes afin de limiter les risques de transmission d'infections et de microorganismes.

- La planification et la conception de l'environnement physique.
- Le respect des conditions des systèmes de chauffage, de ventilation et de conditionnement d'air.
- Le maintien des processus entourant les services de buanderie et la gestion des déchets.
- La mise à jour des processus en lien avec la sélection et la manipulation de l'équipement, des dispositifs à usage unique et des instruments médicaux.
- La planification à l'échelle organisationnelle en cas d'éclosion, d'épidémie ou de pandémie.
- Le processus de sélection et d'évaluation des produits pour l'hygiène des mains, dont les solutions hydroalcooliques et les savons.

8.1.10 L'équipe de prévention et de contrôle des infections collabore avec ses partenaires externes afin d'assurer une continuité des pratiques en matière de prévention et de contrôle des infections tout au long de la trajectoire de soins de l'utilisateur.



Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Accent sur la population** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'ampleur des partenariats de l'établissement dépend de sa taille, de son mandat et de la portée des services qu'il offre. Les activités de prévention et de contrôle des infections portent sur la formation, les campagnes de promotion de l'hygiène des mains et les campagnes de sensibilisation. La collaboration avec les partenaires externes peut comprendre la gestion de projets conjoints, l'exercice de rôles et de responsabilités complémentaires dans la communauté, ainsi que la création de messages uniformes dans le cadre des formations et des communications.

- 8.1.11 L'équipe de prévention et de contrôle des infections et la Direction de santé publique collaborent étroitement et communiquent en temps opportun toute information pertinente ayant des impacts sur l'une ou l'autre de leurs offres de services.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Accent sur la population** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Certaines situations infectieuses survenant en communauté peuvent avoir des répercussions dans les établissements de santé et de services sociaux au même titre que certains incidents survenant dans les établissements peuvent impacter la communauté. Les renseignements qui sont communiqués et le format approprié pour le faire sont déterminés en fonction des données obtenues grâce au suivi des programmes de surveillance. Certaines infections nosocomiales doivent être déclarées à la Direction de santé publique régionale ou nationale.

8.2 Mettre en œuvre le programme de prévention et de contrôle des infections

- 8.2.1 L'équipe de prévention et de contrôle des infections est responsable de mettre en œuvre le programme de prévention et de contrôle des infections.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils



Les programmes de prévention et de contrôle des infections sont coordonnés par les membres de l'équipe qui possèdent des compétences et de l'expérience en prévention et en contrôle des infections, ainsi qu'en épidémiologie. L'équipe de prévention et de contrôle des infections se compose notamment de médecins (p. ex., médecins microbiologistes), de personnel infirmier, d'épidémiologistes, de représentants des usagers et des personnes proches aidantes, et des membres de l'équipe administrative. Elle peut également inclure d'autres personnes tels que le personnel du service de gestion de l'environnement et de l'amélioration de la qualité.

8.2.2 Le comité interdisciplinaire définit clairement les ressources nécessaires pour la mise en œuvre du programme de prévention et de contrôle des infections.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Les ressources nécessaires pour appuyer le programme de prévention et de contrôle des infections dépendent de la taille de l'établissement et des services qu'il offre. Dans certaines provinces ou certains territoires, les ressources nécessaires à la prévention et au contrôle des infections sont précisées dans les règlements et cadres de référence applicables. Les ressources peuvent être de nature humaine, matérielle, financière et informationnelle. La détermination des ressources nécessaires est un travail de collaboration qui exige la participation de diverses équipes de l'établissement. Elles renferment des critères concernant la présence d'un médecin qualifié en prévention et en contrôle des infections, d'un professionnel également qualifié dans ce domaine et d'un comité interdisciplinaire, afin de promouvoir le programme de prévention et de contrôle des infections, ainsi que l'accès à un laboratoire de microbiologie pour aider à obtenir l'information qui découle de la surveillance.

8.2.3 Les équipes ont accès à des outils d'aide à la décision clinique qui correspondent aux règlements applicables, aux données probantes, aux meilleures pratiques, ainsi qu'aux priorités organisationnelles.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les outils d'aide à la décision clinique devraient être clairs, concis et maintenus à jour. Ils portent, entre autres, sur des aspects concernant les pratiques en matière de l'hygiène des mains et l'hygiène et l'étiquette respiratoire, les précautions additionnelles, les



techniques aseptiques au cours des procédures invasives et de la manipulation de produits injectables, le port d'équipement de protection individuelle approprié à la tâche accomplie, la manipulation d'articles contaminés et la santé et sécurité au travail, comme les restrictions de travail. Les établissements consultent les usagers et les personnes proches aidantes lorsqu'ils élaborent des outils d'aide à la décision clinique, particulièrement ceux qui traitent de l'hygiène des mains.

8.2.4 Les équipes utilisent les outils d'aide à la décision clinique pour évaluer les activités à risques élevés.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

L'évaluation des risques se fait en collaboration avec les services de prévention et de contrôle des infections, ainsi qu'avec les services de santé et sécurité au travail et de gestion de l'environnement. Les activités à risques élevés comprennent, entre autres, les procédures médicales générant des aérosols, la prise en charge des déversements, la manipulation des échantillons et des objets pointus et tranchants, ainsi que l'exposition à des équipements médicaux souillés, et à des déchets contaminés.

8.2.5 Les équipes utilisent les outils d'aide à la décision clinique qui portent sur le recours à des techniques aseptiques pour la préparation, la manipulation et l'administration de substances stériles.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

L'équipe de prévention et de contrôle des infections participe à l'élaboration de processus pertinents en matière de gestion des médicaments, notamment le recours aux techniques aseptiques. Le respect des techniques aseptiques devrait être appliqué lors de procédures invasives, telles que l'insertion de cathéters centraux, la manipulation de dispositifs intraveineux, les procédures rachidiennes et les méthodes d'injection sécuritaires (y compris l'utilisation de fioles multidoses).

8.2.6 Les équipes ont accès à des outils d'aide à la décision clinique qui portent sur le nettoyage des équipements médicaux prêtés, partagés, consignés ou loués.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils



Si des équipements médicaux prêtés, partagés, consignés ou loués sont utilisés, des outils d'aide à la décision clinique sont établis pour traiter la question de leur transport et des mesures de prévention et de contrôle des infections.

8.2.7 Les équipes utilisent les outils d'aide à la décision clinique relatifs aux cadres de référence applicables en matière de gestion des produits alimentaires dans les environnements de soins.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

L'entreposage, la préparation et la manipulation appropriés de la nourriture sont essentiels dans la prévention des maladies infectieuses d'origine alimentaire. L'entreposage, la préparation et la manipulation de la nourriture font l'objet d'une surveillance même si la nourriture est préparée à partir de mélanges ou d'ingrédients précuisinés ou si elle est préparée à l'extérieur de la cuisine centrale ou de l'établissement. Lorsque les services d'alimentation sont offerts par un prestataire externe dans le cadre d'une entente contractuelle, un mécanisme permet de définir les attentes à l'égard du fournisseur contractuel en matière de prévention et de contrôle des infections et de vérifier la qualité des services fournis. Dans certaines provinces et certains territoires, les services alimentaires sont inspectés par la santé publique ou l'organisme gouvernemental responsable de l'agriculture et de l'alimentation. Tout aspect à améliorer cerné par ces organismes de réglementation fait l'objet d'un suivi.

8.2.8 Les équipes utilisent les outils d'aide à la décision clinique qui portent sur l'utilisation de l'équipement de protection individuelle approprié selon le résultat de l'évaluation du risque.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les outils d'aide à la décision clinique précisent quand utiliser l'équipement de protection individuelle, comment l'enfiler et l'enlever, de même que comment faire l'essai d'ajustement et le test d'étanchéité de l'appareil de protection respiratoire.

8.2.9 Les équipes s'assurent que l'équipement médical fait l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection de bas niveau afin de réduire au minimum la contamination croisée et d'atténuer le risque de transmission d'infections nosocomiales.

POR



Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Conseils du test de conformité 8.2.9.1:

Un nettoyage et une désinfection de bas niveau efficaces de l'équipement médical constituent un élément essentiel du programme de prévention et de contrôle des infections de l'établissement. Chaque type d'équipement médical nécessite des procédures particulières pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau sur une base régulière, lorsque cet équipement est visiblement souillé, et entre chaque utilisation.

Les gestionnaires de l'établissement fournissent aux équipes la procédure à jour pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical, ainsi que d'autres documents d'appui tels que les instructions du fabricant. La procédure et les documents sont disponibles sur au point d'utilisation et contiennent des conseils sur les étapes, les fournitures et les agents chimiques nécessaires pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de façon appropriée de l'équipement médical afin de soutenir les pratiques normalisées.

La procédure de l'établissement pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical comprend :

- les rôles et responsabilités de l'équipe des services internes et contractuels pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical;
- le type et la fréquence du nettoyage et de la désinfection de bas niveau requis pour l'équipement médical, classé en fonction du risque d'infection, du type de soins, comme les soins de courte durée, les soins de longue durée ou les soins à domicile, ou du milieu de service, comme l'imagerie diagnostique, le laboratoire ou le centre de réadaptation;
- les instructions précises pour l'équipement médical qui posent des difficultés quant au nettoyage et à la désinfection de bas niveau, y compris le démontage et le remontage;
- les étapes requises pour identifier, manipuler, transporter et entreposer l'équipement médical qui doit faire l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection de bas niveau;
- les étapes requises pour identifier, manipuler, transporter et entreposer l'équipement médical qui a fait l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection de bas niveau et qui est prêt à être réutilisé;
- les zones appropriées et les précautions requises pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical;



- l'entreposage, la préparation et l'utilisation appropriés des agents chimiques pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical;
- des évaluations périodiques de la conformité et des méthodes d'évaluation telles que l'observation visuelle ou l'utilisation de marqueurs fluorescents ou d'adénosine triphosphate (ATP).

Conseils du test de conformité 8.2.9.2:

Les gestionnaires de l'établissement déterminent les rôles et les responsabilités de l'équipe pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical. Cette équipe comprend les personnes sous contrat ainsi que celles qui pourraient être appelées à remplir ces rôles dans le cadre d'un plan de contingence.

Les membres de l'équipe sont conscients et responsables de l'exécution de leurs rôles et responsabilités, y compris ceux de la validation de la propreté de l'équipement médical, du signalement des anomalies et de la résolution des problèmes avec la personne ou le groupe approprié.

Les membres de l'équipe effectuent un travail de coordination et communiquent entre eux pour s'assurer que les étapes requises sont réalisées conformément à la procédure de l'établissement pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical. Par exemple, les membres de l'équipe identifient l'équipement médical qui nécessite un nettoyage et une désinfection de bas niveau à l'aide d'un indice visuel et le placent dans la zone appropriée afin que le nettoyage et la désinfection de bas niveau puissent être effectués par le membre de l'équipe responsable.

Les usagers et les personnes proches aidantes sont encouragés à poser des questions, à faire part de leurs préoccupations et à prendre part à des conversations sur la propreté de l'équipement médical.

Conseils du test de conformité 8.2.9.3:

Les équipes utilisent l'équipement et les fournitures qui conviennent, dans les zones appropriées, et prennent les précautions nécessaires lors du nettoyage et de la désinfection de bas niveau de l'équipement médical.

Les gestionnaires de l'établissement veillent à ce que les équipes aient accès à l'équipement et aux fournitures de nettoyage et de désinfection de bas niveau appropriés au point d'utilisation. Cela comprend les agents chimiques, le matériels requis pour la dilution des concentrés, et l'équipement de protection individuelle. En outre, les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les équipes ont accès aux zones appropriées pour effectuer le nettoyage et la désinfection de bas niveau, conformément à la procédure de l'établissement.



Les fournitures et l'équipement de nettoyage et de désinfection de bas niveau sont entreposés de manière appropriée, transportés en toute sécurité et éliminés conformément aux instructions du fabricant.

Conseils du test de conformité 8.2.9.4:

Les gestionnaires de l'établissement fournissent aux équipes une éducation et une formation comprenant des activités de sensibilisation au nettoyage et à la désinfection de bas niveau de l'équipement médical lors de l'orientation, de façon continue et lorsque les produits ou les procédures changent. Les établissements qui offrent des stages cliniques fournissent aux étudiants, aux résidents et aux boursiers l'éducation et la formation appropriées avant de prodiguer des soins.

Les équipes participent à l'éducation et à la formation pour s'assurer que l'équipement médical fait l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection de bas niveau efficaces, est entreposé de manière appropriée et est prêt à être réutilisé, conformément à la procédure de l'établissement.

L'éducation et la formation doivent être adaptées au public cible et au type de services proposés par l'établissement. L'éducation et la formation peuvent être dispensées virtuellement ou en personne et inclure un renforcement pratique ou une activité offerte par simulation.

Les exigences juridiques relatives aux matières dangereuses sur le lieu de travail doivent être suivies en fonction du Système général harmonisé de classification et d'étiquetage des produits chimiques (SGH).

Conseils du test de conformité 8.2.9.5:

Un plan d'amélioration de la qualité permet aux gestionnaires et aux équipes de l'établissement d'identifier ce qui va bien et ce qui doit être amélioré dans la prévention et la lutte contre les infections, y compris le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical.

Les indicateurs de suivi relatifs au nettoyage et à la désinfection de bas niveau de l'équipement médical sont identifiés. Les données relatives aux indicateurs sont recueillies régulièrement, partagées avec les équipes et utilisées pour éclairer les activités visant à améliorer le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical dans le cadre du plan d'amélioration de la qualité de la prévention et du contrôle des infections de l'établissement.

Le plan et les activités d'amélioration de la qualité sont éclairés par :



- le nombre d'incidents de sécurité des usagers signalés en lien avec le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical;
- les résultats des audits formels et des activités d'observation visant à évaluer l'observance des procédures organisationnelles de nettoyage et de désinfection de bas niveau de l'équipement médical, telles que les rondes pour s'assurer de l'identification et de l'entreposage appropriés de l'équipement médical propre et souillé;
- la rétroaction des équipes, y compris la rétroaction juste à temps, sur l'applicabilité de la procédure de l'établissement pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical;
- la rétroaction sur l'éducation et la formation dispensées par l'établissement sur le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical.

Test(s) de conformité

- 8.2.9.1 Les équipes suivent la procédure de l'établissement pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical.
- 8.2.9.2 Les équipes coordonnent les étapes pour s'assurer que l'équipement médical fait l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection bas niveau de façon efficace.
- 8.2.9.3 Les équipes utilisent des équipements et des fournitures de nettoyage et de désinfection de bas niveau appropriés dans une zone appropriée.
- 8.2.9.4 Les équipes participent à l'éducation et à la formation continues sur le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical.
- 8.2.9.5 Les équipes participent à des activités visant à améliorer le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical, dans le cadre du plan d'amélioration de la qualité de la prévention et du contrôle des infections de l'établissement.
- 8.2.10 Les gestionnaires de l'établissement assurent la conformité aux politiques et aux procédures sur la prévention et le contrôle des infections.



Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Le processus de vérification permet aux membres de l'équipe, aux bénévoles, aux usagers, aux personnes proches aidantes et aux visiteurs de fournir leurs commentaires et de signaler les cas de non-conformité aux politiques et aux procédures de prévention et de contrôle des infections. Des outils de vérification peuvent servir à évaluer la conformité aux politiques et aux procédures de prévention et de contrôle des infections.

- 8.2.11 Le comité interdisciplinaire met à jour le programme de prévention et de contrôle des infections en fonction des modifications apportées aux règlements, des données probantes et des meilleures pratiques applicables.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

- 8.2.12 Les gestionnaires de l'établissement préconisent une approche à multiples facettes pour promouvoir les activités de prévention et de contrôle des infections dans son programme de prévention et de contrôle des infections.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Une approche plus large est utilisée pour accroître la conformité aux pratiques de base et aux précautions additionnelles liées à la prévention et au contrôle des infections. Elle comprend, entre autres, des aide-mémoires affichés dans tout l'établissement, la tenue de séances de formation interactives, l'élaboration de vidéos promotionnelles, la tenue de campagnes de sensibilisation et les stratégies d'implantation.

- 8.2.13 Les équipes participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Par exemple, l'établissement peut mettre sur pied une ou plusieurs équipes de conception afin de cerner les stratégies visant à promouvoir la prévention et le contrôle des infections, et ce, en fonction des priorités organisationnelles.



- 8.2.14 Les gestionnaires de l'établissement assurent une approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections qui comprend de la formation adaptée aux priorités en la matière, aux services et aux différents profils d'utilisateurs.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Selon les rôles et les responsabilités en matière de prévention et de contrôle des infections, la formation peut traiter de sujets tels que les outils d'aide à la décision clinique de prévention et de contrôle des infections, les coordonnées des personnes responsables de ce programme, de même que les infections nosocomiales les plus courantes qui touchent l'établissement et les tendances en la matière. La formation permet aussi d'accéder à des ressources didactiques telles que des revues par le biais de comité de lecture, la technologie (p. ex., sur ordinateur ou par Internet), de même qu'à des liens vers des associations professionnelles relatives à la prévention et au contrôle des infections.

- 8.2.15 Les équipes participent au programme de formation sur la prévention et le contrôle des infections au moment de leur orientation et sur une base régulière selon leurs rôles et leurs responsabilités en la matière.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

L'établissement peut maintenir un système informatisé de gestion de l'apprentissage afin de colliger les présences aux séances de formation, déterminer la formation nécessaire pour assurer un suivi et cibler les personnes qui nécessitent une mise à jour.

- 8.2.16 Les équipes s'assurent que les utilisateurs, les personnes proches aidantes et les visiteurs reçoivent l'information nécessaire sur les pratiques de base et les précautions additionnelles, et ce, sous une forme facile à comprendre.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les utilisateurs, les personnes proches aidantes et les visiteurs contribuent grandement à la promotion de l'hygiène des mains. L'information fournie peut porter sur l'utilisation appropriée de l'équipement de protection individuelle ainsi que sur l'importance et la



pertinence de l'hygiène des mains et de l'hygiène et l'étiquette respiratoire. L'information est fournie verbalement et par écrit. Les documents écrits peuvent être offerts dans une variété de langues selon les publics cibles. Le style de présentation est facile à comprendre, et il peut inclure des repères visuels pour en améliorer la compréhension. Le matériel écrit peut comprendre des dépliants, des affiches ou des documents en format électronique, comme les téléviseurs qui se trouvent dans les chambres et les écrans dans les salles d'attente.

- 8.2.17 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les usagers, les personnes proches aidantes et les visiteurs ont accès à des ressources consacrées à l'hygiène des mains et à de l'équipement de protection individuelle selon le risque de transmission de microorganismes.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les ressources consacrées à l'hygiène des mains comprennent les installations réservées au lavage des mains et les solutions hydroalcooliques aux points de services.

- 8.2.18 Les équipes font une évaluation des usagers afin de déterminer s'il faut prendre des précautions additionnelles, selon l'évaluation du risque au point de service.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les membres de l'équipe sont formés pour déterminer si des précautions additionnelles sont nécessaires pour prévenir la transmission de microorganismes à l'intérieur de l'établissement. Les membres de l'équipe consultent les outils d'aide à la décision clinique applicables en matière de prévention et de contrôle des infections, et peuvent devoir faire appel au professionnel dans ce domaine pour réaliser l'évaluation des risques. Cette information est consignée dans le dossier clinique de l'utilisateur par le prestataire de services ou le professionnel de la prévention et du contrôle des infections, selon le cas. Il peut s'agir, par exemple, d'utiliser l'équipement de protection individuelle approprié, de placer l'utilisateur dans une chambre d'isolement pour infections transmises par voie aérienne et de demander à l'utilisateur d'utiliser une salle de bain privée.



- 8.2.19 Les équipes utilisent les outils d'aide à la décision clinique qui portent sur les pratiques en santé et sécurité au travail pour réduire le risque de transmission de microorganismes entre les personnes.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Ces outils d'aide à la décision clinique font partie du programme de santé et sécurité au travail de l'établissement, lesquels sont établis en fonction des risques d'infections nosocomiales. Ils renferment des critères concernant la politique d'embauche (comprenant le carnet de vaccination à jour et le dépistage de la tuberculose), la fourniture d'équipement de protection individuelle approprié aux tâches, la promotion de la sécurité en ce qui a trait aux aiguilles et aux objets tranchants, la prévention de l'exposition à des pathogènes transmis par le sang, et la détermination des restrictions de travail.

- 8.2.20 Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre une politique d'immunisation pour la main-d'œuvre.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

La politique d'immunisation est élaborée et adoptée pour procéder au dépistage auprès de la main-d'œuvre et leur offrir la vaccination. La vaccination s'avère un moyen efficace de prévenir la maladie. Les vaccins pouvant être administrés comprennent ceux contre les oreillons, la rougeole, la rubéole, le tétanos, la diphtérie, la coqueluche, la grippe et l'hépatite B, de même que le test de dépistage de la tuberculose. Dans certaines provinces ou certains territoires, des vaccins particuliers ou des preuves d'immunité sont exigés pour les membres de l'équipe qui travaillent dans le milieu des soins de courte durée. Dans certaines provinces ou certains territoires, l'établissement adopte la politique d'immunisation établie par l'instance gouvernementale.

- 8.2.21 Les gestionnaires de l'établissement disposent de procédures pour définir les restrictions de travail qui doivent être respectées par la main-d'œuvre et les bénévoles atteints d'une maladie.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils



Les restrictions peuvent inclure le fait de limiter les rôles et les responsabilités, ainsi que de porter l'équipement de protection individuelle de façon appropriée. Les infections transmissibles comprennent, par exemple, la conjonctivite virale aiguë, l'infection respiratoire aiguë, la gastroentérite accompagnée de vomissements ou de diarrhée, la varicelle, de même que les lésions cutanées ouvertes, infectées ou herpétiques aux mains.

8.2.22 Les équipes utilisent les outils d'aide à la décision clinique qui portent sur la manipulation du matériel biologique contaminé.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Il s'agit d'une approche collaborative entre les services de prévention et de contrôle des infections, les services de gestion de l'environnement et les services de santé et de sécurité au travail. La manipulation appropriée du matériel biologique permet de réduire au minimum les risques d'exposition à des microorganismes. La manipulation comprend la collecte, l'entreposage, le transport et l'élimination. L'équipement et les appareils utilisés sont considérés comme contaminés et susceptibles de provoquer une infection, et ils sont transportés de façon appropriée dans une zone réservée à leur décontamination ou à leur élimination. La définition de ce qu'est un matériel biologique et la façon de l'éliminer varient selon la province ou le territoire.

8.2.23 Les équipes utilisent les outils d'aide à la décision clinique qui portent sur l'élimination des objets pointus ou tranchants.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Les outils d'aide à la décision clinique portent sur l'élimination des objets pointus ou tranchants au point de service, dans des contenants appropriés qui sont étanches, inviolables et résistants aux perforations. Les objets pointus ou tranchants comprennent les aiguilles et les lames.

8.2.24 Les gestionnaires de l'établissement privilégient l'utilisation du matériel muni d'un dispositif sécuritaire pour les objets pointus ou tranchants.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**



Conseils

Les appareils munis d'un dispositif sécuritaire protègent les utilisateurs contre l'exposition à des substances biologiques dangereuses ou chimiques (p. ex., les pathogènes transmis par le sang et les médicaments cytotoxiques). Ils sont munis de mécanismes qui protègent les utilisateurs contre les blessures causées par un objet pointu ou tranchant (p. ex., les aiguilles qui se rétractent après utilisation).

- 8.2.25 Les équipes utilisent des outils d'aide à la décision clinique qui portent sur l'évaluation du risque de transmission de maladies à prion pour les services de neurochirurgie.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Ces outils d'aide à la décision clinique exigent notamment de réaliser une évaluation préopératoire pour les chirurgies à risques élevés et une autre pour les usagers à risques élevés, et de disposer : 1) d'une trousse d'instruments et de matériel d'intubation réservés à la neurochirurgie, à la neuroendoscopie et à l'orthopédie spinale à utiliser quand un diagnostic de la maladie de Creutzfeldt-Jakob est posé ou qu'on en suspecte l'existence avant la procédure; ou 2) d'un matériel jetable qui est mis en quarantaine immédiatement après la chirurgie et avant le retraitement jusqu'à ce que le diagnostic postopératoire de la maladie de Creutzfeldt-Jakob soit validé ou infirmé.

- 8.2.26 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent qu'une formation sur l'hygiène des mains est offerte aux équipes ainsi qu'aux personnes proches aidantes et aux bénévoles.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'hygiène des mains est essentielle pour l'efficacité des programmes de prévention et de contrôle des infections. Pourtant, les protocoles établis pour l'hygiène des mains ne sont souvent pas bien respectés. Il a été démontré que les coûts qui découlent des infections nosocomiales dépassent largement les coûts liés à la mise en œuvre et à la surveillance des programmes l'hygiène des mains.

La formation sur l'hygiène des mains est multimodale et porte sur l'importance de cette hygiène dans la prévention de la transmission des microorganismes, les facteurs qui influent sur les habitudes d'hygiène et les techniques appropriées de lavage des mains.



La formation comprend aussi des recommandations sur les circonstances où il est nécessaire de pratiquer l'hygiène des mains, selon les quatre moments où l'on doit se laver les mains, soit :

- 1) avant le contact initial avec l'utilisateur ou son environnement;
- 2) avant une procédure aseptique;
- 3) après un risque d'exposition à des liquides biologiques;
- 4) après un contact avec un usager ou son environnement.

Test(s) de conformité

8.2.26.1 Les équipes, les personnes proches aidantes et les bénévoles reçoivent une formation sur le protocole d'hygiène des mains.

8.2.27 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les membres de l'équipe ont accès à des solutions hydroalcooliques en tout temps au point de service.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le fait de placer des solutions hydroalcooliques au chevet de l'utilisateur ou de fournir de telles solutions en flacon aux membres de l'équipe leur rappelle de se désinfecter les mains avant de donner des soins. Les lignes directrices existantes sur l'hygiène des mains exigent que des solutions hydroalcooliques se trouvent dans un périmètre d'un mètre de l'endroit où les soins sont offerts. Toutefois, il arrive que les règlements relatifs aux incendies et d'autres considérations viennent limiter les endroits où placer ces solutions. La disponibilité du matériel et des fournitures d'hygiène des mains à l'endroit où les services sont offerts est vérifiée.

8.2.28 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les membres de l'équipe ont accès à des éviers réservés au lavage des mains.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'utilisation d'éviers réservés au lavage des mains contribue à prévenir la transmission de microorganismes. Ces éviers sont strictement réservés au lavage des mains et ne



devraient pas servir à autre chose, par exemple pour y jeter des liquides ou y nettoyer de l'équipement. Cette exigence devrait être prise en considération au moment de planifier des travaux de construction ou de rénovation.

8.2.29 Les équipes ont accès à des aide-mémoires sur les bonnes techniques d'hygiène des mains.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'endroit approprié où afficher les aide-mémoires est déterminé en fonction de l'évaluation des risques.

8.2.30 L'équipe de prévention et de contrôle des infections assure une évaluation périodique de la conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'hygiène des mains est considérée comme le moyen le plus important pour réduire les infections nosocomiales, mais les protocoles d'hygiène des mains ne sont pas souvent respectés. L'évaluation de la conformité aux pratiques d'hygiène des mains est effectuée en collaboration avec l'ensemble des gestionnaires de l'établissement. Elle permet à l'établissement d'améliorer la formation et le perfectionnement sur l'hygiène des mains, d'évaluer les ressources pour le lavage des mains et de comparer les moyens pris pour respecter les mesures d'hygiène des mains à l'intérieur de l'établissement. Des études ont montré que l'amélioration de la conformité aux consignes d'hygiène des mains réduit le nombre d'infections nosocomiales. L'observation directe (les audits) est la meilleure méthode pour évaluer la conformité aux pratiques d'hygiène des mains. L'observation directe consiste à observer et à noter le comportement des membres de l'équipe en ce qui a trait à l'hygiène des mains, en plus d'observer le milieu de travail. L'observation peut être faite par un observateur formé à cet effet au sein d'un établissement ou par les usagers et les personnes proches aidantes au sein d'un établissement ou dans la communauté, ou encore lorsque deux professionnels de la santé ou plus travaillent ensemble. Idéalement, l'observation directe permet d'évaluer la conformité pendant les quatre moments où l'on doit se laver les mains :

1) avant le contact initial avec l'utilisateur ou son environnement;



- 2) avant une procédure aseptique;
- 3) après un risque d'exposition à des liquides biologiques;
- 4) après un contact avec un usager ou son environnement.

L'observation directe devrait être utilisée par tous les établissements qui offrent leurs services dans un lieu fixe (c.-à-d., que ce sont les usagers qui viennent à eux). Les établissements qui offrent des soins et services à domicile aux usagers et qui considèrent qu'il s'avère impossible d'effectuer une observation directe peuvent envisager d'autres méthodes. Puisque ces méthodes ne sont pas aussi sûres que l'observation directe, elles devraient être combinées (deux ou plus) pour obtenir une idée plus exacte du taux de conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains.

Test(s) de conformité

- 8.2.30.1 La conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains est évaluée, prioritairement, en utilisant l'observation directe (audits). Les établissements qui offrent des soins et services à domicile aux usagers peuvent employer une combinaison de deux ou plusieurs autres méthodes, par exemple :
- faire en sorte que les membres de l'équipe notent eux-mêmes leur conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains (autovérification);
 - mesurer l'utilisation d'un produit;
 - inclure des questions dans les questionnaires de satisfaction des usagers pour demander si la main-d'œuvre se conforme aux pratiques d'hygiène des mains;
 - évaluer la qualité des techniques d'hygiène des mains (p. ex., en utilisant du gel ou de la lotion visible à la lumière UV).
- 8.2.30.2 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont communiqués aux membres de l'équipe, aux bénévoles, aux personnes proches aidantes et aux usagers.
- 8.2.30.3 Les résultats de l'évaluation de la conformité par rapport aux pratiques d'hygiène des mains sont utilisés pour apporter des améliorations à ces pratiques.



8.2.31 Les gestionnaires de l'établissement assurent la classification des zones de l'environnement physique en fonction du risque d'infection afin de définir le nettoyage et la désinfection requis (type et fréquence).

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Cette tâche peut être menée en collaboration avec les services de prévention et de contrôle des infections et les services de gestion de l'environnement. La réalisation d'une évaluation des risques de l'environnement physique permet de mettre en évidence les zones grises de l'établissement. L'environnement physique peut être divisé en plusieurs zones selon le risque de transmission de microorganismes. Les critères qui servent à déterminer ces zones peuvent comprendre le taux de circulation des usagers (p. ex., dans les salles d'attente et les ascenseurs et sur le matériel roulant), le type d'activités qui s'y tiennent (p. ex., cliniques ou administratives), le type d'usagers (p. ex., usagers ayant une maladie infectieuse ou un système immunitaire défaillant) et la probabilité d'exposition à des liquides biologiques (p. ex., en salle d'opération ou au laboratoire). Le nombre de membres de l'équipe des services de gestion de l'environnement requis est pris en considération en cas d'éclosion ou de sinistres. Une grille de stratification des risques peut être utilisée pour déterminer la fréquence de nettoyage.

8.2.32 Les équipes utilisent des outils d'aide à la décision clinique qui portent sur le nettoyage et la désinfection de l'environnement physique.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les activités de nettoyage s'appliquent à toutes les surfaces dans l'établissement; la priorité étant accordée aux surfaces fréquemment touchées dans les unités de soins (p. ex., les chambres d'usagers, les ridelles de lit et les salles de bain). Il y a également des pratiques en ce qui concerne le nettoyage des murs, des fenêtres et des plafonds; le ramassage des déchets; le nettoyage et la gestion rapides des déversements et le bon entretien des lieux en général. Les outils d'aide à la décision clinique portent également sur le nettoyage quotidien et final des pièces qui font l'objet de précautions additionnelles (p. ex., après le congé ou le transfert d'un usager) ainsi que sur l'utilisation de l'équipement de protection individuelle. La consignation des activités de nettoyage comprend la date et l'heure, le nom du membre de l'équipe et les détergents ou désinfectants utilisés.



Ces outils traitent également des rôles et responsabilités des différentes personnes qui s'occupent du nettoyage et de la désinfection de l'environnement physique, par exemple les membres de l'équipe des services de gestion de l'environnement. Cela comprend l'affectation de membres de l'équipe au nettoyage et à la désinfection des zones grises de l'environnement physique, qui ont été mises en évidence. Les rôles et les responsabilités d'autres membres de l'équipe et des bénévoles sont également précisés, surtout en ce qui concerne la vérification de la propreté de l'environnement physique et le signalement des problèmes à la personne ou au groupe concerné.

- 8.2.33 L'équipe de prévention et de contrôle des infections assure une évaluation périodique de la conformité aux pratiques de nettoyage et de désinfection de l'environnement physique.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:
Attestation

Conseils

Cette tâche peut se faire à l'aide de sondages auprès des usagers et de l'équipe, d'examen visuels et de vérifications aléatoires de la propreté de l'environnement physique. L'information est consignée et les résultats de cette évaluation sont examinés afin de cerner les points à améliorer, en tenant compte des commentaires des membres de l'équipe.

- 8.2.34 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que lorsque les services de nettoyage sont confiés à des prestataires externes, une entente contractuelle est conclue et maintenue avec chacun des prestataires, lesquels sont tenus de fournir en tout temps des services de qualité et de respecter les guides de pratique reconnus.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation:
Attestation

Conseils

Un mécanisme de validation de la qualité des services est en place. Par exemple, des copies de rapports ou tout autre document qui rendent compte de la surveillance de la qualité des services fournis par le prestataire externe sont examinés.

8.3 Évaluer l'impact du programme de prévention et de contrôle des infections



- 8.3.1 Les gestionnaires de l'établissement rendent disponibles aux équipes les outils d'aide à la décision clinique pour prévenir et contrôler la transmission des microorganismes en adoptant des pratiques de base pour tous les usagers et en prenant des précautions additionnelles dans certaines situations.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Les précautions additionnelles peuvent comprendre le recours à une chambre individuelle, à des installations d'isolement ou à une chambre d'isolement pour infections transmises par voie aérienne. Les autres mesures comprennent la vaccination, le dépistage, l'analyse et le traitement précoces, ainsi que les protocoles appliqués après l'exposition. Les outils d'aide à la décision clinique visant à contrôler et à prévenir la transmission des microorganismes s'appliquent à toutes les personnes exposées à un risque, ce qui inclut les usagers, les personnes proches aidantes, les visiteurs, les membres de l'équipe et les bénévoles.

- 8.3.2 L'équipe de prévention et de contrôle des infections assure un suivi étroit des infections nosocomiales.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'information recueillie est analysée pour détecter rapidement les cas d'infections nosocomiales, les tendances et les situations de transmission. Cette information est disponible à l'ensemble de l'établissement.

Les infections nosocomiales les plus courantes dans les services de l'établissement et au sein de ses populations d'usagers sont déterminées et font l'objet d'une surveillance. Il peut s'agir d'infections à *Clostridioides difficile* (*C. difficile*), d'infections du site opératoire, de l'influenza saisonnière, d'infections à norovirus ou d'infections des voies urinaires, ainsi que d'autres maladies et de microorganismes résistants aux antibiotiques ou à déclaration obligatoire. Les méthodes de suivi des infections nosocomiales peuvent porter sur une infection ou un secteur de services en particulier ou peuvent être appliquées à l'échelle de l'établissement ou du réseau de la santé et des services sociaux. Elles peuvent comprendre des techniques d'analyse des données pour aider à détecter les éclosions non dépistées auparavant. Le suivi peut notamment porter sur la fréquence des cas et les changements dans la fréquence sur une période donnée, les taux de morbidité et de mortalité associés aux infections et les coûts qui s'y rattachent. Les équipes bien informées des taux d'infections nosocomiales sont mieux



préparées pour prévenir et gérer les infections. Le rôle ou le poste des personnes qui sont responsables de recevoir l'information relative aux taux d'infections nosocomiales est déterminé et un plan est établi pour diffuser l'information régulièrement (p. ex., en produisant des rapports trimestriels à l'intention des services). En plus des membres de l'équipe, l'instance de gouvernance doit aussi être tenue au courant des taux d'infections nosocomiales et des autres questions liées à la prévention et au contrôle des infections. Cela peut relever directement de la haute direction ou d'un comité médical consultatif.

Test(s) de conformité

- 8.3.2.1 Les infections nosocomiales font l'objet d'un suivi.
- 8.3.2.2 Les cas d'infection nosocomiale, les tendances et les situations de transmission sont analysés et des recommandations sont émises afin d'éviter qu'elles surviennent de nouveau.
- 8.3.2.3 L'information sur les infections nosocomiales et les recommandations découlant de l'analyse des éclosions sont communiquées aux membres de l'équipe, à la haute direction et à l'instance de gouvernance, lorsque pertinentes.
- 8.3.2.4 L'information sur les éclosions est communiquée aux usagers, aux personnes proches aidantes, aux partenaires, aux autres établissements et à la communauté lorsqu'il est approprié de le faire.

- 8.3.3 Les gestionnaires de l'établissement désignent les personnes responsables pour donner suite à l'information reçue relative aux cas d'infections nosocomiales soupçonnées ou confirmées.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Les membres de l'équipe, les usagers et les personnes proches aidantes, ainsi que les bénévoles savent à qui ils doivent signaler les problèmes relatifs à la prévention et au contrôle des infections.



8.3.4 L'équipe de prévention et de contrôle des infections utilise les définitions normalisées et des techniques statistiques reconnues pour la collecte d'informations sur les infections nosocomiales.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:
Attestation

Conseils

Il existe des définitions normalisées pour plusieurs infections afin de faciliter les analyses comparatives. Les techniques statistiques peuvent comprendre des principes d'épidémiologie pour déterminer les populations à risque, détecter les éclosions et analyser les tendances et les facteurs de risque.

8.3.5 L'équipe de prévention et de contrôle des infections réalise une enquête épidémiologique pour chacune des infections nosocomiales recensées.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les méthodes d'enquête peuvent inclure une analyse épidémiologique, une analyse des causes profondes ou une analyse statistique. Le processus d'enquête comprend la détermination des agents ou microorganismes infectieux à risques élevés ou qui sont susceptibles de devenir problématiques et qui exigent une attention ou une expérience particulière (p. ex., les microorganismes résistants aux antibiotiques, transmis par voie aérienne ou qui sont fortement contagieux).

8.3.6 Le comité interdisciplinaire dispose des résultats des enquêtes épidémiologiques pour améliorer les outils d'aide à la décision clinique ainsi que pour empêcher que les infections nosocomiales ne surviennent de nouveau.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:
Attestation

8.3.7 Les équipes utilisent les outils d'aide à la décision clinique qui portent sur les pratiques pour détecter les éclosions et mettre en place les mesures qui s'imposent.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils



Les outils d'aide à la décision clinique portent sur les moyens de détecter une éclosion, de déterminer sa cause (y compris si elle provient d'aliments contaminés), de recueillir des données ou des échantillons pour trouver d'autres cas, ainsi que de contenir une éclosion dès qu'elle est détectée.

8.3.8 Les équipes utilisent les outils d'aide à la décision clinique qui portent sur l'application des mesures de gestion des éclosions.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

8.3.9 Les gestionnaires de l'établissement collaborent avec ses partenaires tels que les équipes de prévention et de contrôle des infections, de santé publique ou de santé et sécurité des travailleurs, pour définir les éclosions en fonction des personnes, et des endroits et des moments où elles ont lieu.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

En se servant de la méthode basée sur les variables « personne », « lieu » et « moment », il est possible de caractériser l'éclosion et de fournir à l'établissement des indices quant aux stratégies à adopter pour contrôler les infections nosocomiales. Une description de la « personne » aide à déterminer la population susceptible de contracter une infection. Les données démographiques et autres caractéristiques de l'utilisateur, comme l'âge, la maladie sous-jacente, les possibilités d'avoir été exposées à des microorganismes et les risques qui se rattachent à une procédure ou à un traitement telle une chirurgie sont évalués. La description du « lieu », c.-à-d. le service, l'unité ou l'endroit où est survenue l'éclosion, aide l'établissement à comprendre si celle-ci est localisée ou si elle est susceptible de toucher l'ensemble de l'établissement ou de la communauté. La description du « moment » sous-entend qu'on définisse la période exacte de l'éclosion, de l'apparition du premier cas ou des premières indications, et qu'on trace la courbe épidémique. On établit ce moment en fonction du diagnostic et de la période probable d'exposition. Cela aide à déterminer si l'éclosion provient d'une seule (d'une même) source ou d'une source en prolifération (source continue ou de transmission d'une personne à l'autre).

8.3.10 Les équipes utilisent les outils d'aide à la décision clinique qui portent sur la façon de gérer les microorganismes qui sont émergents, rares ou problématiques, y compris les microorganismes résistants aux antibiotiques.



Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Les processus qui permettent de gérer les microorganismes qui sont émergents, rares ou problématiques peuvent comprendre l'échange d'information avec des partenaires, d'autres établissements et la communauté.

- 8.3.11 Les gestionnaires de l'établissement identifient les rôles et les responsabilités des membres de l'équipe responsables de la gestion des éclosions.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Les personnes responsables de communiquer l'information relative aux éclosions et de produire des rapports connexes ont été désignées. L'information est diffusée aux usagers et aux personnes proches aidantes, aux membres de l'équipe, aux partenaires, aux autres établissements (y compris aux établissements de santé publique) et à la communauté. Après une éclosion, un rapport sommaire comprenant des renseignements généraux, les détails de l'enquête, les résultats et les recommandations est mis à la disposition des partenaires, des autres établissements et de la communauté lorsque pertinent.

- 8.3.12 Le comité interdisciplinaire dispose d'un plan d'évaluation pour le programme de prévention et de contrôle des infections.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

L'évaluation du programme de prévention et de contrôle des infections repose sur la pertinence des activités, le fonctionnement général du programme, les résultats ainsi que l'impact de ce dernier sur l'établissement. Le programme comporte des indicateurs sur lesquels repose l'évaluation. Ces derniers font l'objet d'une révision annuelle.

- 8.3.13 Le comité interdisciplinaire recueille des commentaires sur le programme de prévention et de contrôle des infections auprès des équipes dans le cadre de l'évaluation de ce programme.



Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Cette consultation peut se faire au moyen de sondages, de groupes de discussion, d'entretiens ou de séances.

8.3.14 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent qu'il existe un plan d'amélioration de la qualité pour le programme de prévention et de contrôle des infections.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Le cadre de référence de prévention et de contrôle des infections décrit les principales sources d'évaluation du programme de prévention et de contrôle des infections. Il comporte des critères concernant le fait d'avoir un plan de surveillance pour évaluer l'incidence des stratégies de réduction des risques sur les taux d'infections nosocomiales, l'évaluation de la conformité aux outils d'aide à la décision clinique de prévention et de contrôle des infections (dont celles sur l'hygiène des mains), le nettoyage et la désinfection de l'environnement physique, l'évaluation du programme de formation en prévention et en contrôle des infections, la consultation des membres de l'équipe ainsi que des usagers et des personnes proches aidantes au sujet du programme de prévention et de contrôle des infections et le suivi des mesures de processus et de résultats.

8.3.15 Le comité interdisciplinaire utilise les résultats de l'évaluation du programme de prévention et de contrôle des infections pour informer le plan d'amélioration de la qualité.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

8.3.16 Les gestionnaires de l'établissement fournissent les ressources nécessaires pour soutenir les activités d'amélioration de la qualité liées à la prévention et au contrôle des infections.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**



Conseils

Parmi les ressources pouvant soutenir les activités d'amélioration de la qualité de la prévention et du contrôle des infections, on peut citer la désignation des membres de l'équipe et la création de possibilités de formation en amélioration de la qualité.

- 8.3.17 Le comité interdisciplinaire s'assure que les résultats d'évaluation sont communiqués aux membres de l'équipe, aux bénévoles, aux usagers et aux personnes proches aidantes.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La communication des résultats des évaluations et des améliorations aide les membres de l'équipe et les bénévoles à se familiariser avec le concept et les avantages de l'amélioration de la qualité. Cela permet aussi de sensibiliser davantage les usagers et les personnes proches aidantes au sujet de l'engagement de l'établissement à l'égard de l'amélioration continue de la qualité.



Chapitre 9: Services de retraitement des dispositifs médicaux

Contexte

Les services de retraitement des dispositifs médicaux englobent le nettoyage, la désinfection, la vérification, la stérilisation et l'entreposage de ces dispositifs en vue de leur réutilisation. Sur le plan de la sécurité et de l'efficacité, il est préférable pour un établissement de centraliser ses activités de retraitement plutôt que de les réaliser à divers endroits au sein de l'établissement ou au sein d'un service externe. Un service externe de retraitement doit se conformer aux mêmes normes, politiques, procédures et directives des fabricants qu'un service centralisé de retraitement.

Le présent chapitre, fondé sur la norme HSO A11011:2018 *Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables*, évalue et guide, dans une perspective d'amélioration continue, les gestionnaires et les équipes dans l'offre des services de retraitement au sein des établissements publics. Ce chapitre précise les exigences en lien avec le retraitement, la distribution et le transport des dispositifs médicaux, dont les articles critiques, semi-critiques et non critiques, et en y incluant, notamment, les dispositifs endoscopiques flexibles.

Pour obtenir de plus amples informations, on encourage l'établissement à consulter la norme applicable du groupe CSA.

9.1 Investir dans des services de qualité

- 9.1.1 Les gestionnaires de l'établissement nomment une personne responsable de la supervision de la qualité et de la coordination de tous les services de retraitement des dispositifs médicaux de l'établissement, ce qui inclut le retraitement effectué en site satellite.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Le membre de l'équipe désigné possède les connaissances, la formation officielle en retraitement des dispositifs médicaux ainsi que les compétences nécessaires pour bien



comprendre les principales problématiques en lien avec les services de retraitement. La hiérarchie des responsabilités relatives au retraitement des dispositifs médicaux est clairement énoncée par écrit. La personne désignée relève directement de la haute direction de l'établissement ou de la direction générale. Dans les cas où l'établissement compte plusieurs installations, la personne désignée est responsable de toutes les activités de retraitement des dispositifs médicaux pour ces différents endroits.

- 9.1.2 Les gestionnaires de l'établissement recueillent annuellement l'information sur les services de retraitement des dispositifs médicaux offerts et celle sur leur utilisation par les différents secteurs de l'établissement.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

L'information sert à déterminer la gamme de services de retraitement des dispositifs médicaux et la façon dont ils sont dispensés. Le niveau d'utilisation des services est analysé pour déterminer quels services de retraitement seront offerts par le service de retraitement des dispositifs médicaux; c'est-à-dire à l'unité centralisée, dans un site satellite ou au point d'utilisation. Dans certaines situations, ces services seront offerts dans le cadre d'une entente contractuelle avec un fournisseur externe.

L'information peut être recueillie auprès de services tels que le bloc opératoire, les aires de soins ambulatoires, les salles d'accouchement, les services d'imagerie diagnostique, les secteurs où l'on utilise des dispositifs endoscopiques, y compris tous les endroits où l'on procède au retraitement de dispositifs médicaux (nettoyage, désinfection et stérilisation).

- 9.1.3 Les gestionnaires de l'établissement fournissent les ressources nécessaires pour répondre aux besoins des services de retraitement des dispositifs médicaux.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

La détermination des ressources nécessaires (en équipements, en matériel, en ressources humaines et sur le plan financier) et leur utilisation judicieuse sont un processus collaboratif entre l'équipe et les gestionnaires de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux et de l'organisation. Cela comprend des critères pour déterminer où les ressources sont requises et quels sont les risques pour l'équipe et les usagers, les



lacunes possibles sur le plan des services, l'encombrement potentiel des services ou les obstacles éventuels à la prestation des services de retraitement des dispositifs médicaux ou à leur accès. Dans la mesure du possible, des technologies de l'information novatrices servent à soutenir le secteur de services de retraitement des dispositifs médicaux.

- 9.1.4 Les gestionnaires de l'établissement gèrent l'inventaire des équipements et appareils de retraitement utilisés au service de retraitement des dispositifs médicaux en fonction des besoins.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:
Attestation

Conseils

Un processus est en place pour approuver l'achat de nouveaux équipements et appareils de retraitement des dispositifs médicaux en fonction du niveau d'utilisation des services et des exigences relatives à l'entretien, au nettoyage ainsi qu'au contrôle et à la prévention des infections. Les besoins de la main-d'œuvre qui effectue le retraitement des dispositifs médicaux, des services utilisateurs des dispositifs médicaux, des spécialistes en prévention et contrôle des infections, en santé et sécurité au travail et en génie biomédical sont pris en compte dans les activités de gestion de l'inventaire. Cela doit être réévalué dès que la demande des services utilisateurs augmente compte tenu des interventions médicales planifiées. Un processus de concertation continue avec les responsables de la planification des interventions médicales devrait donc être en place.

- 9.1.5 Les gestionnaires de l'établissement maintiennent à jour une entente contractuelle avec les fournisseurs de services externes.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:
Attestation

Conseils

L'entente énonce que les fournisseurs de services contractuels respectent les cadres de référence approuvés et que les services de retraitement des dispositifs médicaux dispensés sont de qualité, et ce, dans les espaces qui respectent les exigences sur qualité de l'air et de l'eau. Les gestionnaires évaluent régulièrement les ententes écrites avec les fournisseurs externes pour assurer le respect des exigences. L'évaluation peut comprendre, la surveillance quotidienne des imprimés d'enregistrement ou des dossiers électroniques, la tenue de dossiers pour chaque cycle de stérilisation et la présence d'un processus de déclaration des problèmes relatifs aux dispositifs médicaux retraités (p.



ex., des emballages défectueux ou la réception d'équipement ou de dispositifs médicaux souillés).

9.2 Disposer d'une main-d'oeuvre compétente et proactive

9.2.1 Les gestionnaires de l'établissement vérifient les qualifications et les compétences appropriées au sein de l'équipe afin de favoriser une prestation de services de qualité.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Efficiencia** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

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

Les ratios optimaux d'expérience et de compétence sont déterminés en fonction du niveau d'utilisation des services et des types d'équipement et de dispositifs médicaux retraités dans l'établissement.

9.2.2 Les gestionnaires de l'établissement, en collaboration avec les ressources humaines, disposent des profils de postes définissant les rôles, les responsabilités et les champs de compétences pour tous les postes au sein de l'équipe.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Les profils de postes comprennent une description sommaire du poste, les compétences requises et les exigences minimales, la nature et la portée des tâches et les liens hiérarchiques. Les qualifications sont définies pour tous les membres de l'équipe, y compris la main-d'œuvre non réglementée.

La clarté des rôles et un milieu de travail positif sont essentiels pour favoriser un travail d'équipe efficace et une mise à profit des compétences de chaque membre de l'équipe.



9.2.3 Les gestionnaires de l'établissement confirment les qualifications, les exigences et les compétences de la main-d'œuvre.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les exigences peuvent varier pour différents rôles dans l'établissement, y compris pour la main-d'œuvre réglementée ou non réglementée.

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

Les services sont offerts conformément aux champs de compétence reconnus. La main-d'œuvre possède la formation et les capacités requises pour utiliser l'équipement, les dispositifs médicaux et les fournitures de manière sécuritaire.

9.2.4 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les nouveaux membres de l'équipe reçoivent une orientation de l'établissement et une formation approfondie sur l'offre des services de retraitement des dispositifs médicaux.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'orientation est offerte en collaboration avec les gestionnaires et porte sur la mission, la vision et les valeurs de l'établissement. Le mandat, les buts et les objectifs de la main-d'œuvre intervenant dans le retraitement des dispositifs médicaux, les rôles, les responsabilités et les attentes en matière de rendement de la main-d'œuvre ainsi que les politiques et procédures de l'établissement et de la direction, incluant le respect de la vie privée, les initiatives visant l'équilibre vie-travail, ainsi que la mise en pratique de la philosophie de soins centrés sur l'utilisateur, sont également présentées dans cette orientation. La formation traite des principes de base de la microbiologie, par exemple des bases de la prolifération microbienne liées aux dispositifs médicaux et des risques de transmission de microorganismes, l'utilisation sécuritaire des équipements et



appareils de retraitement, des dispositifs et des fournitures de retraitement pendant la prestation des soins et services sont fournis à toute la main-d'œuvre intervenant dans le retraitement des dispositifs médicaux.

L'orientation fournit aussi de l'information sur le SIMDUT (Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail), y compris : les identificateurs de produits considérés comme matières dangereuses en milieu de travail; l'information qui figure sur les étiquettes et sur les fiches signalétiques des matières; les procédures d'entreposage, d'utilisation, de manutention et d'élimination sécuritaires des matières dangereuses; l'emplacement des conduits, des soupapes, des boutons de contrôle et des appareils de sécurité; les procédures à suivre en cas d'urgence et de sinistres.

Les activités d'orientation et de formation sont documentées.

9.2.5 Les gestionnaires de l'établissement préparent la main-d'œuvre à exercer les fonctions nécessaires grâce à une formation effectuée dans un programme spécialisé en retraitement des dispositifs médicaux et qui est reconnu dans le milieu de la santé.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Le programme structuré de formation particulière au retraitement des dispositifs médicaux comprend, entre autres, les éléments suivants:

- Les principes de base des dispositifs médicaux;
- La description détaillée des dispositifs médicaux à retraiter;
- La description du fonctionnement des appareils utilisés;
- La description des étapes du retraitement des dispositifs médicaux et le raisonnement qui sous-tend chacune d'elles;
- Les risques biologiques liés au processus de retraitement des dispositifs médicaux et mesures à prendre pour les contrer;
- Les risques chimiques associés aux solutions désinfectantes utilisées et mesures à prendre pour les contrer;
- Les éléments de vérification de la qualité.

9.2.6 Les gestionnaires de l'établissement offrent de la formation continue, et des possibilités de perfectionnement et de développement professionnels à toute la main-d'œuvre intervenant dans le retraitement des dispositifs médicaux.



Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

La main-d'œuvre intervenant dans le retraitement des dispositifs médicaux est encouragée à profiter régulièrement des possibilités de perfectionnement professionnel ou de développement des compétences. Ces possibilités assurent le maintien des compétences et des habiletés. Des séances supplémentaires de formation ou de perfectionnement sont offertes en fonction des titres d'emploi et de l'évaluation du rendement des membres de l'équipe ou des plans de perfectionnement établis ainsi qu'à la suite d'un incident lié à la sécurité survenu dans le cadre des activités de retraitement.

La formation et le perfectionnement sur la culture et la sécurisation culturelle sont offerts afin d'acquérir les compétences, connaissances et attitudes requises pour offrir des services à des populations de diverses cultures, de façon sécuritaire et efficace.

9.2.7

Les gestionnaires de l'établissement déterminent et évaluent la charge de travail et l'organisation des tâches de la main-d'œuvre de façon à assurer la sécurité et le bien-être de l'équipe.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Des critères pertinents sont utilisés pour déterminer la charge de travail en fonction du milieu et des besoins particuliers des différents secteurs de services (p. ex., heures de travail, volume de dispositifs médicaux à retraiter, nombre d'interventions médicales, complexité du rôle, complexité des dispositifs médicaux, exigences physiques et émotionnelles, nature répétitive des tâches et niveau de responsabilité). Un processus de coordination est en place avec les services utilisateurs des dispositifs médicaux pour être informé à l'avance et s'adapter dès que le nombre d'interventions médicales planifiées augmente. Les préférences et la disponibilité de la main-d'œuvre sont aussi prises en compte. Dans certains cas, les équipes peuvent établir une charge de travail maximale pour leurs membres. L'organisation des tâches fait référence à la façon d'organiser un groupe de tâches ou une même tâche. L'organisation des tâches comprend tous les facteurs qui ont une incidence sur le travail, dont leur rotation, les pauses et les heures de travail. La rétroaction des parties prenantes est prise en considération dans l'organisation des tâches.



Les évaluations de l'ergonomie de même que la santé et la sécurité au travail comprennent notamment l'ajustement de la hauteur des éviers, la configuration des aires de travail et les tapis anti-fatigue.

9.2.8 Les gestionnaires de l'établissement offrent une reconnaissance à la main-d'œuvre pour leurs contributions.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

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

La reconnaissance peut être officielle ou non, verbale ou écrite, ou encore, elle peut mettre l'accent sur la promotion d'un climat de travail au sein duquel la main-d'œuvre se sent appréciée pour ses contributions.

9.2.9 L'équipe respecte les procédures organisationnelles de prévention et de contrôle des infections, notamment celles en lien avec les techniques d'hygiène des mains.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'hygiène des mains (effectuée à l'aide de solutions hydroalcooliques ou d'eau et de savon) est une pratique importante dans les unités de retraitement des dispositifs médicaux. À toutes les entrées et les sorties des unités de retraitement, il doit y avoir les fournitures nécessaires pour le lavage des mains à l'eau. Les mains doivent être lavées avec du savon et de l'eau pour y enlever les saletés ou les matières organiques visibles ou immédiatement après avoir été aux toilettes. L'hygiène des mains, assurée préférentiellement à l'aide de solutions hydroalcooliques, est recommandée : après avoir manipulé des articles contaminés ou susceptibles d'avoir été contaminés par du sang, des liquides organiques, des excréments ou des sécrétions; avant de mettre des gants ou après les avoir enlevés; avant de quitter la zone de décontamination; et à tout autre moment, tel que précisé dans les politiques de l'établissement.



9.2.10 L'équipe respecte la procédure organisationnelle en lien avec la tenue vestimentaire dans les unités de retraitement des dispositifs médicaux.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La procédure est en lien avec la politique de tenue vestimentaire de l'établissement et porte plus particulièrement sur les vêtements, les couvre-chefs, le port de chaussures adéquates, les bijoux, les ongles artificiels et l'équipement de protection individuelle.

La procédure précise à quel moment changer de vêtements, par exemple, à la fin de chaque quart de travail, et immédiatement si les vêtements deviennent humides, très sales ou contaminés avec du sang ou une autre matière potentiellement infectieuse.

9.2.11 L'équipe respecte la procédure organisationnelle en lien avec la nourriture, le maquillage et les lentilles cornéennes dans les unités de retraitement des dispositifs médicaux.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Il est interdit de manger ou de boire, d'entreposer de la nourriture, de se maquiller ou de manipuler des lentilles cornéennes dans les unités de retraitement.

9.2.12 L'équipe respecte la procédure organisationnelle en lien avec le port d'équipement de protection individuelle dans les unités de retraitement des dispositifs médicaux.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipement de protection individuelle approprié comprend des gants adaptés à la tâche, des vêtements de protection avec manches résistants aux liquides (p. ex., des blouses qui s'attachent dans le dos, des combinaisons ou des blouses de chirurgie) et un masque intégral ou un masque facial imperméable qui permet de protéger complètement les yeux, le nez et la bouche. L'accent est mis sur l'importance de bien enfiler ou enlever l'équipement de protection individuelle.



9.3 Se conformer aux politiques, aux procédures opérationnelles normalisées et aux directives des fabricants

9.3.1 Les gestionnaires de l'établissement maintiennent à jour les procédures opérationnelles normalisées en lien avec les étapes de nettoyage, de désinfection, de stérilisation et d'entreposage des dispositifs médicaux.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les étapes de nettoyage, de désinfection, de stérilisation et d'entreposage forment un tout, dénommé : processus de retraitement des dispositifs médicaux. Les établissements procèdent au retraitement de l'équipement et des dispositifs médicaux en se servant de la classification de Spaulding et en suivant les directives des fabricants. La surveillance du processus de retraitement aide à cerner les aspects à améliorer et à réduire le nombre d'infections nosocomiales. L'efficacité du nettoyage et de la désinfection peut être évaluée en surveillant la qualité de l'eau et le fonctionnement de l'appareil de lavage, en vérifiant si les concentrations appropriées de désinfectants sont disponibles et si les désinfectants sont utilisés en conformité avec les directives des fabricants. L'efficacité du processus de retraitement peut être évaluée en mesurant la quantité de résidus organiques, d'ATP (adénosine triphosphate) et le compte total de bactéries viables, ainsi qu'en utilisant des bandelettes réactives pour confirmer que l'équipement et les dispositifs ont été stérilisés. Si l'établissement ne traite pas l'équipement, il dispose d'une procédure pour s'assurer que l'équipement a été retraité adéquatement avant d'être utilisé.

9.3.2 Les gestionnaires de l'établissement rendent accessibles les procédures opérationnelles normalisées et les directives des fabricants pour les étapes de retraitement des dispositifs médicaux à la main-d'œuvre.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les procédures et les directives sont disponibles sous format papier (p. ex., des cahiers, des monographies) ou sous format électronique. La main-d'œuvre sait où trouver ces informations et comment y accéder.



9.3.3 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les équipements et appareils de retraitement sont installés, utilisés et entretenus selon les directives des fabricants.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Les fabricants sont contactés directement si des clarifications ou des renseignements supplémentaires sont nécessaires.

9.3.4 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent qu'un avis de rappel est transmis à tous les services touchés pour tout échec de stérilisation de dispositifs médicaux, dans lequel on nomme les dispositifs qui font l'objet du rappel et les mesures nécessaires pour l'effectuer.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

S'il y a lieu, un avis de rappel est transmis aux responsables des services qui utilisent les dispositifs, tels que la salle d'opération, le service de l'approvisionnement, le service biomédical, les personnes chargées du contrôle et de la prévention des infections ainsi que celles chargées de la gestion des risques, du retraitement des dispositifs médicaux, sans oublier les professionnels de la santé.

9.3.5 Les gestionnaires de l'établissement rendent disponible une procédure opérationnelle normalisée pour la conservation des dossiers relatifs aux activités du service de retraitement des dispositifs médicaux à la main-d'œuvre.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Les politiques de l'établissement en ce qui concerne la conservation des dossiers sont élaborées en consultation avec les conseillers juridiques et les personnes responsables de la gestion des risques de cet établissement.

9.3.6 Les équipes respectent la procédure opérationnelle normalisée en lien avec le processus de décontamination des dispositifs médicaux au point d'utilisation.



Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le processus de décontamination prévoit le prénettoyage des dispositifs médicaux au point d'utilisation en suivant les directives des fabricants, et ce, immédiatement après leur utilisation et avant la décontamination dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux. Un prénettoyage au point d'utilisation est nécessaire quand des saletés ou des matières organiques séchées sont présentes sur un dispositif. Cela peut inclure: de retirer les saletés, tremper certains dispositifs, brosser et purger les dispositifs munis de lumens s'il y a lieu. Avant la décontamination dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux, les dispositifs doivent être gardés humides à l'aide d'un produit approuvé pour empêcher les matières organiques de sécher, car il est difficile d'enlever les saletés sèches au moyen des mesures de décontamination normales.

Les matières inorganiques et organiques (p. ex., sang, protéines) qui se trouvent sur les dispositifs peuvent inhiber le processus de nettoyage, de désinfection et de stérilisation en fournissant un substrat pour la prolifération de microorganismes, en rendant les germicides chimiques inactifs ou en protégeant physiquement les microorganismes contre le processus de stérilisation.

9.3.7 L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec le transport des dispositifs médicaux des aires de soins vers les services de retraitement.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le nettoyage, la désinfection ou la stérilisation peuvent avoir lieu dans l'établissement ou dans une installation. Les dispositifs médicaux utilisés devraient être considérés comme contaminés. Lorsque les dispositifs contaminés sont transportés, les règlements applicables sont respectés, les conditions ambiantes sont régulées et les bacs, boîtes, sacs et véhicules de transport appropriés sont utilisés. Le transport des articles contaminés et des articles propres s'effectue séparément, à l'extérieur des zones où les soins sont prodigués et des zones à forte circulation.

Les outils d'aide à la décision clinique peuvent être vérifiés ou modifiés après : des incidents liés à la sécurité des usagers, des modifications aux règlements ou aux lois, des changements apportés aux normes et d'audits. Ils sont vérifiés et modifiés en suivant un système de contrôle documentaire pour faire le suivi des modifications.



9.3.8 L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée qui porte sur l'identification du risque d'une contamination ou d'une infection à prion.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La procédure exige notamment de réaliser une évaluation préopératoire pour les chirurgies à risques élevés et une autre pour les usagers à risques élevés, et de disposer : 1) d'une trousse d'instruments et de matériel d'intubation réservés à la neurochirurgie, à la neuroendoscopie et à l'orthopédie spinale à utiliser quand un diagnostic de la maladie de Creutzfeldt-Jakob est posé ou lorsqu'on en suspecte l'existence avant la procédure; ou 2) d'un matériel jetable qui est mis en quarantaine immédiatement après la chirurgie et avant le retraitement jusqu'à ce que le diagnostic postopératoire de la maladie de Creutzfeldt-Jakob soit validé ou infirmé.

9.3.9 L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec le triage des dispositifs médicaux contaminés.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les dispositifs médicaux contaminés sont triés avant d'être retraités. Le triage permet de s'assurer que les dispositifs médicaux qui font partie d'un ensemble ne sont pas séparés. Les dispositifs médicaux qui exigent des procédures de décontamination semblables ou les mêmes produits de nettoyage sont aussi placés ensemble.

9.3.10 L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée qui porte sur le nettoyage des dispositifs médicaux.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La procédure de nettoyage respecte les directives des fabricants. Le nettoyage peut être effectué manuellement ou grâce à des méthodes automatisées. La méthode automatisée est préférable, car elle standardise le processus et la régulation de l'exposition aux aérosols.



- 9.3.11 L'équipe s'assure qu'à la suite de l'étape de nettoyage et avant qu'un autre retraitement soit effectué, les dispositifs médicaux qui présentent des problèmes font l'objet d'un nettoyage, d'une lubrification ou d'un entretien additionnel, le cas échéant, par cette équipe.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

- 9.3.12 L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec l'emballage des dispositifs médicaux.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'emballage s'avère un élément critique du processus de stérilisation. Si l'on n'utilise pas les matériaux et les processus d'emballage appropriés pour les dispositifs, cela peut inhiber la stérilisation et entraîner un bris d'asepsie.

Les matériaux ou le système de conditionnement permettent d'effectuer une stérilisation adéquate et complète, de maintenir la stérilité jusqu'à l'ouverture de l'emballage et d'en retirer les dispositifs sans les contaminer.

Les étapes du processus de conditionnement dépendent du type de conditionnement utilisé. Elles comprennent l'inspection, le tri, l'assemblage, s'il y a lieu; ce qui comprend le démontage des dispositifs composés de plusieurs pièces selon les directives des fabricants; l'emballage et l'étiquetage.

- 9.3.13 L'équipe s'assure qu'un dispositif d'épreuve de procédé muni d'un indicateur biologique et d'un indicateur chimique interne est placé dans chaque chargement de stérilisation qui contient des dispositifs implantables.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les dispositifs implantables sont mis en quarantaine jusqu'à ce que les résultats de la vérification des indicateurs biologiques soient disponibles. Les valeurs des paramètres physiques du cycle de stérilisation (pression, température et durée) doivent également être vérifiées.



9.3.14 L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée pour assurer la vérification de la qualité de l'équipement de retraitement en suivant les directives des fabricants.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Des indicateurs sont utilisés avec les dispositifs de procédés d'essai pour une vérification de qualité de l'équipement de retraitement. Parmi les exemples de vérification de qualité, on compte : pour les laveurs-désinfecteurs, la vérification de l'efficacité du nettoyage et de la désinfection thermique; pour les dispositifs de nettoyage ultrasoniques, le test au papier d'aluminium; pour les stérilisateurs contenant des dispositifs implantables, les indicateurs biologiques et indicateurs chimiques ainsi que des paramètres physiques (pression, température et durée) du cycle de stérilisation.

9.3.15 L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec les activités de stérilisation des dispositifs médicaux selon les directives des fabricants.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La procédure indique la configuration d'un chargement, d'une validation et d'un déchargement acceptable pour la stérilisation de dispositifs médicaux. Elle énonce également les paramètres critiques physiques (pression, température, durée) à vérifier dès la fin du cycle de stérilisation ainsi que les indicateurs chimiques et biologiques à vérifier. L'absence d'alarme ou de code d'erreur sur le stérilisateur fait également l'objet d'une vérification. La date d'expiration précisée par les fabricants en fonction du type d'emballage est respectée. Si aucune date d'expiration n'est précisée par les fabricants, les dispositifs qui ont été décontaminés, emballés, stérilisés, entreposés et manipulés de façon adéquate pourraient être considérés comme stériles indéfiniment, sauf si l'on compromet l'intégrité du paquet. Cette intégrité est fondée sur les éléments suivants : le type d'emballage utilisé; la méthode qui sert à sceller le paquet; le type de tablettes utilisées, à savoir, entre autres, si elles sont ouvertes ou fermées; la fréquence et la méthode de manutention; le mode, la fréquence et les conditions de transport et de



distribution; les conditions ambiantes de la zone d'entreposage, par exemple, la température, l'humidité, la ventilation et la propreté; ainsi que l'inspection et la surveillance de l'accès aux zones d'entreposage.

- 9.3.16 L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée qui porte sur le rappel des dispositifs médicaux dont la qualité du processus de retraitement a été compromise.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La procédure relative au rappel est écrite et traite des points suivants : les situations qui justifient d'effectuer le rappel; la main-d'œuvre autorisée à le faire; la procédure opérationnelle normalisée à suivre en cas de rappel; les mesures correctives prises pour éviter que la situation se reproduise; le taux de dispositifs relocalisés dans le cadre du rappel; la personne responsable de préparer un rapport sur l'exécution du rappel.

Tous les avis de rappel et les rapports sont conservés en conformité avec la procédure.

- 9.3.17 L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec la stérilisation rapide.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La stérilisation rapide est strictement limitée aux situations d'urgence. La stérilisation rapide n'est jamais utilisée pour des ensembles complets de dispositifs ou des implants de toute nature, et ce, en conformité avec la politique de l'établissement et les règlements nationaux ou fédéraux. Les secteurs qui peuvent nécessiter une stérilisation rapide en situation d'urgence comprennent la salle d'opération et les services de périnatalité pour répondre à un besoin urgent et dans les situations où aucune autre option n'est possible.

- 9.3.18 L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec la traçabilité qui permet de localiser les dispositifs médicaux qui se rattachent à un stérilisateur ou à un cycle de stérilisation.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**



Conseils

Le dossier comprend des renseignements qui pourraient servir dans le cadre d'un rappel. Les dispositifs pourraient faire l'objet d'un rappel pour diverses raisons, par exemple, en cas d'échec de la stérilisation. La traçabilité est aussi importante tant pour les dispositifs semi-critiques que ceux critiques.

- 9.3.19 L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée pour la documentation des activités de stérilisation.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le dossier comprend le contenu de chacune des charges de stérilisation, dont le type de procédé utilisé et le cycle programmé, la date et l'heure, les valeurs des paramètres physiques du cycle de stérilisation (pression, température et durée), l'étiquette de contrôle de la charge sur les emballages, les résultats des vérifications de la stérilité ainsi que le type, la qualité et l'origine des dispositifs stérilisés.

- 9.3.20 L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec la qualification de l'installation, la qualification et les requalifications opérationnelles d'un stérilisateur.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La qualification de l'installation et la qualification opérationnelle initiale d'un stérilisateur sont effectuées après l'installation. La requalification opérationnelle du stérilisateur est effectuée à chaque fois qu'un incident important pourrait perturber le stérilisateur, par exemple : lors de réparations ou de travaux d'entretien majeurs, après des travaux de construction, un déplacement de l'appareil, des changements environnementaux; après d'importants changements touchant l'alimentation en vapeur; ainsi qu'après un bris inexplicable affectant la stérilité des dispositifs médicaux.

- 9.3.21 L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec l'entreposage des dispositifs médicaux retraités.



Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'entreposage doit respecter les normes environnementales attendues. Il est important de limiter la circulation pour diminuer les risques de contamination.

9.3.22 L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec la manipulation, la distribution et le transport des dispositifs médicaux stériles.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Cela comprend la préservation de la stérilité pendant la distribution et le transport d'un endroit à un autre. Les dispositifs médicaux stériles ne sont jamais transportés avec les dispositifs médicaux contaminés et ne doivent pas passer par les zones souillées. L'entreposage des dispositifs médicaux stériles doit se faire dans des zones à cet effet.

9.3.23 L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée en lien avec les indicateurs chimiques internes et externes.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les indicateurs chimiques révèlent que certains paramètres ont été atteints là où ils sont placés. Il faut veiller à placer tous les indicateurs dans des endroits qui sont représentatifs de la charge ou, encore mieux, dans les endroits les plus difficiles à stériliser. Les indicateurs chimiques internes sont placés dans chaque emballage ou contenant, selon les processus de vérification de la qualité établis par l'établissement. Un emballage ou un contenant qui comprend un indicateur chimique externe doit être visible de l'extérieur afin de différencier les paquets qui ont été retraités de ceux qui ne l'ont pas été.

9.4 Assurer la qualité des services de retraitement des dispositifs médicaux (décontamination, nettoyage, désinfection, emballage, stérilisation, entreposage)



- 9.4.1 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que l'unité de retraitement des dispositifs médicaux compte trois zones distinctes (souillée, propre, d'entreposage) qui sont séparées physiquement.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le risque de contamination microbienne et particulaire augmente dans la zone de décontamination. L'unité de retraitement est organisée de manière à faciliter le déroulement du travail à sens unique afin de prévenir la contamination croisée. Les aires de travail sont clairement séparées et les activités incompatibles sont isolées.

- 9.4.2 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que l'unité de retraitement des dispositifs médicaux est munie de planchers, de murs, de plafonds, d'installations fixes, de tuyaux et de surfaces de travail qui sont faciles à nettoyer, non absorbants et qui ne libèrent pas de particules ou de fibres.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les matériaux sont mats ou lisses et non poreux. Les installations fixes et la tuyauterie qui se situent au-dessus des aires de travail sont encastrées et dissimulées. La conformité des matériaux est assurée avec le soutien de la direction technique du bâtiment.

- 9.4.3 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que l'équipe a accès aux équipements et fournitures d'hygiène des mains dans les unités de retraitement des dispositifs médicaux (incluant les entrées et les sorties).

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les installations pour l'hygiène des mains comprennent des stations de lavage des mains, des distributeurs de savon, de serviettes et de solutions hydroalcooliques en bon état de fonctionnement. Les mains souillées doivent être lavées avec du savon et de l'eau.



- 9.4.4 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les lavabos dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux sont équipés de robinets munis de commandes à pied, à poignet ou à genou ou encore d'un œil magique, de distributeurs de savon automatiques et de serviettes à usage unique.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les robinets munis d'une commande à pied, à poignet ou à genou ou d'un œil magique contribuent à empêcher la recontamination des mains. Si l'on ne dispose pas de tels robinets, des serviettes à usage unique sont fournies pour refermer les robinets.

- 9.4.5 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que la zone d'entreposage respecte les normes de condition environnementale.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les normes de conditions environnementales en lien avec la pression, la température et le taux d'humidité varient d'une zone à l'autre. Les conditions à respecter devraient être précisées pour les différentes salles de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux.

La zone en question est assez grande pour éviter d'écraser ou d'endommager les paquets ou les dispositifs. De plus, elle est protégée de la contamination par l'humidité, par la poussière qui se trouve dans les zones adjacentes, elle est aussi protégée de la vermine.

L'utilisation de tablettes fermées peut contribuer à bien entreposer les dispositifs, surtout ceux qui ne sont pas souvent utilisés. Dans le cas de tablettes ouvertes, celles du haut et du bas devraient être imperméables ou recouvertes de plastique. Les dispositifs sont rangés loin du plancher, du plafond, des appuis de fenêtres, des lavabos et des murs extérieurs.

- 9.4.6 Les gestionnaires de l'établissement limitent l'accès à la zone d'entreposage du matériel stérile à la main-d'œuvre autorisée.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils



La zone d'entreposage du matériel stérile doit être gardée propre et doit être protégée. Le fait de limiter l'accès à la main-d'œuvre autorisée réduit les risques de contamination.

- 9.4.7 L'équipe s'assure que chaque dispositif médical est inspecté pour en vérifier la propreté, le fonctionnement et les dommages internes après la décontamination et le démontage.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Un dispositif de grossissement permet d'inspecter les dispositifs médicaux après le nettoyage. L'intégrité du dispositif peut être confirmée en vérifiant s'il y a des fuites en raison de fêlures, d'ébréchures ou de craquelures. Les directives des fabricants encadrent l'emballage, l'étiquetage et l'expédition des dispositifs qui requièrent une réparation. Si le dispositif nécessite une réparation, le dispositif est préparé et emballé pour l'expédition en suivant les directives des fabricants.

- 9.4.8 L'équipe contrôle l'accès à l'unité de retraitement des dispositifs médicaux en limitant cet accès aux personnes autorisées.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Par exemple, l'accès à l'unité de retraitement des dispositifs médicaux peut être restreint en verrouillant les portes ou en utilisant un clavier à codes ou des cartes magnétiques comportant différents niveaux d'accès. Des critères précis s'appliquent si des membres d'autres équipes doivent accéder à l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (p. ex., le port de l'équipement de protection individuelle approprié, l'hygiène des mains). Le fait de limiter l'accès aux membres de l'équipe autorisé réduit les risques de contamination.

- 9.4.9 L'équipe s'assure que les conditions ambiantes appropriées sont maintenues dans l'unité de retraitement des dispositifs médicaux incluant les zones d'entreposage.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils



La régulation des conditions ambiantes, avec le soutien de la direction technique du bâtiment, comprend celle de la qualité de l'eau, de la ventilation, de la température, de l'humidité et de l'éclairage. La ventilation de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux est conçue de manière à empêcher l'infiltration de peluche dans la voie d'aération principale et à assurer une circulation d'air provenant de zones propres. Les zones de préparation et de retraitement des dispositifs médicaux sont maintenues sous pression positive par rapport aux zones contaminées maintenues sous pression négative. L'utilisation de ventilateurs, de déshumidificateurs, d'humidificateurs et de radiateurs portatifs est interdite. Pour surveiller la température et l'humidité relative, l'unité de retraitement des dispositifs médicaux et les zones d'entreposage sont munies d'un système d'alarme qui est activé quand les données se situent en dehors des valeurs acceptables.

- 9.4.10 L'équipe s'assure que l'unité de retraitement des dispositifs médicaux est propre et bien entretenue.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le nettoyage des aires de travail est effectué conformément aux lignes directrices établies dans les procédures organisationnelles du service de gestion de l'environnement de l'établissement pour le matériel et l'équipement de nettoyage pour la désinfection de cet équipement, de même que pour l'utilisation et le rangement adéquats des désinfectants. La fréquence du nettoyage doit être clairement définie et consignée. Des évaluations régulières des aires de travail sont effectuées afin d'assurer la santé et la sécurité.

9.5 Gérer de façon sécuritaire et appropriée les dispositifs endoscopiques flexibles

- 9.5.1 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que l'équipe reçoit une formation sur le retraitement des dispositifs endoscopiques flexibles.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Il importe de vérifier régulièrement les qualifications et les compétences des membres de l'équipe qui participent au retraitement des dispositifs endoscopiques flexibles, afin d'éviter que ces dispositifs soient manipulés ou retraités incorrectement. Les dispositifs



endoscopiques flexibles comprennent, par exemple, les gastroscopes, les duodénoscopes, les coloscopes, les sigmoïdoscopes, les cystoscopes souples, les bronchoscopes, les laryngoscopes, les entérosopes et les endoscopes nasopharyngiens.

9.5.2 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les unités de retraitement des dispositifs endoscopiques flexibles sont distinctes des aires de soins.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les unités de retraitement des dispositifs endoscopiques flexibles sont suffisamment spacieuses pour les activités de retraitement; elles sont dotées de lavabos et de comptoirs suffisamment grands. Le travail à sens unique est appuyé au moyen de zones séparées pour les dispositifs propres et les dispositifs sales afin de prévenir la contamination croisée. Les surfaces de travail sont lavables et l'éclairage des postes de travail est adéquat. Des commodités, telles que l'électricité, l'air médical (pour le séchage), la succion et l'eau, sont fournies. Un espace adéquat est prévu pour l'entreposage des fournitures. Les zones comportent également une plomberie et des drains qui sont réservés aux dispositifs et un système de ventilation approprié. La qualité de l'air répond aux exigences locales, déterminées par les lois et les règlements provinciaux et territoriaux relatifs à la santé et à la sécurité au travail.

Les espaces de travail sont aménagés en fonction des dispositifs à retraiter.

9.5.3 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les unités de retraitement des dispositifs endoscopiques flexibles comportent des aires de travail distinctes pour le nettoyage des dispositifs souillés, la désinfection à haut niveau et l'entreposage.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le travail à sens unique est appuyé au moyen de zones séparées pour les dispositifs souillés et propres. Les surfaces de travail sont lavables et l'éclairage des postes de travail est adéquat. Des commodités, telles que l'électricité, l'air médical (pour le séchage), la succion et l'eau, sont fournies. Un espace adéquat est prévu pour l'entreposage des fournitures. Les conditions d'air ambiant répondent aux exigences de chauffage, de ventilation, de conditionnement d'air et de taux d'humidité.



- 9.5.4 L'équipe a à sa disposition de l'équipement de protection individuelle approprié pour le nettoyage et la désinfection à haut niveau des dispositifs endoscopiques flexibles.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'équipement de protection individuelle approprié comprend des gants adaptés à la tâche, des vêtements de protection avec manches résistants aux liquides (p. ex., des blouses qui s'attachent dans le dos, des combinaisons ou des blouses de chirurgie) et un masque intégral ou un masque facial imperméable qui permet de protéger complètement les yeux, le nez et la bouche. L'accent est mis sur l'importance de bien enfiler ou enlever l'équipement de protection individuelle.

- 9.5.5 L'équipe respecte les procédures opérationnelles normalisées et les directives des fabricants pour le prénettoyage immédiat des dispositifs endoscopiques flexibles au point d'utilisation.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Si le retraitement n'a pas lieu immédiatement après l'intervention, les résidus de saletés qui se trouvent sur le dispositif endoscopique flexible peuvent durcir et devenir très difficiles à enlever.

- 9.5.6 L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée qui porte sur la vérification des dispositifs endoscopiques flexibles pour déceler tout dommage avant de procéder à la désinfection.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'intégrité interne et externe des dispositifs endoscopiques flexibles est confirmée en vérifiant s'il y a des fuites. Lorsqu'un dommage est détecté, les dispositifs endommagés sont étiquetés, retirés du service et envoyés à la réparation selon les directives des fabricants en ce qui concerne l'emballage, l'étiquetage et l'expédition. L'expédition se fait conformément aux règlements nationaux et régionaux sur le transport des marchandises dangereuses.



Les dispositifs utilisés sont d'une taille appropriée et sont inspectés avant et après leur utilisation, et ils sont jetés ou nettoyés, désinfectés et séchés après utilisation.

- 9.5.7 L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée qui porte sur le nettoyage et la désinfection appropriée de chaque dispositif endoscopique flexible selon les directives des fabricants.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Avant d'entreprendre une désinfection de haut niveau, les dispositifs endoscopiques flexibles qui peuvent être immergés doivent avoir été trempés, nettoyés manuellement et brossés avec de l'eau et un produit de nettoyage approuvé. Un agent de nettoyage approuvé est un détergent enzymatique préparé et utilisé selon les directives des fabricants. Des mesures de vérification de la qualité sont mises en place à la fin du processus de nettoyage.

- 9.5.8 L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée qui porte sur le rangement des dispositifs endoscopiques flexibles en suivant les directives des fabricants.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les dispositifs endoscopiques flexibles sont rangés de façon appropriée dans une armoire fermée et ventilée qui leur est réservée selon les normes attendues. L'étape de séchage doit être respectée avant l'entreposage. L'armoire d'entreposage est située à l'extérieur de la zone de nettoyage et de désinfection.

- 9.5.9 L'équipe respecte la procédure opérationnelle normalisée qui porte sur la documentation des activités de retraitement de chaque dispositif endoscopique flexible.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils



Le fait d'identifier l'utilisateur, le dispositif endoscopique flexible et l'équipement médical utilisé facilite les enquêtes en cas d'épidémie, la localisation des dispositifs médicaux ainsi que la vérification de la qualité.

Le dossier de retraitement du dispositif endoscopique flexible comprend le numéro d'identification et le type de dispositif endoscopique flexible, le numéro d'identification de l'unité de retraitement automatique des dispositifs endoscopiques flexibles (s'il y a lieu), la date et l'heure du retraitement, le nom ou l'identificateur unique de l'utilisateur, la preuve que l'inspection individuelle et la vérification de l'étanchéité ont été effectuées, ainsi que le nom de la personne qui procède au retraitement du dispositif endoscopique flexible.

Les documents doivent aussi faire état de l'entretien et des réparations des dispositifs endoscopiques flexibles, et ce, pour tout dispositif stérile et traité par un processus de désinfection à haut niveau.

9.6 Évaluer et améliorer de façon continue la qualité des services

9.6.1 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que des objectifs mesurables sont établis pour l'évaluation des services de retraitement des dispositifs médicaux et le plan d'amélioration continue.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:
Attestation

Conseils

Les objectifs d'amélioration de la qualité définissent ce que l'équipe essaie de réaliser et le délai qu'elle se fixe pour y parvenir. Les objectifs appropriés d'amélioration de la qualité sont généralement établis pour une courte période, comportent des buts qui vont au-delà du rendement actuel et correspondent aux priorités stratégiques à long terme ou aux secteurs liés à la sécurité des usagers. Le délai établi variera en fonction de la nature de l'objectif. Le recours à l'acronyme SMART s'avère utile pour établir des objectifs significatifs qui doivent être spécifiques, mesurables, appropriés, réalistes et temporels.

9.6.2 Les gestionnaires de l'établissement recueillent sur une base régulière des données découlant des indicateurs pour suivre les progrès visant l'amélioration de la qualité.



Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

En collaboration avec les parties prenantes, des indicateurs sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité. Les indicateurs sont utilisés pour évaluer si les activités entraînent un changement et si ce dernier constitue une amélioration. Les indicateurs sont principalement sélectionnés en fonction de leur pertinence et de leur capacité à évaluer les progrès avec exactitude. En présence de multiples indicateurs possibles, des critères comme la validité scientifique et la faisabilité sont utilisés pour en faire la sélection. S'il est difficile de sélectionner les indicateurs, cela peut signifier que les objectifs d'amélioration de la qualité doivent être plus clairs.

La manière dont les données seront recueillies et la fréquence à laquelle elles le seront sont déterminées. La collecte régulière des données permet à l'équipe de suivre ses progrès et de comprendre les variations normales des valeurs. En établissant une base qui sert de point de référence, il devient possible d'évaluer les progrès réalisés en vue de se conformer aux objectifs d'amélioration de la qualité en comparant les données obtenues avant et après l'activité et en notant les changements.

9.6.3

Les gestionnaires de l'établissement apportent des améliorations aux services de retraitement des dispositifs médicaux sur la base des résultats obtenus, des nouvelles connaissances et de la mise en place des mesures d'amélioration de la qualité.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Une analyse intégrée des données issues des nouvelles connaissances, des résultats d'évaluation et des résultats découlant des projets d'amélioration de la qualité est réalisée.

Une démarche de planification et de priorisation des projets d'amélioration est réalisée, en collaboration avec les différents programmes-services. Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis pour les projets d'amélioration de la qualité sont identifiés. Les activités sont en premier lieu conçues et mises à l'essai à petite échelle pour qu'il soit possible de déterminer leurs répercussions avant de les mettre en œuvre à plus grande échelle.



9.6.4 Les gestionnaires de l'établissement communiquent l'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages qui en découlent aux parties prenantes, aux équipes et à d'autres établissements.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Accent sur la population** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les renseignements sont adaptés à l'auditoire, y compris la formulation des messages et le registre de langue. La communication des résultats des évaluations et des améliorations aide les parties prenantes à se familiariser avec la philosophie et les bienfaits de l'amélioration de la qualité et favorise leur participation au processus. C'est aussi une façon pour les gestionnaires de faire connaître les activités d'amélioration de la qualité qui ont connu du succès au sein de l'établissement et de démontrer leur engagement à l'égard de l'amélioration continue de la qualité. Parmi les autres avantages, la communication des données découlant des indicateurs à l'extérieur de l'établissement permet d'établir des comparaisons avec des établissements qui offrent des services similaires.



Chapitre 10: Gestion du circuit du médicament

Contexte

Le circuit du médicament représente l'ensemble du processus en lien avec l'entreposage, l'ordonnance, la préparation, la distribution, l'administration, la consignation et l'élimination des médicaments.

Une gestion du circuit du médicament bienveillante permet une veille sur l'ensemble des activités du circuit soit : une main-d'œuvre compétente; un accès sécuritaire et opportun aux renseignements sur les médicaments; une gestion efficace de l'inventaire des médicaments; une participation active de l'utilisateur dans la prise de médicaments et une évaluation continue du circuit du médicament. Cette gestion bienveillante permettra notamment : de prévenir et de réduire les incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments; d'assurer l'accès à un médicament en temps opportun et de promouvoir l'interopérabilité entre les différents systèmes d'information cliniques.

Le comité interdisciplinaire, les gestionnaires de l'établissement, les équipes cliniques, y compris, l'équipe de pharmacie de l'établissement jouent un rôle primordial au sein de la gestion du circuit du médicament. L'expertise et la contribution de chaque personne sont nécessaires afin de permettre une gestion sécuritaire et efficace du circuit du médicament.

Les pratiques de gestion du circuit du médicament doivent être cohérentes avec la vision, la mission et les valeurs de l'établissement ainsi qu'avec les priorités établies, les objectifs stratégiques et les orientations ministérielles. Le cadre de référence des établissements demeure le plan stratégique ministériel en vigueur.

Le présent chapitre est fondé sur la norme CAN/HSO A3001:2019 *Gestion des médicaments*. Il sert à orienter et évaluer, dans une perspective d'amélioration continue et de façon transversale, la gestion du circuit du médicament dans l'ensemble de l'établissement. L'accent est mis sur les pratiques et les procédures liées aux multiples étapes du circuit.

10.1 Assurer la bonne gouvernance du circuit du médicament



10.1.1 Le comité interdisciplinaire dispose d'un mandat bien défini pour la gestion du circuit du médicament.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Le comité interdisciplinaire doit être chargé de la gestion du circuit du médicament ou compter celle-ci parmi ses tâches. Le comité peut collaborer avec d'autres comités ou sous-comités pour réaliser son mandat et ainsi satisfaire aux exigences légales en vigueur dans certaines juridictions. Par exemple, un comité de pharmacologie, un sous-comité du comité de gestion des risques responsable de l'utilisation sécuritaire des médicaments qui analyse les incidents mettant en cause les médicaments et le comité interdisciplinaire des pratiques professionnelles peuvent chacun assurer leur mandat de façon coordonnée. Cela permet d'assurer le mandat entier en partageant les efforts. L'éventail des rôles et des responsabilités du comité inclut la gouvernance du circuit du médicament qui assure l'utilisation sécuritaire et appropriée des médicaments, y compris la conception de processus de gestion du circuit du médicament, le maintien du formulaire thérapeutique de l'établissement, l'évaluation de l'utilisation des médicaments et la supervision des incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments. La structure du comité peut varier d'un établissement à l'autre, et divers comités ou sous-comités peuvent être créés en fonction des besoins des usagers. Les rôles et les responsabilités du comité interdisciplinaire sont conformes aux lois et aux règlements applicables, d'après les champs de compétence et les cadres de référence applicables. Dans quelques provinces et territoires, seuls les pharmaciens sont responsables de certains processus d'utilisation des médicaments. Dans ces cas, les rôles et les responsabilités du comité interdisciplinaire ne devraient pas l'emporter sur ceux du champ de compétence des pharmaciens, comme stipulé par les organismes de réglementation concernés. Les rôles, les responsabilités et l'autorité hiérarchique du comité interdisciplinaire sont détaillés dans le mandat du comité de même que les mécanismes de coordination avec les comités et sous-comités partageant son mandat.

10.1.2 Le comité interdisciplinaire comprend des représentants de divers services et au moins un représentant des usagers qui participent à la gestion du circuit du médicament.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils



La gestion du circuit du médicament s'appuie sur une collaboration qui comprend des représentants de l'ensemble de l'établissement. Le comité interdisciplinaire peut être composé de médecins, de pharmaciens, de personnel infirmier, de personnel de laboratoire biomédical et d'autres personnes responsables de la gestion des risques et de l'amélioration de la qualité.

10.1.3 Le comité interdisciplinaire assure la mise en œuvre d'un programme de gérance des antimicrobiens.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'utilisation d'agents antimicrobiens s'avère une intervention utile en santé, mais elle peut entraîner des conséquences non intentionnelles comme le développement d'organismes résistants aux agents antimicrobiens. Les bactéries résistantes aux antibiotiques ont une incidence importante sur la santé et la sécurité des usagers, ainsi que sur les ressources du système de soins et services de santé.

La gérance des antimicrobiens est une activité qui comprend la sélection du traitement antimicrobien pertinent et l'établissement de la posologie, de la voie d'administration et de la durée. Les programmes de gérance des antimicrobiens mettent principalement l'accent sur l'utilisation adéquate des antimicrobiens afin d'obtenir les meilleurs résultats chez les usagers, la réduction des risques d'infections, la réduction ou la stabilisation des niveaux de résistance aux antibiotiques et l'appui à la sécurité des usagers.

Les établissements sont encouragés à adopter une approche de gérance des antimicrobiens qui correspond à leur taille, à leur milieu de service et à leur population d'usagers. Ils sont aussi encouragés à établir des processus pour le suivi et l'amélioration du programme. Pour réussir, un programme de gérance des antimicrobiens a besoin d'une collaboration entre les équipes de gérance des antimicrobiens, de la pharmacie et de la prévention des infections. Le soutien des administrateurs de l'hôpital, de la direction de la main-d'œuvre médicale et des prestataires de soins et services de santé est essentiel. Les interventions pour optimiser l'utilisation d'antimicrobiens peuvent inclure un formulaire d'antimicrobiens ciblés et des indications approuvées, de la formation, des ordonnances standardisées d'antimicrobiens, des conseils et des cheminements cliniques pour l'utilisation d'antimicrobiens, des stratégies de simplification ou d'allègement du traitement, l'optimisation de la posologie et la conversion parentérale à orale des antimicrobiens (le cas échéant).



Test(s) de conformité

- 10.1.3.1 Un programme de gérance des antimicrobiens est mis en œuvre.
- 10.1.3.2 Les rôles et responsabilités de la mise en œuvre du programme sont bien définis.
- 10.1.3.3 Le programme est interdisciplinaire et comprend la participation des pharmaciens, des infectiologues, des spécialistes en prévention des infections, des médecins, et selon la disponibilité et la pertinence, des technologues de laboratoire de microbiologie, des usagers, du personnel infirmier, des administrateurs de l'hôpital et des spécialistes des systèmes d'information.
- 10.1.3.4 Le programme inclut des interventions pour optimiser l'utilisation d'antimicrobiens.
- 10.1.3.5 Le programme de gérance des antimicrobiens inclut des activités d'amélioration continue et les résultats sont communiqués aux parties concernées à l'interne.
- 10.1.4 Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes des procédures pour chaque étape du circuit du médicament.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Les procédures contribuent à veiller à ce que les médicaments soient utilisés de façon sécuritaire dans l'ensemble de l'établissement. Les procédures du circuit du médicament visent :

- À sélectionner et à obtenir les médicaments;
- À entreposer les médicaments à la pharmacie et dans les aires de soins pour les usagers;
- À rédiger des ordonnances;



- À prescrire les médicaments;
- Le processus de transcription des ordonnances de médicaments si nécessaire;
- À valider et traiter les ordonnances;
- À préparer, étiqueter et emballer les médicaments;
- À livrer et distribuer les médicaments;
- À administrer les médicaments;
- À surveiller leurs effets sur les usagers;
- À les éliminer.

10.1.5 Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure pour surveiller la gestion des stupéfiants et des drogues contrôlées.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Ces procédures en matière de sécurité abordent le suivi des retraits, du gaspillage et de l'administration des stupéfiants et des drogues contrôlées dans le but de déceler les cas d'usage abusif et de détournement, de même que l'analyse, la consignation et le signalement de telles situations. Parmi les signes d'usage abusif et de détournement, mentionnons les contrefaçons d'ordonnances, le renouvellement excessif de médicaments, les profils inhabituels d'utilisation de stupéfiants et des drogues contrôlées et le signalement fréquent de pertes ou de vols de médicaments. Les stupéfiants et les drogues contrôlées comprennent les opioïdes, les benzodiazépines, les stimulants et les barbituriques et d'autres substances désignées par Santé Canada.

10.1.6 Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure pour l'émission ou la rédaction des ordonnances de médicaments.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Il est à noter que la rédaction des règles d'émissions d'ordonnances d'un établissement est sous la responsabilité légale du chef du département de pharmacie dans certaines juridictions.

Les ordonnances de médicaments jugées acceptables sont rédigées clairement, sont complètes, valides et lisibles. Les éléments de la procédure de l'établissement doivent se conformer aux lois et aux règlements applicables, de même qu'aux cadres de référence en vigueur selon la juridiction. Une ordonnance complète comprend:



- Le nom de l'utilisateur;
- Les allergies et/ou les intolérances médicamenteuses;
- Le poids;
- La date de naissance;
- La date et l'heure auxquelles l'ordonnance a été rédigée;
- Le nom du médicament;
- La concentration et la posologie;
- La voie d'administration et la fréquence de l'administration;
- La quantité à distribuer ou la durée de traitement (s'il y a lieu);
- La signature du prescripteur et son numéro d'identifiant ou de permis d'exercice;
- S'il s'agit d'une ordonnance par téléphone, le nom du membre de la main-d'œuvre autorisée qui la prend;
- Pour une ordonnance au besoin (PRN), la raison et l'intervalle minimal entre les doses ou le nombre de doses par jour requis ou maximal doivent être indiqués.

Les ordonnances de médicaments ne devraient comprendre aucune abréviation proscrite ni symbole ou inscription numérique dangereux.

- 10.1.7 Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes une procédure normalisée sur l'information essentielle requise sur les étiquettes des médicaments et les dossiers d'administration des médicaments pour l'administration sécuritaire d'un médicament.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'information essentielle portant sur les formulaires d'administration des médicaments ou l'équivalent électronique est toujours donnée dans le même ordre et en utilisant un langage cohérent. Cela inclut, au minimum, le nom générique (dans la mesure du possible), la dose, la voie d'administration, l'heure, la fréquence de prise du médicament si nécessaire.

- 10.1.8 Le comité interdisciplinaire établit une procédure pour déterminer les heures d'administration normalisées pour les médicaments.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils



Des heures d'administration normalisées pour les médicaments standardisés devraient être en place et consignées dans la feuille d'administration des médicaments de l'utilisateur. Toutes les doses d'entretien doivent être administrées selon un cycle répétitif normal. Dans certaines circonstances et pour certains milieux de vie, des horaires adaptés et à l'écart des horaires normalisés peuvent être appliqués. Dans ce cas, le comité interdisciplinaire évalue les risques et bénéfices d'abandon des horaires normalisés et précise les exceptions qui s'appliquent à la procédure.

- 10.1.9 Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure pour l'accès aux antidotes pour gérer le traitement des intoxications ou le surdosage.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La meilleure pratique est de disposer d'antidotes, d'agents d'inversion ou de réanimation permettant de contrecarrer une intoxication ou une dose toxique de médicaments. Par exemple, les effets des opioïdes peuvent être neutralisés par la naloxone, le flumazénil peut neutraliser les benzodiazépines, les effets cardiotoxiques des anesthésiques locaux peuvent être neutralisés par les émulsions lipidiques et les effets toxiques du fluorouracil par le triacétate d'uridine.

Il est impossible d'avoir accès à tous les antidotes dans l'ensemble des établissements. Cependant, un système de gestion permettant l'obtention des antidotes rapidement dans la mesure du possible est de mise. La gestion de certaines intoxications peut aussi se traduire par le transfert de l'utilisateur vers un centre qui a une expertise plus approfondie. Le tout doit être officiellement approuvé par l'établissement et clairement communiqué aux équipes cliniques.

- 10.1.10 Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure visant l'utilisation des échantillons de médicaments.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

La meilleure pratique demeure d'éviter l'utilisation d'échantillons dans les établissements. Si l'établissement permet de conserver ou utilise des échantillons de médicaments, la politique sur la manipulation des échantillons de médicaments précise que ceux-ci sont soumis aux mêmes processus de gestion que les autres types de médicaments. Cela



comprend l'accès aux échantillons et leur distribution; la consignation de l'information concernant la prescription et l'administration de l'échantillon dans le dossier de l'utilisateur, l'inscription au dossier informatisé de la pharmacie et sur le formulaire de bilan comparatif des médicaments au départ transmis au pharmacien dans la communauté; les exigences pour l'entreposage, l'inventaire et l'étiquetage adéquat des échantillons; et l'élimination des échantillons. La politique inclut l'utilisation d'un inventaire distinct avec numéro de lot et date d'expiration pour faciliter le contact avec les usagers en cas de rappel de médicaments.

- 10.1.11 Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure visant l'utilisation de médicaments expérimentaux, à l'étude, et d'accès spécial.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:
Attestation

Conseils

La procédure précise que tous les médicaments expérimentaux à l'étude et d'accès spécial utilisés par les usagers sont soumis aux processus de gestion du circuit du médicament de l'établissement, peu importe si l'essai clinique est mené par l'établissement ou non. La procédure porte aussi sur l'examen, l'approbation, la supervision et la surveillance de l'utilisation des médicaments expérimentaux, à l'étude et d'accès spécial. Des règlements juridiques peuvent s'appliquer. La procédure répond aux demandes d'accès à des médicaments qui ne sont pas encore approuvés pour le traitement, le diagnostic ou la prévention d'affections médicales graves ou qui mettent la vie en danger. Les procédures seront différentes selon le type d'utilisation.

- 10.1.12 Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure pour la gestion du circuit du médicament apporté par l'utilisateur.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Tous les médicaments sur ordonnance et en vente libre, produits naturels et le cannabis apportés par les usagers respectent les principes organisationnels de gestion du circuit du médicament et les règlements applicables. De plus, la procédure devrait porter sur :

- Le moment où de tels médicaments peuvent être utilisés et la façon dont ils peuvent être utilisés;



- La nécessité d'une inspection visuelle des médicaments;
- L'interdiction d'utiliser des médicaments qui ne peuvent pas être facilement identifiés;
- L'entreposage et l'élimination appropriés des médicaments considérés contaminés;
- La remise des médicaments aux usagers ou aux personnes proches aidantes à la fin des services ou lors d'un transfert, s'il y a lieu.

10.1.13 Le comité interdisciplinaire participe à l'élaboration de l'offre de service de pharmacie clinique disponible aux aires de soins en fonction de la population desservie, et de la complexité des services offerts.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La priorisation des services de pharmacie clinique offerts dans les aires de soins est documentée. Les populations à risque élevé peuvent inclure la clientèle gériatrique, pédiatrique et oncologique. Bien que dans certaines juridictions la responsabilité de l'élaboration de l'offre de service de pharmacie clinique soit assignée au gestionnaire en charge de la pharmacie, celle-ci se doit d'être officiellement entérinée par l'établissement.

10.1.14 Le comité interdisciplinaire a à sa disposition des critères pour l'ajout, le retrait et la restriction d'usage des médicaments au formulaire thérapeutique.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Le formulaire thérapeutique est conçu pour réduire le plus possible le nombre de médicaments avec lesquels les équipes doivent se familiariser, tout en assurant la disponibilité d'une pharmacothérapie efficace qui repose sur les pratiques optimales et des données probantes. En établissant les critères de sélection des médicaments, le comité doit tenir compte des besoins des usagers, des prescripteurs et des autres membres de l'équipe, sans oublier les questions de sécurité, d'efficacité, de coûts et de la nécessité d'éviter la duplication de produits. En outre, le comité tient compte des règlements applicables, des formulaires thérapeutiques régionaux ou territoriaux, ainsi que des résultats de recherche, des données probantes et des opinions d'experts



cliniciens qui sont disponibles. Il évalue les risques de préjudice d'un médicament, d'interaction avec d'autres médicaments et d'usage abusif potentiel, de même que la probabilité que surviennent des incidents liés à la sécurité des usagers.

- 10.1.15 Le comité interdisciplinaire révise le formulaire thérapeutique selon le calendrier établi par ce dernier.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

La mise à jour du formulaire thérapeutique doit être en constante évolution en lien avec les nouveaux cadres de référence. Le comité examine régulièrement et met à jour les médicaments du formulaire thérapeutique ou seulement certaines catégories de médicaments.

- 10.1.16 Le comité interdisciplinaire dispose d'une procédure pour communiquer aux équipes cliniques, en temps opportun tout changement apporté au formulaire thérapeutique.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Informar les membres de l'équipe et les prestataires de services des modifications apportées au formulaire thérapeutique a pour objet notamment de fournir des mises à jour sur les raisons pour lesquelles le médicament a été ajouté, restreint ou supprimé, et sur les endroits où trouver des informations sur le médicament.

- 10.1.17 Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure pour obtenir en temps opportun les médicaments qui ne sont pas inscrits au formulaire thérapeutique.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Le comité interdisciplinaire a approuvé un processus d'évaluation des demandes de médicaments non inscrits au formulaire thérapeutique qui facilite l'acquisition du médicament en temps opportun une fois que celui-ci est autorisé.



10.2 Former et évaluer les compétences

10.2.1 Les gestionnaires de l'établissement assurent une orientation sur la gestion du circuit du médicament pour tout nouveau membre d'une équipe clinique selon leur rôle.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'orientation en matière de gestion du circuit du médicament est adaptée au rôle et aux responsabilités du membre de l'équipe concerné et est fournie avant son premier quart de travail. La formation porte sur des questions de sécurité, par exemple sur les médicaments dont l'apparence et le nom sont semblables, les médicaments de niveau d'alerte élevé, les médicaments qui sont nouveaux sur le marché ou sur le formulaire thérapeutique, les abréviations proscrites et les doubles vérifications indépendantes. Au besoin, une formation sur les nouveaux médicaments et les nouveaux dispositifs d'administration des médicaments est fournie avant leur utilisation. La formation peut avoir lieu dans le cadre du programme d'orientation et peut être offerte à l'aide de listes de vérification ou en ligne, ainsi qu'au moyen de séances, de notes de services ou d'affiches.

10.2.2 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les équipes cliniques reçoivent la formation et maintiennent les compétences requises sur les façons de prévenir, reconnaître et signaler les incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La formation offerte sur les incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments est appropriée au rôle et aux responsabilités du membre de l'équipe concerné. Par exemple, les membres de l'équipe du service de gestion de l'environnement pourraient ne nécessiter que certains renseignements sur les risques liés à des médicaments (comme ce qu'il doit faire lorsque des médicaments sont trouvés dans des endroits non sécuritaires), tandis que les membres de l'équipe qui administrent des médicaments reçoivent une formation spéciale afin d'éviter les incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments. La formation peut porter sur les politiques organisationnelles en matière d'utilisation des médicaments, la prévention des effets secondaires, le signalement des incidents liés à la sécurité des usagers



mettant en cause des médicaments et les stratégies de prévention des incidents mettant en cause des médicaments.

10.3 Accéder aux renseignements sur l'utilisateur et les médicaments

10.3.1 Les équipes cliniques suivent la procédure pour la consignation des allergies et des réactions indésirables antérieures à des médicaments dans le profil pharmacologique de l'utilisateur.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les membres de l'équipe responsables de recueillir et de mettre à jour l'information sur les allergies et les réactions indésirables aux médicaments dans le profil pharmacologique de l'utilisateur sont spécifiés. Les champs d'information relatifs aux allergies des usagers dans le profil et le type de réaction, la gravité et la date à laquelle l'allergie a été identifiée sont consignés.

10.3.2 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent qu'en tout temps, les équipes cliniques ont accès au profil pharmacologique à jour des usagers qu'ils soignent.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le profil pharmacologique de l'utilisateur comprend une liste actualisée des médicaments et les notes pharmaceutiques pour chaque admission ou épisode de services fournis par l'établissement. L'information essentielle sur l'utilisateur comprend l'âge, le sexe, la taille, le poids, ainsi que les allergies et les réactions indésirables antérieures aux médicaments. L'information essentielle peut aussi comprendre le diagnostic, les comorbidités ou les états pathologiques concomitants comme l'hypertension, le diabète, ou l'insuffisance rénale ou les troubles hépatiques, les résultats de laboratoire pertinents (usager en milieu hospitalier ou en consultation externe), la grossesse et l'allaitement.

10.3.3 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent qu'en tout temps, les équipes cliniques ont accès à de l'information sur les médicaments.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**



Conseils

Les outils d'information sur les médicaments sont disponibles et faciles à obtenir dans toutes les aires de soins pour les équipes cliniques. Les informations devraient correspondre aux besoins particuliers des populations desservies par l'établissement (p. ex., psychiatrie, pédiatrie, gériatrie) et sont offertes sous forme écrite ou électronique. Parmi ces informations, mentionnons les références de poche, les cartes d'information sur les médicaments, les ensembles de modèles d'ordonnances standardisés, les protocoles ou listes de vérification, les renseignements sur le service à l'utilisateur, le soutien aux prises de décisions cliniques et les renseignements sur les méthodes d'administration. Ces outils font l'objet d'examens, d'approbations et de mises à jour périodiques. Le processus d'approbation comprend un examen par un pharmacien et d'autres membres de l'équipe interdisciplinaire appelés à utiliser les outils. L'information relative aux médicaments est accessible à l'aide de liens électroniques (p. ex., des icônes ou des codes à barres).

- 10.3.4 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent qu'en tout temps, les équipes cliniques ont accès à un pharmacien sur appel.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Lorsque la pharmacie est fermée, les équipes peuvent joindre un pharmacien sur appel, ou encore, se prévaloir des services de pharmacie offerts par un autre établissement.

- 10.3.5 Le comité interdisciplinaire s'assure que le type d'alertes incluses dans le système de rédaction d'ordonnance électronique comprend au moins le niveau d'alerte en tant que réglage global, et l'interaction entre médicaments, les allergies, ainsi que les doses minimales et maximales pour les médicaments de niveau d'alerte élevé en tant que composantes particulières.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Comme point de départ, des alertes pour les médicaments de niveau d'alerte élevé sont nécessaires. Le but est d'établir des alertes pour les problèmes les plus importants pour toute catégorie de médicament. Les réglages globaux souvent disponibles peuvent être



par exemple : 1) pour les interactions médicamenteuses : la gravité de l'effet, la probabilité d'occurrence et la force de la preuve; et 2) pour la vérification des doses, le degré de pourcentage des doses permises au-dessous ou au-delà des doses habituelles.

- 10.3.6 Le comité interdisciplinaire assure une vérification régulière de la pratique normalisée de gestion des alertes dans le système de rédaction d'ordonnance électronique.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Le comité interdisciplinaire doit superviser les alertes générées par le système.

Une vérification régulière des types d'alertes contournées par les équipes doit être effectuée pour optimiser la pertinence des alertes. Le manque de vigilance à l'égard des alertes est géré en évaluant régulièrement le type d'alertes requis par le système de rédaction d'ordonnance électronique en fonction de l'information sur les pratiques optimales et en obtenant l'avis des équipes. De plus, ce comité doit avoir la possibilité de gérer les alertes individuelles pour enlever les alertes non pertinentes. Le système de rédaction d'ordonnance électronique est testé pour s'assurer que les alertes appropriées se déclenchent pour les doses maximales précises des médicaments de niveau d'alerte élevé.

L'établissement peut exiger que, dans le système informatique d'entrée des ordonnances, le nom d'utilisateur y soit enregistré, de même que la date du contournement et les raisons qui ont justifié le contournement d'une alerte.

- 10.3.7 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent de la mise à jour régulière des outils d'aide à la décision clinique dans le système de rédaction d'ordonnance électronique.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Les mises à jour sont souvent mensuelles, mais devraient minimalement être effectuées tous les quatre mois. La décision de faire les mises à jour moins souvent doit en être une décision organisationnelle approuvée par l'établissement selon le niveau de risque.



Selon la complexité du système, les mises à jour peuvent demander une coordination entre le service de pharmacie et le service informatique. L'impact des mises à jour est évalué pour déterminer, à son tour, l'impact potentiel sur les utilisateurs.

- 10.3.8 Les gestionnaires de l'établissement veillent à l'interopérabilité du système de rédaction d'ordonnance électronique avec d'autres systèmes d'information cliniques requis pour la gestion du circuit du médicament.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Parmi les autres systèmes d'information utilisés pour la gestion du circuit du médicament, on trouve le système informatique de la pharmacie et le registre électronique d'administration des médicaments. De plus, les gestionnaires sont encouragés à intégrer le système de rédaction d'ordonnance électronique au système informatique de son laboratoire.

- 10.3.9 Le comité interdisciplinaire s'assure que le type d'alertes incluses dans le système informatique de la pharmacie comprend au moins le niveau d'alerte en tant que réglage global, et l'interaction entre médicaments, les allergies, ainsi que les doses minimales et maximales pour les médicaments de niveau d'alerte élevé en tant que composantes particulières.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Comme point de départ, des alertes pour les médicaments de niveau d'alerte élevé sont nécessaires. Le but est d'établir des alertes pour les problèmes les plus importants pour toute catégorie de médicament.

Les réglages globaux souvent disponibles peuvent être par exemple : 1) pour les interactions médicamenteuses : la gravité de l'effet, la probabilité d'occurrence, et la force de la preuve; et 2) pour la vérification des doses, le degré de pourcentage des doses permises au-dessous ou au-delà des doses habituelles.

- 10.3.10 Le comité interdisciplinaire assure une vérification régulière de la pratique normalisée de gestion des alertes par le système informatique de la pharmacie.



Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Le comité interdisciplinaire doit revoir le niveau d'alerte dans le système. Une vérification régulière des types d'alertes contournées par l'équipe de pharmacie doit être effectuée pour optimiser la pertinence des alertes. Le manque de vigilance à l'égard des alertes est géré en évaluant régulièrement le type d'alertes requis par le système informatique de la pharmacie en fonction de l'information sur les pratiques optimales et en obtenant l'avis des équipes. De plus, ce comité doit avoir la possibilité de gérer les alertes individuelles pour enlever les alertes non pertinentes. Le système informatique de la pharmacie est testé pour s'assurer que les alertes appropriées se déclenchent pour les doses maximales précises des médicaments de niveau d'alerte élevé.

L'établissement peut exiger que, dans le système informatique, le nom d'utilisateur y soit enregistré, de même que la date du contournement et les raisons qui ont justifié le contournement d'une alerte.

- 10.3.11 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent de la mise à jour régulière des outils d'aide à la décision cliniques dans le système informatique de la pharmacie.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Les mises à jour sont souvent mensuelles, mais devraient être effectuées au minimum tous les quatre mois. La décision de faire les mises à jour moins souvent doit être une décision organisationnelle approuvée par l'établissement selon le niveau de risque. Selon la complexité du système, les mises à jour peuvent demander une coordination entre les services de pharmacie et d'informatique. L'impact des mises à jour est évalué pour déterminer, à son tour, l'impact potentiel sur les utilisateurs.

- 10.3.12 Le comité interdisciplinaire veille à l'interopérabilité du système informatique de la pharmacie à d'autres systèmes d'information cliniques requis pour la gestion du circuit du médicament.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils



Parmi les autres systèmes d'information utilisés pour la gestion du circuit des médicaments, on trouve le système informatique de la pharmacie et le registre électronique d'administration des médicaments. De plus, le comité interdisciplinaire de l'établissement est encouragé à intégrer le système informatique de la pharmacie à celui de son laboratoire et du système de rédaction d'ordonnance électronique.

- 10.3.13 Les gestionnaires de l'établissement désignent l'équipe de pharmacie comme responsable de l'obtention des médicaments conformément à la politique organisationnelle des achats.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'achat de tous les médicaments doit se faire sous la responsabilité de la pharmacie. La pharmacie peut déléguer l'achat de certains produits à un autre département tel que les solutés et les médicaments sans prescription, mais la sélection des produits doit être approuvée par l'équipe de pharmacie. La procédure porte sur la façon dont les médicaments arrivent et sont reçus sur les lieux de l'établissement, sur les mesures prises lorsqu'ils sont dans l'établissement, et sur la consignation de cette procédure.

- 10.3.14 Le comité interdisciplinaire établit des limites de doses contournables et incontournables pour tous les médicaments administrés par perfusion.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

L'établissement de limites contournables et des limites incontournables aide à détecter les erreurs de programmation ainsi que les doses ou les vitesses de perfusion prescrites qui sont inexactes. Les limites contournables déclenchent une alerte qu'un membre de l'équipe peut ignorer. Les limites incontournables établissent l'utilisation de la pompe à perfusion en fonction de paramètres déterminés. Le comité doit inclure au minimum un représentant de la pharmacie et du personnel infirmier.

- 10.3.15 Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes une procédure qui précise le moment et la façon de contourner les alertes des pompes à perfusion intelligentes.



Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

La procédure doit inclure le processus pour l'approbation et la documentation au dossier de l'utilisateur nécessaire pour contourner l'utilisation de limites contournables et incontournables.

- 10.3.16 L'équipe de pharmacie met à jour régulièrement la bibliothèque de médicaments entreposés dans les pompes à perfusion intelligentes.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Des bibliothèques de médicaments sont élaborées en tenant compte des limites et maintenues en consultation avec des équipes de soins interdisciplinaires, et ce, pour toutes les populations d'utilisateurs desservies. Les mises à jour des bibliothèques de médicaments sont effectuées après l'évaluation des rapports de conformité en lien avec les données probantes et approuvées par le comité interdisciplinaire. Les mises à jour peuvent également être effectuées au besoin, mais jamais moins d'une fois par trimestre, à moins qu'il n'y ait aucune mise à jour à effectuer pour le trimestre en question.

Avant de mettre à jour les pompes, il faut évaluer les rapports de conformité et comprendre pourquoi les utilisateurs ne s'y conforment pas.

- 10.3.17 Les usagers et les personnes proches aidantes sont renseignés quant aux risques associés à la modification de la programmation des pompes à perfusion.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Il incombe aux usagers et aux personnes proches aidantes de jouer leur rôle dans l'optimisation de l'administration sécuritaire des médicaments avec les pompes.

10.4 Gérer les inventaires de médicaments



10.4.1 L'équipe de pharmacie signale les problématiques de différenciation entre les produits comme les étiquettes ou les emballages qui se ressemblent.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Une façon d'encourager la différenciation entre les produits dont les étiquettes ou les emballages se ressemblent est de signaler chaque cas à l'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada (ISMP Canada), aux groupes chargés de l'approvisionnement ou en communiquant directement avec les fabricants concernés.

10.4.2 L'équipe de pharmacie favorise l'achat des médicaments fabriqués commercialement dans le but de réduire les préparations magistrales.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Lorsqu'un médicament parentéral n'est pas disponible sur le marché, les prescripteurs, en consultation avec le service de pharmacie, doivent soigneusement évaluer les risques de la préparation magistrale par rapport à la substitution pour un produit disponible commercialement.

10.4.3 Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre une stratégie d'atténuation des risques pour gérer en toute sécurité les médicaments de niveau d'alerte élevé.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Conseils du test de conformité 10.4.3.1:

Les médicaments de niveau d'alerte élevé sont des médicaments qui présentent un risque élevé de causer un préjudice important à l'utilisateur lorsqu'ils sont administrés par erreur.

Une évaluation des risques est effectuée pour déterminer et créer une liste des médicaments de niveau d'alerte élevé utilisés dans l'établissement. L'évaluation des risques prend en compte, au minimum, les anticoagulants, les types d'insuline, les



agents chimiothérapeutiques, les opioïdes, les agents bloquants neuromusculaires et les électrolytes concentrés. En outre, l'évaluation des risques tient compte du type de soins dispensés, du type de soins comme les soins chirurgicaux, les soins palliatifs, les soins de courte durée, les soins de longue durée ou les soins à domicile; et des populations desservies, comme les nouveau-nés, les enfants, les jeunes, les adultes ou les personnes âgées.

L'élaboration de la liste des médicaments de niveau d'alerte élevé de l'établissement s'appuie également sur la recherche, les pratiques de sécurité fondées sur des données probantes et les données de déclaration d'erreurs aux paliers organisationnel, juridictionnel et national. De plus, la liste s'inspire de la dernière version des listes de médicaments de niveau d'alerte élevé élaborées par des ordres professionnels et des organisations axées sur la sécurité désignées par les autorités compétentes, comme l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada.

Conseils du test de conformité 10.4.3.2:

La procédure de l'établissement pour gérer en toute sécurité les médicaments de niveau d'alerte élevé est élaborée à partir de pratiques de sécurité fondées sur des données probantes et reflète le type de soins dispensés, le type de soins et les populations desservies. La procédure de l'établissement vise à atténuer le risque de préjudice et à optimiser l'utilisation sécuritaire des médicaments de niveau d'alerte élevé.

La procédure de l'établissement pour gérer en toute sécurité les médicaments de niveau d'alerte élevé comprend les pratiques de sécurité suivantes.

Achats

- Informer les équipes cliniques des changements apportés à la liste des médicaments de l'établissement, y compris les directives actualisées pour une prescription et une administration sécuritaires.

Entreposage

- Utiliser des technologies d'appui telles que le codage à barres pour identifier le moment où les médicaments sont reçus, entreposés ou retournés à l'inventaire.
- Limiter l'accès aux médicaments de niveau d'alerte élevé dans le milieu de soins.
- Effectuer des vérifications de routine, y compris l'identification des médicaments tels que l'insuline, les électrolytes concentrés ou l'héparine à concentration élevée ou à quantité totale élevée qui sont entreposés en toute sécurité dans le milieu de soins.



- Mettre en œuvre des pratiques de sécurité supplémentaires lorsqu'une décision est prise d'entreposer des médicaments de niveau d'alerte élevé dans le milieu de soins.

Prescription

- Utiliser des ensembles d'ordonnances prédéfinis et des protocoles normalisés pour soutenir l'utilisation sécuritaire des médicaments de niveau d'alerte élevé.

Distribution

- Utiliser des produits prémélangés ou des seringues déjà remplies disponibles commercialement ou préparés par la pharmacie.
- Fournir des produits prémélangés ou des seringues déjà remplies, lorsque c'est possible, afin de mettre à disposition des produits prêts à l'emploi au point de service.
- Ajouter des étiquettes d'avertissement auxiliaires aux médicaments de niveau d'alerte élevé si la technologie du code à barres n'est pas utilisée au point de service.

Administration

- Utiliser des pompes programmables avec des bibliothèques de médicaments qui intègrent des limites pour le dosage et/ou le volume de perfusion.
- Utiliser les alertes automatiques des pompes programmables qui sont conformes aux ensembles d'ordonnances prédéfinis et aux protocoles normalisés.
- Recourir à des doubles vérifications indépendantes, y compris l'utilisation de la technologie du code à barres.

Surveillance

- Intégrer les paramètres de surveillance dans les ensembles d'ordonnances prédéfinis et les protocoles normalisés.
- Envisager la possibilité d'une erreur de médication ou d'une réaction indésirable à un médicament lorsque l'état clinique d'un usager change de façon significative.

Conseils du test de conformité 10.4.3.3:

Une formation comprenant des activités de sensibilisation sur la stratégie d'atténuation des risques de l'établissement pour gérer en toute sécurité les médicaments de niveau d'alerte élevé est dispensée aux équipes cliniques, y compris aux prescripteurs, lors de



l'orientation et de manière continue. Si l'établissement propose des stages cliniques, les étudiants, les résidents et les boursiers reçoivent la formation requise avant de prodiguer des soins.

L'expertise, l'expérience et les connaissances des professionnels de la santé qui prescrivent, préparent, délivrent et administrent des médicaments de niveau d'alerte élevé sont utilisées pour éclairer les activités d'éducation et de sensibilisation. Les pratiques sécuritaires et l'adhésion à la procédure de l'établissement pour gérer en toute sécurité les médicaments de niveau d'alerte élevé sont continuellement renforcées dans le cadre d'occasions d'apprentissage comme les rencontres interdisciplinaires sur la sécurité des médicaments et la communication des recommandations découlant de l'analyse des incidents liés à la sécurité mettant en cause des médicaments en ce qui concerne les médicaments de niveau d'alerte élevé.

Les usagers et les personnes proches aidantes reçoivent une formation sur les médicaments de niveau d'alerte élevé et sont encouragés à poser des questions, à faire part de leurs préoccupations et à prendre part aux conversations. Leurs expériences vécues fournissent des connaissances qui sont utilisées pour éclairer les activités d'éducation.

Conseils du test de conformité 10.4.3.4:

Les enseignements tirés de la déclaration et de l'analyse des incidents liés à la sécurité mettant en cause des médicaments de niveau d'alerte élevé permettent de mettre régulièrement à jour la liste de ces médicaments et les pratiques de sécurité associées.

Les recommandations découlant de l'analyse des incidents liés à la sécurité mettant en cause des médicaments sont communiquées aux équipes cliniques de l'établissement. Les gestionnaires sont encouragés à communiquer également les résultats et les recommandations relatives aux incidents liés à la sécurité mettant en cause des médicaments aux partenaires concernés, y compris les ordres professionnels et les organisations axées sur la sécurité désignées par les autorités compétentes.

La liste des médicaments de niveau d'alerte élevé utilisés dans l'établissement est tenue à jour afin de refléter les changements apportés aux pratiques organisationnelles, l'introduction de nouvelles pratiques de soins dans les milieux de soins et les nouveaux médicaments disponibles sur le formulaire thérapeutique. Les changements apportés à la liste sont communiqués aux équipes cliniques comme indiqué dans la procédure organisationnelle pour gérer en toute sécurité les médicaments de niveau d'alerte élevé.

Conseils du test de conformité 10.4.3.5:



Un plan d'amélioration de la qualité permet aux gestionnaires et aux équipes cliniques d'identifier ce qui va bien et ce qui doit être amélioré dans la gestion du circuit du médicament, y compris la gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé.

Les indicateurs de sécurité des médicaments liés aux médicaments de niveau d'alerte élevé sont identifiés. Les données relatives à ces indicateurs sont recueillies régulièrement et sont utilisées pour éclairer le plan d'amélioration de la qualité de la gestion du circuit du médicament de l'établissement. Voici des exemples d'indicateurs de sécurité des médicaments liés aux médicaments de niveau d'alerte élevé :

- le nombre d'incidents de sécurité liés mettant en cause les médicaments de niveau d'alerte élevé qui ont été déclarés;
- les résultats des vérifications des zones d'entreposage des médicaments pour évaluer la conformité à la procédure de l'établissement pour gérer en toute sécurité les médicaments de niveau d'alerte élevé;
- la rétroaction des équipes cliniques sur l'applicabilité de la liste des médicaments de niveau d'alerte élevé et la procédure de l'établissement pour gérer en toute sécurité les médicaments de niveau d'alerte élevé;
- la rétroaction sur les activités d'éducation et de sensibilisation menées par l'établissement sur la sécurité des médicaments de niveau d'alerte élevé.

Test(s) de conformité

- 10.4.3.1 Les gestionnaires de l'établissement fournissent aux équipes cliniques une liste à jour des médicaments de niveau d'alerte élevé utilisés dans leur établissement.
- 10.4.3.2 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les équipes cliniques suivent la procédure de l'établissement pour gérer en toute sécurité les médicaments de niveau d'alerte élevé.
- 10.4.3.3 Les gestionnaires de l'établissement fournissent aux équipes cliniques une formation continue sur la stratégie d'atténuation des risques de l'établissement pour gérer en toute sécurité les médicaments de niveau d'alerte élevé.
- 10.4.3.4 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que la liste des médicaments de niveau d'alerte élevé est régulièrement mise à jour



pour intégrer les enseignements tirés des rapports et des analyses des incidents liés à la sécurité mettant en cause des médicaments.

10.4.3.5 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que le plan d'amélioration de la qualité de la gestion du circuit du médicament de l'établissement comprend des activités visant à améliorer les pratiques de sécurité liées aux médicaments de niveau d'alerte élevé.

10.4.4 Les gestionnaires de l'établissement mettent en œuvre une stratégie d'atténuation des risques pour réduire les préjudices évitables liés aux opioïdes en limitant la disponibilité des formulations d'opioïdes à concentration élevée et à dose totale élevée et leur accès.

POR

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Conseils du test de conformité 10.4.4.1:

Les formulations pharmaceutiques à concentration élevée et à dose totale élevée d'opioïdes peuvent accroître le risque de préjudice en raison de leur puissance, de la quantité totale d'opioïdes contenue dans l'emballage et de la nécessité fréquente de procéder à des étapes de calcul et de dilution avant l'administration de la formulation à un usager.

Une évaluation des risques est menée pour cerner et créer une liste des formulations d'opioïdes utilisées dans l'établissement qui présentent un risque pour les usagers. L'évaluation des risques tient compte de la concentration élevée et la dose totale élevée d'opioïdes; du type de soins dispensés, comme les soins chirurgicaux, les soins palliatifs, les soins de courte et de longue durée ou les soins à domicile; et des populations desservies, comme les nouveau-nés, les enfants, les jeunes, les adultes ou les personnes âgées.

L'élaboration de la liste des formulations d'opioïdes à concentration élevée et à dose totale élevée d'un établissement s'appuie également sur la recherche, les pratiques de sécurité fondées sur des données probantes et les données de déclaration d'erreurs aux paliers organisationnel, juridictionnel et national. De plus, la liste s'appuie sur les recommandations des ordres professionnels et des organisations axées sur la sécurité désignées par les autorités compétentes, comme l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada.



Ci-dessous des exemples de formulations d'opioïdes à dose totale élevée pour les établissements de soins de courte et de longue durée :

- Ampoules ou flacons de fentanyl dont la dose totale est supérieure à 100 mcg;
- Ampoules ou flacons d'HYDROMORPHONE dont la dose totale est supérieure à 2 mg;
- Ampoules ou flacons de morphine avec une dose totale supérieure à 15 mg par formulation dans les établissements de soins pour adultes et à 2 mg dans les établissements de soins pour enfants;
- Cassettes de perfusion d'opioïdes.

Ci-dessous des exemples de formulations d'opioïdes à concentration élevée pour les établissements de soins de courte et de longue durée :

- Flacons d'HYDROMORPHONE à 50 mg/ml;
- Flacons de morphine à 50 mg/ml;
- Concentré de méthadone à usage oral à 10 mg/ml.

Ci-dessous des exemples de distribution de formulations d'opioïdes à volume élevé pour les soins à domicile :

- Comprimé d'HYDROMORPHONE à action prolongée à 30 mg limité au minimum à un approvisionnement d'un mois;
- Timbre transdermique de fentanyl à 100 mcg/h dans une boîte en carton de 5 timbres;
- Seringues préremplies contenant chacune 5 mg de morphine dans une enveloppe pour 10 seringues;
- Solution orale de méthadone à 1 mg/ml en flacons de 100 ml.

Conseils du test de conformité 10.4.4.2:

La procédure de l'établissement visant à limiter la disponibilité des formulations d'opioïdes à concentration élevée et à dose totale élevée et leur accès est déterminée et élaborée à partir de pratiques de sécurité fondées sur des données probantes et reflète le type de soins dispensés, et les populations desservies. La procédure de l'établissement vise à atténuer le risque de préjudice et à garantir de façon adéquate une disponibilité des opioïdes et leur accès.

La procédure de l'établissement intègre des pratiques de sécurité comme celles :

- D'éviter l'entreposage de formulations d'opioïdes à dose totale élevée dans le cadre des soins aux usagers;



- De limiter l'inventaire des opioïdes à une concentration élevée dans le cadre de soins aux usagers;
- De fournir des opioïdes dans des formats prêts à l'emploi pour éviter les calculs au lieu d'intervention ou la nécessité de diluer le produit;
- De distribuer les opioïdes en milieu communautaire en quantités limitées, par exemple des stocks de quatre jours plutôt que des stocks mensuels;
- De fournir des opioïdes dans un emballage à dose unitaire;
- De fournir un coffre-fort pour l'entreposage des opioïdes au domicile des usagers;
- D'assurer l'élimination ou le retrait rapide et efficace des opioïdes inutiles et gaspillés.

Conseils du test de conformité 10.4.4.3:

La formation qui comprend des activités de sensibilisation sur la stratégie d'atténuation des risques de l'établissement visant à limiter la disponibilité des formulations d'opioïdes à concentration élevée et à dose totale élevée et leur accès sont fournies aux équipes cliniques lors de l'orientation et de manière continue. Si l'établissement propose des stages cliniques, les étudiants, les résidents et les boursiers reçoivent la formation requise avant de prodiguer des soins.

L'expertise, l'expérience et les connaissances des professionnels de santé qui prescrivent, préparent, distribuent et administrent des opioïdes à concentration élevée et à dose totale élevée sont sollicitées pour éclairer les activités de formation et de sensibilisation. Les pratiques sécuritaires et l'observance en ce qui a trait aux procédures de l'établissement visant à limiter la disponibilité des formulations d'opioïdes à concentration élevée et à dose totale élevée et leur accès sont continuellement renforcées dans le cadre d'occasions d'apprentissage telles que les rencontres interdisciplinaires sur la sécurité des médicaments et la communication des recommandations découlant de l'analyse des incidents de sécurité mettant en cause des médicaments en lien avec les erreurs de médication opioïde.

Les usagers et les personnes proches aidantes reçoivent une formation sur la sécurité des opioïdes et sont encouragés à poser des questions, à faire part de leurs préoccupations et à prendre part à des conversations à propos de la sécurité des opioïdes. Leurs expériences vécues fournissent des connaissances qui sont utilisées pour éclairer les activités d'éducation.

Conseils du test de conformité 10.4.4.4:



Les enseignements tirés du rapport et de l'analyse des incidents de sécurité mettant en cause toute la médication opioïde éclairent la mise à jour régulière de la liste des formulations d'opioïdes à concentration élevée et à dose totale élevée, ainsi que les pratiques de sécurité associées.

Les recommandations découlant de l'analyse des incidents de sécurité mettant en cause la médication opioïde sont communiquées aux équipes cliniques de l'établissement. Les gestionnaires sont aussi encouragés à communiquer les résultats et les recommandations des incidents de sécurité mettant en cause la médication aux partenaires concernés dans la communauté y compris les ordres professionnels et les organisations axées sur la sécurité désignées par les autorités compétentes.

La liste des formulations d'opioïdes à concentration élevée et à dose totale élevée utilisées dans l'établissement est tenue à jour pour refléter les changements dans les pratiques organisationnelles, l'introduction de nouvelles pratiques de soins dans les établissements et les nouvelles formulations disponibles. Les modifications de la liste sont communiquées comme indiqué dans la procédure organisationnelle afin de limiter la disponibilité des formulations d'opioïdes à concentration élevée et à dose élevée totale et leur accès.

Conseils du test de conformité 10.4.4.5:

Un plan d'amélioration de la qualité de gestion de la médication permet aux gestionnaires et aux équipes cliniques d'identifier ce qui va bien et ce qui doit être amélioré dans la gestion de la médication y compris la disponibilité des formulations d'opioïdes à concentration élevée et à dose totale élevée et leur accès.

Les indicateurs de sécurité mettant en cause la médication liée à toutes les formulations d'opioïdes sont identifiés. Les données des indicateurs sont recueillies régulièrement et sont utilisées pour éclairer le plan d'amélioration de la qualité de la gestion de la médication. Des exemples d'indicateurs de sécurité mettant en cause la médication en lien avec les opioïdes comprennent :

- Le nombre d'incidents signalés liés à la sécurité mettant en cause la médication opioïde;
- Les résultats de l'audit des zones d'entreposage des médicaments pour évaluer la conformité avec la procédure de l'établissement en vue de limiter la disponibilité des formulations d'opioïdes à concentration élevée et à dose totale élevée et leur accès;



- La rétroaction des équipes cliniques sur la mise en application de la procédure visant à limiter la disponibilité des formulations d'opioïdes à concentration élevée et à dose totale élevée et leur accès et de la liste de formulations d'opioïdes à concentration élevée et à dose totale élevée disponible au sein de l'établissement;
- La rétroaction sur les activités de formation et de sensibilisation dispensées par l'établissement sur la sécurité des opioïdes.

Test(s) de conformité

- 10.4.4.1 Les gestionnaires de l'établissement fournissent aux équipes cliniques une liste à jour des formulations d'opioïdes disponibles à concentration élevée et à dose totale élevée utilisées dans leur établissement.
- 10.4.4.2 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les équipes cliniques suivent la procédure de l'établissement pour limiter la disponibilité des formulations d'opioïdes à concentration élevée et à dose totale élevée et leur accès.
- 10.4.4.3 Les gestionnaires de l'établissement fournissent aux équipes cliniques une formation continue sur la stratégie d'atténuation des risques de l'établissement pour limiter la disponibilité des formulations d'opioïdes à concentration élevée et à dose totale élevée et leur accès.
- 10.4.4.4 Les enseignements tirés du rapport et de l'analyse des incidents de sécurité mettant en cause toute la médication opioïde éclairent la mise à jour régulière de la liste des formulations d'opioïdes à concentration élevée et à dose totale élevée, ainsi que les pratiques de sécurité associées.

Les recommandations découlant de l'analyse des incidents de sécurité mettant en cause la médication opioïde sont communiquées aux équipes cliniques de l'établissement. Les gestionnaires sont aussi encouragés à communiquer les résultats et les recommandations des incidents de sécurité mettant en cause la



médication aux partenaires concernés dans la communauté y compris les ordres professionnels et les organisations axées sur la sécurité désignées par les autorités compétentes.

La liste des formulations d'opioïdes à concentration élevée et à dose totale élevée utilisées dans l'établissement est tenue à jour pour refléter les changements dans les pratiques organisationnelles, l'introduction de nouvelles pratiques de soins dans les établissements et les nouvelles formulations disponibles. Les modifications de la liste sont communiquées comme indiqué dans la procédure organisationnelle afin de limiter la disponibilité des formulations d'opioïdes à concentration élevée et à dose élevée totale et leur accès.

10.4.4.5 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que le plan d'amélioration de la qualité de la gestion du circuit du médicament de l'établissement comprend des activités visant à améliorer les pratiques de sécurité liées à la disponibilité des formulations d'opioïdes à concentration élevée et à dose totale élevée et à leur accès.

10.4.5 Les gestionnaires de l'établissement mettent à la disposition des équipes une procédure pour la réception des médicaments provenant des pharmacies externes.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Lorsque l'établissement obtient ses médicaments d'une pharmacie externe, la documentation lors de la réception doit être précisée pour s'assurer d'un contrôle des médicaments avant leur utilisation. La procédure doit inclure les personnes qui peuvent valider que les bons médicaments sont reçus et procéder à la distribution à l'interne.

10.4.6 Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure pour gérer les pénuries de médicaments.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils



La procédure de gestion des pénuries de médicaments comprend l'identification d'options thérapeutiques et de protocoles de substitution ainsi que la formation des membres de l'équipe à cet effet. La procédure inclut les stratégies de communication.

- 10.4.7 Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure pour l'entreposage des médicaments au commun aux aires de soins.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Les types de médicaments entreposés dans les aires de soins dépendent des populations desservies. Le comité interdisciplinaire prend en considération l'expérience des équipes cliniques, les risques d'incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments, l'âge et le diagnostic typiques de la population desservie, le soutien clinique requis, et s'il s'agit de médicaments faisant l'objet d'un niveau d'alerte élevé.

- 10.4.8 Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes une procédure pour la gestion de rappel des médicaments par le fournisseur ou l'instance gouvernementale.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

L'information sur la façon de retourner les médicaments interrompus ou faisant l'objet d'un rappel est souvent fournie par le gouvernement ou le fabricant. Le processus de l'établissement devrait également prévoir de communiquer avec les usagers à qui des médicaments faisant l'objet d'un rappel ont été administrés ou distribués.

- 10.4.9 Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure pour l'introduction de tout nouveaux dispositifs d'administration des médicaments.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils



Restreindre la gamme d'équipement permet de réduire le besoin de formation ainsi que le risque d'erreur.

Si des problèmes sont identifiés lors de l'évaluation des dispositifs d'administration, ils doivent être résolus avant qu'une décision soit prise d'acheter ou d'utiliser un nouveau dispositif.

10.5 Entreposer et préparer les médicaments à la pharmacie et dans les aires de soins

10.5.1 Les gestionnaires de l'établissement assurent un accès limité aux aires d'entreposage des médicaments.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le degré de sécurité requis dépend du type de médicament entreposé. Par exemple, l'accès aux aires d'entreposage des médicaments peut être régulé à l'aide d'un clavier à codes ou de cartes magnétiques comportant différents niveaux d'accès, de chariots de médicaments pouvant être verrouillés ou toujours surveillés, dans une aire d'entreposage des médicaments toujours dotée de main-d'œuvre. L'établissement détermine la meilleure façon de restreindre l'accès aux aires d'entreposage des médicaments en fonction de ses besoins et du risque d'accès non autorisé aux dites aires.

10.5.2 L'équipe de pharmacie s'assure que les conditions d'entreposage des médicaments sont respectées.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les conditions d'entreposage convenables tiennent compte de la température, de l'humidité, de la sensibilité à la lumière, de l'emballage et des contenants de livraison. Par exemple, les vaccins, l'insuline et les injectables de lorazépam sont entreposés dans des réfrigérateurs munis de régulateurs pour la température. Les monographies de médicaments doivent être consultées en ce qui a trait aux températures d'entreposage de médicaments.



- 10.5.3 L'équipe de pharmacie s'assure que les aires d'entreposage pour les stupéfiants et les drogues contrôlées sont conformes à toutes les exigences des lois et des règlements.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les stupéfiants et les drogues contrôlées sont conservés dans un lieu sûr protégé par un double verrouillage au minimum (p. ex., dans une armoire verrouillée située dans une pièce verrouillée). Les substances contrôlées doivent être entreposées dans les compartiments verrouillables ou à haute sécurité désignés des cabinets de distribution automatisés.

- 10.5.4 L'équipe de pharmacie assure un entreposage qui permet la distinction des médicaments d'apparence semblables, des noms semblables, et les médicaments de niveau d'alerte élevé.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La séparation de ces types de médicaments dans les aires d'entreposage des médicaments permet d'éviter la confusion et favorise la sécurité. Par exemple, les médicaments peuvent être entreposés sur des tablettes ou dans des bacs séparés.

- 10.5.5 Les gestionnaires de l'établissement mettent à la disposition des équipes cliniques une procédure pour la disposition des médicaments contaminés.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La pharmacie est considérée comme une zone propre. Aucun médicament qui a été en contact avec un usager ne doit être entreposé à la pharmacie pour éviter les risques de contamination nosocomiale (p. ex., l'hépatite B). Les méthodes de destruction des médicaments contaminés doivent être conformes aux lois sur la protection de l'environnement.

- 10.5.6 L'équipe de pharmacie s'assure que les médicaments en attente de retrait qui sont périmés, interrompus, font l'objet d'un rappel ou sont endommagés sont entreposés dans des endroits distincts pour éviter leur utilisation.



Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Séparer ou isoler les médicaments périmés, interrompus, rappelés, ou endommagés évite la confusion et favorise la sécurité. Cela évite qu'ils ne soient utilisés par erreur. Les méthodes de destructions des médicaments doivent être conformes aux lois sur la protection de l'environnement.

- 10.5.7 Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure afin que l'usage des flacons multidoses soit limité dans les aires de soins.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'utilisation des flacons multidoses pour un seul usager diminue le risque de contamination croisée et la propagation de l'infection. Habituellement, les flacons multidoses contiennent un agent conservateur antimicrobien afin de faciliter la prévention du développement des bactéries. L'agent conservateur n'a aucun effet sur les virus et ne protège pas contre la contamination lorsque la main-d'œuvre ne respecte pas les pratiques d'injection sans danger. Des pratiques d'injection dangereuses qui exposent les usagers à l'hépatite B, à l'hépatite C et à d'autres infections ont été identifiées dans le cadre de procédures variées lorsque des flacons multidoses avaient été utilisés pour plus d'un usager. Des douzaines de cas d'épidémies où les usagers ont subi des préjudices importants, voire le décès, ont été associés à la réutilisation de flacons à dose unique et à la mauvaise utilisation de flacons multidoses. La politique et les procédures de l'établissement doivent intégrer des pratiques sécuritaires pour ce qui est de la manipulation des flacons multidoses, y compris l'étiquetage des seringues. Il y a des exceptions, notamment, les médicaments tels que les vaccins qui ne sont pas nécessairement disponibles dans des flacons à dose unique ou dans des seringues préremplies par le fabricant. S'il s'agit d'exceptions, le comité interdisciplinaire doit approuver l'entreposage des flacons multidoses dans les aires de soins pour les usagers.

- 10.5.8 Les gestionnaires de l'établissement respectent le calendrier d'inspection des aires d'entreposage et de préparation des médicaments.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils



Les calendriers pour le nettoyage ordinaire des aires d'entreposage des médicaments sont maintenus et les produits de nettoyage approuvés sont disponibles. Les médicaments sont entreposés par noms génériques si possible et en groupes afin d'en faciliter l'identification et l'accès en fonction des cadres de référence pharmaceutiques.

L'inspection des aires d'entreposage des médicaments permet de s'assurer que seuls les médicaments approuvés et non périmés sont entreposés dans la pharmacie et dans les aires de soins pour les usagers. La vérification de la température des réfrigérateurs et des congélateurs utilisés pour l'entreposage de médicaments fait également partie de l'inspection. Les inspections sont consignées conformément à la politique de l'établissement. Les inspections devraient être documentées selon une liste de vérification.

- 10.5.9 L'équipe de pharmacie s'assure que les produits chimiques et les principes actifs qui servent aux préparations magistrales non stériles sont évalués périodiquement.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'évaluation des produits chimiques et des principes actifs utilisés pour les préparations magistrales comprend l'observance aux conseils sur la durée de conservation des contenants de matières premières déjà ouverts. Les produits chimiques et les principes actifs utilisés dans les préparations magistrales doivent être jetés trois ans après leur ouverture, à moins que la date d'expiration du fabricant soit plus courte.

- 10.5.10 L'équipe de pharmacie s'assure que les règlements, qui portent sur la manipulation des produits chimiques et des principes actifs utilisés pour les préparations magistrales à la pharmacie, sont respectés.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

La main-d'œuvre a accès aux documents du Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT), y compris les fiches de données de sécurité. Le port d'équipement de protection individuelle, l'étiquetage, l'entreposage et le nettoyage des déversements sont des exemples de pratique conformes.



- 10.5.11 L'équipe de pharmacie assure l'entreposage des agents anesthésiques volatils à l'état liquide dans un endroit ayant les conditions environnementales appropriées conformément aux directives du fabricant.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'oxyde nitreux est un exemple de gaz anesthésique. Une ventilation adéquate permet de réduire le plus possible l'exposition des membres de l'équipe aux gaz dangereux, si une ou plusieurs bouteilles sont brisées. Les bouteilles doivent être entreposées au ras du sol afin de réduire le plus possible l'étendue de la dispersion du contenu (en cas de déversement).

10.6 Prescrire des médicaments

- 10.6.1 Le comité interdisciplinaire met en vigueur un programme qui vise à réduire les risques liés à la polypharmacie, surtout auprès des populations à risque comme les personnes âgées.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

L'établissement a validé des processus et des interventions, y compris des examens périodiques complets des médicaments, afin de réduire les incidences de polypharmacie. Les équipes interdisciplinaires ont accès à des ressources et à des stratégies pour réduire les incidences de polypharmacie, ce qui améliore la sécurité et la qualité de vie des usagers qui prennent de nombreux médicaments.

- 10.6.2 Le comité interdisciplinaire rend disponible aux équipes cliniques des outils d'aide à la décision pour favoriser la transition d'une thérapie intraveineuse à celle par voie orale en temps opportun.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'Organisation mondiale de la Santé signale que la surutilisation des injections, lorsque les formules par voie orale seraient plus appropriées, est l'un des facteurs principaux de l'utilisation irrationnelle des médicaments. La mise en œuvre d'un programme de



transition de la voie intraveineuse à la voie orale dans les hôpitaux de soins de courte durée constitue un petit pas vers la réduction de l'utilisation irrationnelle de médicaments injectables. L'administration de médicaments par voie orale est la plus sécuritaire et la plus pratique et, pour bon nombre de personnes, la même quantité de médicaments est libérée dans le sang, que ce soit par voie intraveineuse ou orale. Les divers programmes de transition de la voie intraveineuse à la voie orale font l'objet de nombreuses lignes directrices.

- 10.6.3 Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure pour la transmission des ordonnances de médicaments à la pharmacie.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

La pharmacie peut recevoir les originaux des ordonnances de médicaments en version papier ou une reproduction directe (p. ex. sans carbone), ou au moyen d'un système de rédaction d'ordonnance électronique ou d'autres moyens de transmission électronique, dans la mesure permise par la loi. Les ordonnances peuvent être distribuées en personne, par systèmes de tubes pneumatiques, télécopieur ou numériseur. Les impressions par un adressographe ou les étiquettes d'identification des usagers peuvent servir à identifier ceux-ci pour les ordonnances en version papier.

- 10.6.4 Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques des ordonnances standardisées, et/ou des formulaires thérapeutiques standardisés, pour les médicaments couramment prescrits ou identifiés comme présentant un risque élevé.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les ordonnances standardisées aident à réduire le risque d'erreurs. Le comité interdisciplinaire maintient un répertoire à jour des ordonnances standardisées approuvées. Le comité interdisciplinaire établit un processus de validation et de mise à jour de ces ordonnances. Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure pour standardiser les ordonnances en fonction du type de pompes utilisées. Des ordonnances standardisées doivent être utilisées pour prescrire les médicaments de chimiothérapie. Les ordonnances de chimiothérapie contiennent la



taille de l'usager, son poids et sa surface corporelle, la posologie en fonction de la surface corporelle, la dose finale calculée, ainsi que le nombre total de doses par traitement.

10.6.5

POR

Les gestionnaires de l'établissement s'assurent de l'adhésion à la « liste à jour des abréviations, symboles et désignations de doses qui ne doivent pas être utilisés » qui s'applique à toutes les communications liées à la médication.

Priorité: **POR** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Conseils du test de conformité 10.6.5.1:

Les abréviations mal interprétées, y compris les abréviations de noms de médicaments, les symboles et les désignations de doses, peuvent causer des incidents liés à la sécurité mettant en cause des médicaments, comme des médicaments incorrects, des doses incorrectes ou des modes d'emploi incorrects qui peuvent entraîner des préjudices aux usagers.

L'élaboration de la « liste » de l'établissement s'appuie sur la recherche, les pratiques de sécurité fondées sur des données probantes et les données de déclaration des incidents aux paliers organisationnel, juridictionnel et national. De plus, la « liste » s'appuie sur les recommandations des ordres professionnels et des organisations axées sur la sécurité désignées par les autorités compétentes, comme l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada.

Parmi les exemples d'abréviations, de symboles et de désignations de doses à éviter dans toute communication liée à la médication, mentionnons les formes abrégées des noms de médicaments; « u » pour unité; les symboles tels que @, > ou <; et les zéros de tête ou de queue.

Conseils du test de conformité 10.6.5.2:

La procédure de l'établissement pour l'adhésion à la « liste » est élaborée à partir de pratiques de sécurité fondées sur des données probantes et reflète le type de soins dispensés, le contexte de soins et les populations desservies. La procédure de l'établissement vise à prévenir, détecter et résoudre en temps utile l'utilisation des abréviations, symboles et désignations de doses figurant sur la « liste » dans toutes les communications liées à la médication.

Les équipes cliniques adhèrent à la « liste » tout au long du processus de gestion du circuit du médicament et dans toutes les communications écrites et électroniques liées à



la médication. Cela comprend les ordonnances manuscrites, les systèmes informatiques d'entrée des ordonnances y compris les champs de texte libre, les formulaires d'étiquetage des médicaments, les ensembles d'ordonnances standardisées, les étiquettes du lieu d'entreposage, les formules maîtresses, les feuilles d'administration des médicaments, les ressources pratiques, les cabinets de distribution automatisée, les pompes à perfusion intelligentes, les dossiers cliniques et le matériel éducatif destiné aux prestataires de soins de santé et aux usagers.

La résolution de la non-adhésion à la « liste » peut inclure une note de clarification de l'ordonnance dans le dossier clinique, signée par le membre approprié de l'équipe, telle que définie dans la procédure organisationnelle. La résolution ne doit pas être un facteur limitant l'administration du médicament, ce qui pourrait avoir une incidence significative sur le résultat des soins.

Conseils du test de conformité 10.6.5.3:

L'éducation renforce le fait que, même si les abréviations, les symboles et les désignations de dose semblent faire gagner du temps, ils peuvent causer des retards inutiles et risqués pour ceux qui doivent les interpréter tout au long du processus de gestion du circuit du médicament et peuvent entraîner un préjudice aux usagers.

Une formation comprenant des activités de sensibilisation à la procédure de l'établissement visant à adhérer à la « liste » est dispensée aux équipes cliniques, y compris aux prescripteurs, lors de l'orientation et de manière continue. Si l'établissement propose des stages cliniques, les étudiants, les résidents et les boursiers reçoivent la formation requise avant de prodiguer des soins.

Les expériences vécues par les usagers et les personnes proches aidantes fournissent des connaissances qui sont utilisées pour éclairer les activités d'éducation.

Conseils du test de conformité 10.6.5.4:

La déclaration des incidents liés aux médicaments résultant de l'utilisation d'abréviations, de symboles et de désignations de doses mal interprétés est sollicitée, facilitée et soutenue par une culture organisationnelle de la sécurité. Les incidents liés à la sécurité mettant en cause des médicaments impliquant l'utilisation d'une abréviation, d'un symbole ou d'une désignation de dose peuvent être déclarés par tout membre de l'équipe, y compris les usagers et les personnes proches aidantes.

Les apprentissages tirés de la déclaration et de l'analyse des incidents liés à la sécurité mettant en cause des médicaments permettent de mettre à jour régulièrement la « liste » et les pratiques de sécurité associées. Les recommandations découlant de l'analyse des incidents liés à la sécurité mettant en cause des médicaments sont communiquées aux



équipes cliniques de l'établissement. Les gestionnaires sont encouragés à communiquer également les résultats et les recommandations relatives aux incidents liés à l'utilisation sécuritaire des médicaments aux partenaires concernés, y compris les ordres professionnels et les organisations axées sur la sécurité désignées par les autorités compétentes.

La « liste » est tenue à jour pour refléter les changements dans les pratiques organisationnelles et l'introduction de nouvelles pratiques de soins dans les établissements de soins. Les changements apportés à la « liste » sont communiqués comme indiqué dans la procédure organisationnelle pour adhérer à la « liste ».

Conseils du test de conformité 10.6.5.5:

Un plan d'amélioration de la qualité permet aux gestionnaires et aux équipes cliniques de déterminer ce qui va bien et ce qui doit être amélioré dans la gestion du circuit du médicament, y compris l'adhésion à la « liste ».

Les indicateurs de sécurité des médicaments liés à la « liste » sont identifiés. Les données des indicateurs sont recueillies régulièrement et sont utilisées pour éclairer le plan d'amélioration de la qualité de la gestion du circuit du médicament de l'établissement. Voici des exemples d'indicateurs liés à la sécurité des médicaments associés à la « liste »:

- Le nombre d'incidents liés à la sécurité mettant en cause des médicaments associés à une mauvaise interprétation des abréviations, symboles et désignation des doses;
- Les résultats de l'audit des moyens de communications liées à la médication pour évaluer l'adhésion à la « liste »;
- La rétroaction des équipes cliniques sur l'applicabilité de la « liste » et la procédure de l'établissement pour y adhérer;
- La rétroaction des activités d'éducation et de sensibilisation menées par l'établissement sur la « liste ».

Test(s) de conformité

- 10.6.5.1 Les gestionnaires de l'établissement fournissent aux équipes cliniques une « liste à jour des abréviations, symboles et désignations de doses qui ne doivent pas être utilisés » pour toutes les communications liées à la médication.



- 10.6.5.2 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les équipes cliniques suivent la procédure de l'établissement pour adhérer à la « liste des abréviations, symboles et désignations de doses qui ne doivent pas être utilisés » dans toute communication liée à la médication.
- 10.6.5.3 Les gestionnaires de l'établissement fournissent aux équipes cliniques une formation continue sur la procédure de l'établissement concernant l'adhésion à la « liste des abréviations, symboles et désignations de doses qui ne doivent pas être utilisés »
- 10.6.5.4 Les gestionnaires de l'établissement signalent l'utilisation des abréviations, symboles et désignations de doses mal interprétés comme des incidents liés à la sécurité mettant en cause des médicaments.
- 10.6.5.5 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que le plan d'amélioration de la qualité de la gestion du circuit du médicament de l'établissement comprend des activités visant à améliorer l'adhésion à la « liste des abréviations, symboles et désignations de doses qui ne doivent pas être utilisées »

- 10.6.6 Les gestionnaires de l'établissement veillent à ce que des mesures soient prises pour assurer une aire de travail « sans distractions » lorsque les équipes cliniques participent aux activités liées à la gestion du circuit du médicament.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Parmi les mesures qui réduisent les distractions, mentionnons l'établissement d'une zone distincte ou l'affichage d'une pancarte qui indique « Ne pas déranger » lors de la prescription d'un médicament, la préparation, ou de la transcription et de la vérification d'une ordonnance de médicaments.



- 10.6.7 Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure visant à limiter les ordonnances médicales verbales incluant les appels téléphoniques et les messages textes.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

La procédure sur les ordonnances médicales verbales ou par téléphone stipule les circonstances dans lesquelles une ordonnance verbale ou par téléphone peut être acceptée (p. ex., en situation d'urgence ou lors de cliniques connectées par téléphone ou vidéoconférence). Les ordonnances verbales désignent les ordonnances de médicaments données de vive voix par un prescripteur. La procédure exige la transcription de l'ordonnance, la vérification immédiate de l'ordonnance à l'aide d'une technique de répétition et l'obtention de la cosignature du prescripteur selon les règlements en vigueur dans chaque juridiction. En outre, la procédure précise les responsabilités et prescrit les délais. La chimiothérapie ne doit jamais être prescrite verbalement. Les électrolytes concentrés ne doivent pas être prescrits verbalement sauf en cas d'urgence immédiate.

- 10.6.8 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que la tenue du dossier clinique en ce qui a trait aux activités de gestion du circuit du médicament respecte les exigences des ordres professionnels.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les procédures ou politiques sont alignées avec les exigences des ordres professionnels, pour ce faire, les procédures ou politiques doivent clairement faire mention ou se référer à ces exigences. Les rapports des ordres professionnels concernés doivent être accessibles lors des visites.

- 10.6.9 Le comité interdisciplinaire vérifie régulièrement la tenue des dossiers cliniques en ce qui a trait aux activités de gestion du circuit du médicament pour identifier les forces et les points d'amélioration.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils



La surveillance de la conformité pour la tenue de dossiers en ce qui a trait aux activités de gestion du circuit du médicament est effectuée régulièrement. Les résultats des activités de surveillance sont évalués périodiquement afin que des plans d'amélioration soient mis en place.

10.7 Préparer les médicaments

10.7.1 Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure sur la validation des ordonnances par l'équipe de pharmacie avant l'administration d'une première dose.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

La vérification comprend :

- La pertinence du médicament;
- Le dosage, la fréquence et la voie d'administration;
- Le chevauchement thérapeutique;
- Les allergies ou les intolérances réelles ou potentielles;
- Les interactions médicamenteuses réelles ou potentielles;
- Les écarts par rapport aux critères d'utilisation du médicament;
- D'autres préoccupations ou problèmes pertinents liés au médicament tels que les tests de laboratoire et les conditions médicales de l'utilisateur.

La procédure statue sur les activités cliniques qui n'exigent pas une vérification en raison de l'urgence de l'administration ainsi que les particularités de services telles que les urgences, les activités périopératoires, les salles d'interventions, les unités mère-enfant.

10.7.2 L'équipe de pharmacie effectue une double vérification indépendante du calcul des doses des médicaments prescrits en fonction du poids pour la clientèle à risque telle que la clientèle pédiatrique.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La main-d'œuvre a accès à des outils de calcul des doses pour enfants et contre-vérifie les résultats. Le développement, la démographie, la dépendance sur les parents et



autres prestataires de soins, ainsi que l'épidémiologie différente des affections médicales chez les enfants sont tous des facteurs au plus grand risque d'erreurs médicamenteuses auprès des enfants comparativement aux adultes. Les erreurs d'ordonnances, la distribution et l'administration de médicaments représentent une proportion importante d'erreurs médicamenteuses évitables chez les enfants. Dans les situations d'urgence ou lorsqu'aucun pharmacien n'est disponible, un membre de la main-d'œuvre qualifiée effectue une double vérification indépendante selon une procédure approuvée.

- 10.7.3 L'équipe de pharmacie effectue une double vérification indépendante du calcul des doses pour les agents chimiothérapeutiques établies en fonction du poids et de la surface corporelle.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Dans les situations d'urgence ou lorsqu'aucun pharmacien n'est disponible, l'établissement suit un processus défini pour effectuer une double vérification indépendante.

- 10.7.4 Les équipes cliniques désignent un membre pour communiquer avec le prescripteur en cas de changement nécessaire ou de préoccupation concernant l'ordonnance de médicaments, et consigne le résultat au dossier clinique.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Dans les cas où l'ordonnance de médicaments est ambiguë, incomplète ou illisible, un membre de l'équipe qualifiée communique avec le prescripteur. Les membres qualifiés de l'équipe comprennent tous les professionnels de la santé agréés, tels que les infirmières autorisées, les infirmières auxiliaires autorisées ou les pharmaciens. Selon les juridictions les pharmaciens peuvent corriger ou modifier une ordonnance de médicaments, en prenant soin d'en consigner les détails au dossier de l'utilisateur, sans avoir à contacter le prescripteur (p. ex., les programmes de substitution automatique).

- 10.7.5 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les aires de préparation des médicaments sont propres, organisées et libres de tout encombrement.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils



Les aires de préparation sont propres, organisées et libres de tout encombrement.

- 10.7.6 L'équipe de pharmacie s'assure que les produits stériles dangereux sont préparés dans une zone séparée qui répond aux cadres de référence de préparations magistrales aseptiques.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthodes d'évaluation : **Sur place**

Conseils

Les produits stériles dangereux sont préparés en pharmacie, conformément aux cadres de référence pancanadiennes applicables tels que ceux de l'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie (ANORP) et de l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ). Des exemples de cadres de référence sont : la formation théorique, la formation pratique individualisée, l'évaluation des techniques d'asepsie d'après un échantillonnage des bouts des doigts gantés, et un test de remplissage aseptique.

Les médicaments dangereux incluent les médicaments destinés à la chimiothérapie ainsi que certains produits cytotoxiques. Une liste exhaustive des médicaments dangereux peut être consultée dans la liste du « *National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH)* ».

- 10.7.7 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les salles blanches pour la préparation des médicaments stériles dangereux satisfont aux cadres de référence techniques de préparations magistrales aseptiques.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthodes d'évaluation : **Sur place**

Conseils

L'équipe de pharmacie dispose d'une aire de préparation de médicament à pression négative munie d'une hotte biologique qui respecte les cadres de référence techniques des salles blanches pour la préparation de produits stériles dangereux selon les cadres de référence pancanadiennes applicables tels que ceux de l'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie (ANORP) et de l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ, p. ex. l'évacuation à 100 % de l'air vers l'extérieur, les échanges d'air, la certification des hottes et des filtres HEPA, l'échantillonnage des particules viables, non viables et en surface dans les zones contrôlées).



- 10.7.8 L'équipe de pharmacie s'assure que les produits stériles non dangereux sont préparés dans une zone séparée qui répond aux cadres de référence de préparations magistrales aseptiques.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les produits stériles non dangereux sont préparés en pharmacie, conformément aux cadres de référence pancanadiennes applicables tels que ceux de l'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie (ANORP) et de l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ, p. ex. la formation théorique, la formation pratique individualisée, l'évaluation des techniques d'asepsie, d'après un échantillonnage des bouts des doigts gantés et un test de remplissage aseptique).

Les médicaments stériles sont en grande partie préparés par la pharmacie sauf en cas d'urgence après les heures normales d'ouverture, dans le cas des médicaments à courte durée de vie ou pour certains services tels que déterminés par le comité interdisciplinaire (p. ex. les urgences et les salles d'opération).

- 10.7.9 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les salles blanches pour la préparation des médicaments stériles non dangereux satisfont aux cadres de référence techniques de préparations magistrales aseptiques.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les cadres de référence techniques des salles blanches pour la préparation de produits stériles non dangereux sont conformes aux cadres de référence pancanadiennes applicables tels que ceux de l'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie (ANORP) et de l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ, p. ex., la ventilation, les échanges d'air et la certification des filtres HEPA, l'échantillonnage des particules viables, non viables et en surface dans les zones contrôlées).

- 10.7.10 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que l'équipe de pharmacie dispose d'une aire de préparation magistrale de médicaments pour les produits non stériles dans une zone séparée qui répond aux cadres de référence techniques de préparations magistrales non stériles.



Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthodes d'évaluation : **Sur place**

Conseils

Les préparations magistrales non stériles sont préparées en pharmacie, conformément aux cadres de référence pancanadiennes applicables tels que ceux de l'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie (ANORP) et de l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ, p. ex. la ventilation les échanges d'air et les surfaces de travail).

- 10.7.11 L'équipe de pharmacie dispose d'une aire de préparation magistrale de médicaments pour les produits non stériles dans une zone séparée qui répond aux cadres de référence de préparations magistrales non stériles.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthodes d'évaluation : **Sur place**

Conseils

Les préparations magistrales non stériles sont préparées en pharmacie, conformément aux cadres de référence pancanadiennes applicables tels que ceux de l'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie (ANORP) et de l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ).

- 10.7.12 L'équipe de pharmacie s'assure de la disponibilité pour la main-d'œuvre de tout le matériel requis pour éviter tout contact direct lors de la manipulation des médicaments, des produits chimiques et des principes actifs.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Le port d'équipement de protection individuelle est nécessaire afin de prévenir tout risque associé à des contacts directs avec des médicaments à risque selon la liste de NIOSH, des produits chimiques et des principes actifs. Les pratiques de port de l'établissement sont conformes aux cadres de référence pancanadiennes applicables tels que ceux de l'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie (ANORP) et de l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ).

- 10.7.13 L'équipe de pharmacie tient une documentation à jour pour tous les médicaments qui sont préparés ou réemballés à la pharmacie.



Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Les dossiers sur les médicaments composés ou réemballés en pharmacie incluent l'information pertinente sur la quantité, le numéro de lot et la date d'expiration des médicaments. La consignation de cette information aide à surveiller la conformité aux méthodes de préparations magistrales appropriées et aux approbations pertinentes et est également utile dans le cas d'un rappel de produit. La consignation est conforme aux cadres de référence pancanadiennes applicables tels que ceux de l'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie (ANORP) et de l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ).

- 10.7.14 L'équipe de pharmacie tient une documentation à jour pour l'ensemble des médicaments distribués aux aires de soins.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

La consignation d'information sur les médicaments distribués aide à surveiller la conformité aux méthodes de distribution appropriées et aux approbations pertinentes.

10.8 Étiqueter et emballer les médicaments

- 10.8.1 L'équipe de pharmacie suit une procédure standardisée pour l'étiquetage des médicaments.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les exigences relatives à l'étiquetage normalisé s'appliquent aux étiquettes écrites à la main et celles produites électroniquement et doivent satisfaire au minimum aux cadres de référence établis par les ordres professionnels. Les étiquettes peuvent inclure selon les juridictions les abréviations normalisées et indiquer le nom générique du médicament (nom commercial par exception), la date de préparation, la date d'expiration, la dose et les initiales du préparateur, le cas échéant. Dans la mesure du possible, les initiales du membre de l'équipe qui a vérifié l'étiquette peuvent également être incluses.



- 10.8.2 L'équipe de pharmacie appose une étiquette sur tous les produits stériles préparés à la pharmacie, laquelle comprend, au minimum, le nom du médicament, la solution de base et la quantité totale d'additifs médicamenteux, la date de préparation, le numéro de lot et la date d'expiration.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les exigences relatives à l'étiquetage normalisé des produits stériles doivent satisfaire au minimum aux cadres de référence établis selon les règlements en vigueur dans chaque juridiction. L'inclusion du volume total de solution sur l'étiquette du contenant peut présenter des problèmes en raison du surremplissage. Le cadre de référence n'exige pas l'étiquetage du surremplissage. Le comité interdisciplinaire doit identifier les médicaments et les situations où l'étiquetage du surremplissage est nécessaire en fonction de l'évaluation des risques (p. ex., chez les enfants). Par exemple, le surremplissage n'a pas besoin d'être indiqué sur l'étiquette pour un opioïde pour le traitement de la douleur administré avec une pompe à perfusion. Toutefois, dans certaines situations telles qu'en pédiatrie, en néonatalogie et en oncologie, certains médicaments exigent l'administration d'un volume précis, pour administrer toute la dose, cette information est nécessaire.

- 10.8.3 Les équipes cliniques conservent les médicaments oraux à dose unique dans l'emballage du fabricant ou de la pharmacie jusqu'au moment de l'administration.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Le versement des médicaments à l'avance par la main-d'œuvre des aires de soins n'est pas une pratique acceptable. Le prestataire de soins doit être capable d'identifier tous les médicaments oraux au chevet de l'utilisateur pour diminuer les risques d'erreur en les conservant dans les emballages fournis.

- 10.8.4 Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure pour signaler à la pharmacie toutes préoccupations en ce qui a trait aux médicaments.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils



Des exemples de préoccupations en ce qui a trait aux médicaments sont : le nom, l'emballage, l'étiquette la décoloration, ou la présence d'un précipité. L'établissement peut entreposer les médicaments qui posent problème dans un endroit distinct ou leur apposer des ajouts à l'étiquetage ou des avertissements si appropriés.

10.9 Distribuer et administrer les médicaments

10.9.1 L'équipe de pharmacie dispose d'un processus d'assurance de la qualité, veillant ainsi à l'exactitude de l'exécution de l'ordonnance.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les médicaments préparés dans la pharmacie sont inspectés et vérifiés. Les méthodes automatisées de vérifications des codes à barres et les doubles vérifications indépendantes représentent des exemples de processus d'assurance de la qualité liés à la distribution de médicaments. Des systèmes automatisés, tels que la vérification des codes à barres, contribuent à éviter les erreurs liées aux médicaments dont l'apparence et le nom sont semblables à tous les points de la chaîne de médicaments, ce qui inclut la gestion de l'inventaire, l'ordonnance, les préparations magistrales et l'administration des doses.

10.9.2 L'équipe de pharmacie distribue les médicaments en doses unitaires ou dans un emballage multidoses quotidien et les exclusions (p. ex., liquides, préparations topiques, antiacides, otiques ou ophtalmiques, flacons multidoses) sont précisées dans la procédure du département de pharmacie.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La sécurité des usagers est améliorée lorsque les médicaments sont distribués par la forme prête à administrer. L'emballage en doses unitaires inclut les systèmes de contrôle du dosage, un emballage multidoses quotidien ou un emballage convenable au point d'administration. L'établissement utilise des médicaments à dose unique lorsque cela est possible.



- 10.9.3 Le comité interdisciplinaire s'assure que les médicaments d'urgence, pressants ou habituels sont accessibles dans les délais établis par l'établissement.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

L'établissement définit ce qu'il est entendu par médicaments d'urgence, pressants ou habituels (p. ex., type de médicament, indication clinique).

- 10.9.4 Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure sur l'utilisation sécuritaire des cabinets de distribution automatisés.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

L'utilisation de cabinets de distribution automatisés continue d'évoluer. Leur évolution rapide et leur déploiement ont suscité des inquiétudes. En cas d'utilisation inappropriée due à un manque de politiques et de procédures suffisantes, la complexité des cabinets de distribution automatisés, notamment les variations dans les fonctions et les exigences de maintenance, peut compromettre la sécurité de l'utilisateur.

L'utilisation de cabinets de distribution automatisés bien organisée et sécuritaire est de mise afin de réduire le risque d'erreurs médicamenteuses, notamment celles associées aux médicaments à risque élevé. L'établissement est encouragé à consulter les lignes directrices de l'« *Institute for Safe Medication Practices (ISMP)* » qui portent sur l'utilisation sécuritaire des cabinets de distribution automatisés.

- 10.9.5 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les cabinets de distribution automatisés sont connectés au système de gestion d'entrée des ordonnances de médicaments.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Une interface entre les cabinets automatisés et le logiciel informatique de la pharmacie permet au pharmacien de passer en revue et d'approuver les médicaments avant que



ceux-ci deviennent disponibles dans le cabinet de distribution automatisé pour l'administration à l'utilisateur. Les circonstances ou conditions pour contourner le système de profilage – administration avant validation par le pharmacien – des cabinets de distribution automatisée devraient être précisées dans une politique de l'établissement.

- 10.9.6 Le comité interdisciplinaire met à la disposition des équipes cliniques une procédure pour l'accès aux médicaments lorsque la pharmacie est fermée.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Accessibilité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'accès contrôlé à une armoire de nuit ou à un cabinet de distribution automatisé offrant une sélection limitée de médicaments utilisés en situation d'urgence est requis selon les besoins de l'établissement. La liste des médicaments disponibles doit être révisée régulièrement et approuvée par le comité interdisciplinaire.

- 10.9.7 Les équipes cliniques tiennent un dossier à jour pour les médicaments obtenus dans une armoire de nuit ou un cabinet de distribution automatisé.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Consigner l'utilisation des médicaments accessibles à partir d'une armoire de nuit ou d'un cabinet de distribution automatisé fait en sorte que l'équipe dispose de données à jour sur les médicaments utilisés.

- 10.9.8 L'équipe de pharmacie vérifie dans les meilleurs délais si les médicaments appropriés ont été obtenus du cabinet de distribution automatisé ou de l'armoire de nuit après les heures normales d'ouverture.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Le dossier de distribution des médicaments accessibles dans l'armoire de nuit ou le cabinet de distribution automatisé sert à la vérification des activités de distribution.



- 10.9.9 Le comité interdisciplinaire évalue le système de distribution des médicaments lorsque la pharmacie est fermée en identifiant les forces et les points à améliorer.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Une surveillance régulière de la récupération des médicaments lorsque les services de la pharmacie ne sont pas disponibles pourrait soulever des problèmes potentiels parce que le système de médicaments est plus vulnérable aux erreurs. La mise en œuvre de stratégies qui visent à protéger l'entreposage et l'accès aux médicaments dans les situations d'urgence peut aider à prévenir les erreurs et les préjudices aux usagers.

- 10.9.10 L'équipe de pharmacie assure la distribution des médicaments de façon sécuritaire, de la pharmacie aux aires de soins.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur**

place

Conseils

Le système de distribution des médicaments peut reposer sur le recours à des membres de l'équipe formés à cet effet ou à l'automatisation. Cette étape est vulnérable aux détournements de médicaments si la pratique d'une stricte documentation ou d'enregistrement électronique des données n'est pas respectée pendant le processus de livraison.

- 10.9.11 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les procédures sont appliquées afin de protéger la santé et la sécurité des équipes qui sont en contact avec les médicaments cytotoxiques et les autres médicaments dangereux.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Des procédures de manipulation particulières telles que le port d'équipement de protection individuelle (p. ex., les gants doubles) et l'utilisation de sacs de plastique ou de contenants de plastique réduisent l'exposition aux médicaments cytotoxiques et aux



autres médicaments dangereux. Ces sacs et contenants de plastique sont disponibles pour tous les membres de l'équipe de soins. Les médicaments à risque doivent être clairement identifiés par un étiquetage distinct.

- 10.9.12 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les équipes cliniques ont à leur disposition une trousse en cas de déversements de produits dangereux. Cette trousse se trouve à portée de la main dans tous les endroits où des médicaments cytotoxiques sont distribués et administrés.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Des trousse de nettoyage en cas de déversements et d'autres produits de nettoyage sont situés à proximité d'une aire où un risque d'exposition à des médicaments dangereux existe. La main-d'œuvre est avisée de l'emplacement et de l'utilisation appropriée des trousse en cas de déversements.

- 10.9.13 L'équipe de pharmacie met à la disposition des équipes cliniques une procédure de gestion des retours de médicaments non administrés et non contaminés à un endroit sécurisé sous la responsabilité de la pharmacie.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

La procédure de retour peut comprendre des procédures de comptabilisation des médicaments retournés et celles visant à éviter leur détournement, ainsi que les vérifications d'intégrité et de stabilité. Aucun médicament qui a été en contact avec un usager ne peut être retourné à la pharmacie afin d'éviter les risques de contamination nosocomiale (p. ex., hépatite). Si un médicament a été gardé dans la salle de médicaments sur les unités et que l'emballage n'est pas endommagé, il peut être recyclé.

- 10.9.14 Les équipes cliniques assurent le respect des champs de compétence de leurs membres pour l'administration des médicaments.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Ce niveau de responsabilité peut différer selon le médicament et la voie d'administration.



10.9.15 Les équipes cliniques suivent la procédure pour l'administration d'un médicament.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Il faut consulter le profil de l'utilisateur pour vérifier toutes les « bonnes » conditions de l'administration des médicaments, soit administrer le bon médicament, selon la bonne dose, par la bonne voie, au bon moment, à la bonne personne, avec la bonne documentation, pour la bonne raison et avec le bon résultat.

10.9.16 Les équipes cliniques suivent la procédure pour la préparation d'un médicament injectable.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Lorsque vous utilisez un médicament destiné à l'injection, celui-ci est aspiré dans le flacon d'origine et étiqueté immédiatement avant l'utilisation.

Les seringues non étiquetées représentent un risque important associé à la préparation de produits injectables en milieu clinique. L'information sur les étiquettes de solution inclut le nom, la concentration, la quantité, la date et le moment d'expiration des médicaments.

10.9.17 Les équipes cliniques respectent la procédure en matière de documentation de l'administration de tout vaccin.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Les numéros de lot et les dates d'expiration des vaccins sont consignés dans le dossier de l'utilisateur après leur administration. La consignation des numéros de lots de vaccins et des dates d'expiration peut faire l'objet d'exigences qui diffèrent selon le territoire de compétence. L'établissement respecte toutes les exigences juridiques.

10.9.18 Les équipes cliniques qui participent à l'administration ou à la distribution des médicaments et à la surveillance de leurs effets sont assujetties à une formation



sur la façon de reconnaître les symptômes d'allergies médicamenteuses et comment intervenir.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

La responsabilité de reconnaître les réactions allergiques et l'anaphylaxie et d'y réagir est une attente de chaque membre de l'équipe. Chacun reconnaît les paramètres de son champ de compétence et à quel moment s'en remettre à l'expertise d'un autre membre de l'équipe.

- 10.9.19 Les membres des équipes cliniques qui effectuent l'administration des médicaments sous une délégation d'acte ont accès au professionnel ayant délégué l'acte pour répondre à leurs questions sur les médicaments.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les membres de l'équipe œuvrent dans leur champ de compétence, encadrent et soutiennent leurs collègues non agréés.

- 10.9.20 Les équipes cliniques surveillent les usagers pour les effets de la prise de médicament.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les effets des médicaments peuvent être vérifiés grâce à la perception de l'utilisateur, aux résultats du laboratoire, aux signes vitaux ou à l'efficacité clinique. Les informations pertinentes sont consignées au dossier. Le fait de ne pas bien surveiller les effets des médicaments peut compromettre la sécurité des usagers et accroître les risques que surviennent des incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments.

- 10.9.21 Les équipes cliniques surveillent les usagers pour déceler des incidents possibles liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments et les signalent conformément aux procédures de l'établissement.



Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les personnes âgées et les usagers qui prennent de nombreux médicaments de niveau d'alerte élevé sont les personnes qui présentent le plus de risques que surviennent des incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments. Les membres de l'équipe reçoivent de l'information sur la manière de surveiller les incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments, incluant les signes qu'il faut rechercher et comment y réagir.

10.10 Promouvoir la participation de l'utilisateur dans la prise de médicaments

- 10.10.1 Les équipes cliniques informent l'utilisateur à propos des médicaments qu'il recevra avant la dose initiale et lorsque la dose est ajustée, consignent la discussion et accordent la priorité absolue aux souhaits de l'utilisateur ou des personnes proches aidantes.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'étendue de l'information qui est partagée dépend des capacités de l'utilisateur. L'information peut comprendre les points suivants : discuter avec les usagers des questions pertinentes à poser sur les médicaments, les encourager à montrer leur identification (p. ex., bracelet nominatif ou numéro de bande) et à préciser leur nom avant l'administration des médicaments. L'information transmise aux usagers et aux personnes proches aidantes comprend : le nom du médicament, la raison pour laquelle il est utilisé, la date et l'heure de la prochaine dose, ainsi que les bienfaits et les effets indésirables possibles du médicament, l'utilisation sécuritaire et adéquate du médicament, les risques se rattachant au fait de ne pas tenir compte du traitement et la marche à suivre en cas de réaction indésirable. L'information peut être transmise oralement ou par écrit. L'information communiquée oralement ou par écrit devrait être simple, facile à comprendre et fournie dans une langue convenable. L'information sur le coût du médicament peut être fournie. Les pharmaciens pourraient être directement engagés dans ce processus. Si un usager, ou une des personnes proches aidantes est incapable de prendre le médicament prescrit, s'y oppose ou le refuse, l'équipe doit



respecter cette décision et résoudre le problème en proposant une autre solution. Lors d'une urgence, des discussions au sujet de médicaments pourraient ne pas être possibles.

- 10.10.2 Les équipes cliniques communiquent aux usagers les informations sur la façon de prévenir les incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments, et cette information fait l'objet d'une discussion avec l'utilisateur et les personnes proches aidantes.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La participation des usagers et des personnes proches aidantes envers l'utilisation sécuritaire des médicaments peut aider à prévenir les incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments. L'étendue de l'information partagée dépend des capacités de l'utilisateur. La discussion sur le rôle des usagers relativement à l'administration sécuritaire des médicaments peut notamment viser à déterminer les questions à poser sur les médicaments et les encourager à montrer leurs pièces d'identité (p. ex., leur bracelet ou d'autres modes d'identification tels que le code à barres) et à mentionner clairement leur nom avant l'administration des médicaments. Cette information peut être fournie oralement ou par écrit (p. ex., des dépliants sur l'usage sécuritaire des médicaments, des affiches invitant les usagers à poser des questions sur leurs médicaments).

- 10.10.3 Les équipes cliniques mettent à la disposition des usagers la personne-ressource pour toutes les informations sur leur profil pharmacologique.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Il est essentiel que les usagers et les personnes proches aidantes sachent avec qui ils doivent communiquer et comment joindre cette personne s'ils ont des inquiétudes ou des questions au sujet de leurs médicaments pendant leur traitement, pendant un transfert des services ou à la fin de ceux-ci.

Les usagers et les personnes proches aidantes informés participent plus activement dans leurs soins de santé et sont plus en mesure de poser des questions, ce qui peut



aider à prévenir les erreurs liées aux médicaments. L'information devrait être partagée de la façon la plus adaptée à la capacité de l'utilisateur. Des formats écrits ou électroniques peuvent être utilisés afin d'acheminer de l'information à d'autres prestataires de services.

- 10.10.4 Le comité interdisciplinaire met en œuvre une procédure pour l'autoadministration sécuritaire des médicaments par les usagers.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

La procédure devrait préciser quels médicaments les usagers peuvent s'administrer. Elle pourrait également inclure la nécessité d'un formulaire de consentement pour l'autoadministration par les usagers et les stratégies d'observance thérapeutique.

- 10.10.5 Les équipes cliniques respectent les critères établis dans la procédure d'autoadministration afin de déterminer quels médicaments peuvent être autoadministrés par les usagers.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Les critères incluent la voie d'administration, les exigences de surveillance pour le médicament, les réactions médicamenteuses indésirables possibles et les antécédents de réactions allergiques de l'utilisateur.

- 10.10.6 Les équipes cliniques respectent les critères établis dans la procédure afin de déterminer si un usager est apte à l'autoadministration de médicaments.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Les critères de sélection comprennent les compétences, la capacité et la volonté de l'utilisateur à s'administrer des médicaments. L'observance thérapeutique de la part de l'utilisateur peut être impérative à son schéma thérapeutique. Afin d'être en mesure de prendre en charge l'autoadministration de médicaments, les usagers doivent disposer d'une formation suffisante sur le traitement et bien comprendre les procédures



d'administration (p. ex., inhalateurs, injections). Les types d'incidents liés à la sécurité des usagers les plus courants lors de l'autoadministration sont une posologie incorrecte, la prise de médicaments inutiles, l'interaction avec d'autres médicaments sur ordonnance et en vente libre et la non-observance.

- 10.10.7 Les équipes cliniques respectent la procédure pour l'étiquetage et l'entreposage des médicaments visés par l'autoadministration.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Par exemple, ces médicaments pour l'autoadministration peuvent être rangés dans un cabinet dont l'accès est limité, ou au chevet de l'utilisateur dans un tiroir verrouillé. La réfrigération pourrait constituer l'entreposage approprié d'un médicament.

- 10.10.8 Les équipes cliniques offrent une formation et une supervision appropriées à l'utilisateur avant l'autoadministration, ce qui est consigné dans son dossier.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Services centrés sur l'utilisateur** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

En vue de soutenir l'autoadministration des médicaments, l'établissement dispose d'un programme complet qui est soigneusement supervisé. Ce programme peut inclure des ressources imprimées et en ligne destinées à expliquer ce qui justifie l'ordonnance médicale, l'importance de prendre le médicament régulièrement et les effets secondaires possibles. Éduquer les usagers sur les médicaments leur permet de mieux comprendre leur pharmacothérapie et leur permet ainsi d'utiliser leurs médicaments avec plus d'indépendance et de contrôle, ce qui améliore leur observance envers la prise de médicaments.

- 10.10.9 Les équipes cliniques respectent la procédure pour la tenue du dossier clinique lorsque l'utilisateur participe au programme d'autoadministration des médicaments.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils



Les usagers peuvent inscrire eux-mêmes cette information dans un formulaire d'administration des médicaments qui sera ensuite versée à son dossier. Un membre de l'équipe devrait s'assurer de son intégrité.

10.11 Évaluer le circuit du médicament

- 10.11.1 Le comité interdisciplinaire évalue les incidents déclarés ou évités de justesse liés à la gestion du circuit du médicament qui auraient pu causer des préjudices, identifie les améliorations à apporter et effectue le suivi de leur application.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Certaines juridictions ont défini un processus formel à mettre en place au sein des établissements. L'examen et l'analyse des incidents évités de justesse peuvent être effectués par un sous-comité interdisciplinaire qui est chargé de proposer les mesures à prendre pour que ces mêmes situations ne se reproduisent pas. Le sous-comité assure le suivi de ce travail et fournit les ressources et la mise en œuvre nécessaires.

- 10.11.2 Le comité interdisciplinaire évalue la qualité de la gestion du circuit du médicament de l'établissement pour en apporter des améliorations.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

L'évaluation porte sur :

- 1) Le comité : sa structure, la représentativité des membres, son mandat et ses objectifs. Les améliorations ou changements convenus sont intégrés dans le mandat du comité interdisciplinaire, lequel doit indiquer la date de la dernière mise à jour effectuée.
- 2) Le circuit du médicament : ses forces et faiblesses et les actions requises pour l'améliorer.

- 10.11.3 Les équipes cliniques utilisent le système de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers pour déclarer les incidents mettant en cause des médicaments



Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Les incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments sont signalés à l'interne et l'établissement est encouragé à les déclarer également à l'externe auprès d'organismes comme Santé Canada et l'institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada (ISMP Canada). Certaines juridictions imposent une déclaration obligatoire avec un processus uniforme pour tous les établissements. Le système de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers de l'établissement définit les lignes hiérarchiques et les exigences relatives à la déclaration des incidents médicamenteux indésirables connus et potentiels, y compris les types de rapports à effectuer, à qui et selon quels délais. Cela peut comprendre des rapports à la main-d'œuvre interne concernée et aux partenaires externes. L'établissement devrait disposer d'un processus formel de gestion des incidents qui répond à ses besoins en matière d'équité, de transparence et de bien-fondé.

- 10.11.4 Le comité interdisciplinaire utilise des critères pour établir la priorité des incidents déclarés liés à la gestion du circuit du médicament pour déterminer ceux qui devront être analysés plus en profondeur.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils

Un sous-comité interdisciplinaire sur la sécurité liée aux médicaments peut être établi afin d'examiner les incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments. Cela inclut le suivi des tendances et l'élaboration de plans de prévention. L'examen des incidents préjudiciables liés aux médicaments peut consister en une analyse des causes profondes ou un processus similaire. Il peut inclure l'analyse et l'utilisation des cas d'incidents médicamenteux indésirables publiés par d'autres établissements afin d'améliorer le processus de gestion des incidents de l'établissement.

- 10.11.5 Le comité interdisciplinaire détermine quels membres de l'équipe peuvent participer à l'analyse des incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Qualité de vie travail** | Méthodes d'évaluation: **Attestation**

Conseils



Les membres de l'équipe peuvent fournir de l'information sur les facteurs contributifs, de même que sur ce qui peut être fait pour réduire les risques que cela se produise de nouveau. L'analyse des incidents favorise une culture juste et le partage des responsabilités et permet d'éviter de cibler une personne en particulier.

- 10.11.6 Le comité interdisciplinaire, à la suite de l'analyse d'incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments, partage les mesures recommandées et les améliorations à apporter avec les équipes.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

L'information relative aux incidents liés à la sécurité des usagers mettant en cause des médicaments, de même que les informations sur les stratégies de réduction des risques sont échangées avec les membres de l'équipe en conformité avec les lois applicables, ce qui inclut l'anonymisation des données concernant l'utilisateur et toute autre information afin de préserver la confidentialité.

- 10.11.7 Les gestionnaires de l'établissement offrent aux équipes cliniques de la formation sur la façon d'identifier et de déclarer les réactions indésirables aux médicaments.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les réactions indésirables aux médicaments sont signalées à Santé Canada ou au fabricant qui utilisera ces informations pour améliorer la sécurité de médicaments, encourager l'utilisation sécuritaire des médicaments et promouvoir une communication efficace pour sensibiliser le public sur les médicaments et les réactions indésirables potentielles. S'il existe un programme de déclaration des réactions indésirables aux médicaments, de la formation doit être offerte aux équipes pour qu'elles sachent comment déclarer les réactions indésirables au médicament et à qui le faire. Selon les exigences réglementaires fédérales en vertu de la Loi de Vanessa, certains établissements de soins de santé sont tenus de déclarer les réactions indésirables à un médicament et les incidents liés aux instruments médicaux auprès de Santé Canada.

- 10.11.8 Le comité interdisciplinaire met en œuvre un plan d'action concernant les réactions indésirables aux médicaments qui sont déclarées.



Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Sécurité** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Les établissements qui recueillent des rapports sur les réactions indésirables au médicament peuvent publier des alertes ou rapports qui permettent de cerner les réactions indésirables aux médicaments. L'établissement devrait être au fait de ces alertes et de la façon de les obtenir en temps opportun. Les mesures qui s'imposent pour donner suite aux alertes comprennent le partage de l'information avec les équipes, la surveillance de l'utilisation des médicaments faisant l'objet des alertes, et la mise en œuvre des changements au processus (p. ex., une révision des règles d'utilisation ou du retrait au formulaire de l'établissement).

- 10.11.9 Les gestionnaires de l'établissement fournissent les ressources nécessaires pour appuyer les activités d'amélioration de la qualité liées à la gestion du circuit du médicament.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Parmi les ressources pouvant soutenir les activités d'amélioration de la qualité de la gestion du circuit du médicament, on peut citer la désignation des membres de l'équipe et la création de possibilités de formation en amélioration de la qualité.

- 10.11.10 Les gestionnaires de l'établissement s'assurent que les contrats liés à la gestion du circuit du médicament par un partenaire externe stipulent les exigences en matière de qualité et de respect des cadres de référence approuvés.

Priorité: **Priorité élevée** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur**

place

Conseils

La surveillance de la qualité de service peut comprendre une vérification sur place, un examen des copies de rapports et autres documents montrant l'évaluation de la qualité effectuée par le prestataire externe, une consultation des rapports effectués par des organismes de réglementation. Il est préférable d'effectuer cet examen tous les trimestres.



10.11.11 Le comité interdisciplinaire dispose d'une veille procédurale qui met à jour les politiques et procédures de la gestion du circuit du médicament en fonction des données probantes et des révisions apportées aux lois et aux règlements.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Les ressources sur les données probantes peuvent fournir des renseignements sur les problèmes ainsi que sur des recommandations liées à des sujets tels que l'étiquetage, l'emballage et la nomenclature des médicaments.

10.11.12 Le comité interdisciplinaire assure le suivi des indicateurs ciblés pour la gestion du circuit du médicament.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation:

Attestation

Conseils

Le comité interdisciplinaire sélectionne des indicateurs dans le cadre de l'évaluation complète de son système de gestion du circuit du médicament. Ces indicateurs peuvent être sélectionnés selon les priorités locales. Voici ci-dessous des exemples d'indicateurs liés à la gestion du circuit du médicament :

- Nombre d'hospitalisations ou de visites aux services des urgences associées à des incidents médicamenteux indésirables;
- Pourcentage d'usagers pour lesquels le profil médicamenteux a été consigné au début des services;
- Taux de bilan comparatif des médicaments.

10.11.13 Le comité interdisciplinaire utilise l'information recueillie des évaluations du circuit du médicament pour déterminer les réussites et les possibilités d'amélioration, et s'assure que des améliorations sont apportées au bon moment.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

Les mesures utilisées pour identifier les réussites et les possibilités d'améliorations pourraient inclure la surveillance de la mise en œuvre des recommandations sur la



sécurité des usagers, les coûts des médicaments, l'utilisation de médicaments non inscrits aux formulaires thérapeutiques, les recherches publiées et les rapports sur les pharmacothérapies.

- 10.11.14 Le comité interdisciplinaire fait part aux équipes cliniques des résultats de l'évaluation, des secteurs de réussite et des éléments pouvant bénéficier d'améliorations, des réalisations effectuées et des résultats obtenus.

Priorité: **Priorité normale** | Dimension de la qualité: **Pertinence** | Méthodes d'évaluation: **Sur place**

Conseils

La communication des résultats des évaluations et des améliorations aide les membres de l'équipe et les bénévoles à se familiariser avec le concept et les avantages de l'amélioration de la qualité. Reconnaître les réussites permet d'instaurer une culture positive au sein des équipes.

Documents de référence

Centre de collaboration nationale des méthodes et outils (s.d.). Evidence-informed decision making (Prise de décisions éclairée par des données probantes). Page consultée le 6 août 2021, à l'adresse : <https://www.nccmt.ca/uploads/media/media/0001/02/5da8cf329a940bdd81a956a1984f05456c4a7910.pdf>

Centre d'expertise en retraitement des dispositifs médicaux (CERDM) de l'Institut national de santé publique du Québec. (2014). Retraitement des dispositifs médicaux critiques – Guide de pratique. Page consultée le 31 octobre 2022, à l'adresse : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1873_Retraitement_Dispositifs_Medicaux.pdf

Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (s.d.) EM-DAT: The international disaster database (EM-DAT : la base de données internationale sur les catastrophes). Page consultée le 19 avril 2021, à l'adresse : <https://www.emdat.be/Glossary>

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal. (2022). Citoyen partenaire. Page consultée le 19 avril 2022, à l'adresse : <https://ciusss-ouestmtl.gouv.qc.ca/citoyen-partenaire/>

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. (2018). Plan de sécurité civile – mission santé. Page consultée le 24 octobre 2022 à l'adresse : https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/Professionnels/Securite-civile-mesures-urgence/Plan_regional_SC.pdf

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. (2021). Politique de télésanté. Page consultée le 2 octobre 2022, à l'adresse : https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/Professionnels/Organisation_du_travail/H000_POL_04_Telesante.pdf

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. (2017). Plan d'action régional intégré de santé publique de Montréal 2016-2021. Page consultée le 20 avril 2022, à l'adresse : https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/fichiers/professionnels/DRSP/Directeur/PARI-2016-2021/PARI-SP_2016-2021.pdf

Dickson, G. et Tholl, B. (2014). Bringing leadership to life in health: LEADS in a caring environment. (Donner vie au leadership dans les soins de santé : LEADS dans un environnement de soins). Springer-Verlag.

Frampton, S. B., Guastello, S., Hoy, L., Naylor, M., Sheridan, S. et Johnston-Fleece, M. (2017). Harnessing Evidence and Experience to Change Culture: A Guiding Framework for Patient and Family



Engaged Care (Exploitation des données probantes et de l'expérience pour un changement de culture : un cadre directeur pour les soins soucieux de l'utilisateur et des proches aidants). National Academy of Medicine Perspectives. <https://doi.org/10.31478/201701f>

Gouvernement du Canada. (2020). Les populations vulnérables et la COVID-19. Page consultée le 1er décembre 2020, à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/populations-vulnerables-covid-19.html>

Gouvernement du Québec. (2021). Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. Page consultée le 10 octobre 2022, à l'adresse : <https://www.inesss.qc.ca>

Hall, R. (2006). Patient flow. (Cheminement des usagers). ORMS Today, 6(06). <https://www.informs.org/ORMS-Today/Archived-Issues/2006/orms-6-06/Patient-Flow>

INSPQ. (2022). Retraitement des dispositifs médicaux. Page consultée le 31 octobre 2022, à l'adresse : <https://www.inspq.qc.ca/retraitement-des-dispositifs-medicaux>

Institut national de santé publique du Québec. (2022). Centre d'expertise et de référence en santé publique. Gouvernement du Québec, Québec. Page consultée le 26 octobre 2022, à l'adresse : <https://www.inspq.qc.ca/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017). Cadre de référence à l'intention des établissements de santé et de services sociaux du Québec – Les infections nosocomiales. Page consultée le 31 octobre 2022, à l'adresse : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-209-01W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux. Page consultée le 31 octobre 2022, à l'adresse : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-727-01W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021). La sécurisation culturelle en santé et en services sociaux : Vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuit. Page consultée le 26 octobre 2022, à l'adresse : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-613-02W.pdf>

Ministère de la santé et des services sociaux. (2017). Le soutien à l'action intersectorielle favorable à la santé : Stratégie ministérielle. Page consultée le 29 octobre 2022, à l'adresse : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-216-01W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2019). Plan national de sécurité civile : Annexes. Page consultée le 24 octobre 2022 à l'adresse : https://santemonteregie.qc.ca/sites/default/files/2019/07/pnsc-section7-fiche-mission_sante_msss_fev_2019.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021). Politique nationale pour les personnes proches aidantes. Page consultée le 26 octobre 2022, à l'adresse : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-835-01W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2016). Politique ministérielle de sécurité civile : Santé et Services sociaux. Page consultée le 24 octobre 2022 à l'adresse : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-860-16W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). Pour une prestation sécuritaire des soins et des services de santé au Québec, Plan d'action ministériel 2015-2020 sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales. Page consultée le 31 octobre 2022, à l'adresse : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-209-01W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). Programme national de santé publique – Pour améliorer la santé de la population du Québec 2015-2025. Gouvernement du Québec, Québec. Page consultée le 15 décembre 2021, à l'adresse : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021). Utilisation de la télésanté en vertu du décret d'urgence sanitaire, Version 2.0. Page consultée le 1 octobre 2022, à l'adresse : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-915-01W.pdf>

Ordre des pharmaciens du Québec. (2016). Gestion des médicaments. Page consultée le 31 octobre 2022, à l'adresse : <https://guide.standards.opq.org/guides/approvisionnement-qualite-et-contrôle-de-linventaire>

Organisation mondiale de la Santé. (2016). Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne. Page consultée le 19 février 2021, à l'adresse : https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-fr.pdf?ua=1

Publications Québec. (2021). Loi sur la santé publique. Gouvernement du Québec, Québec. Page consultée le 17 mars 2022 à l'adresse : <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/S-2.2>

United Nations Office for Disaster Risk Reduction. (2017b). Disaster (Catastrophe). Page consultée le 17 avril 2021, à l'adresse : <https://www.undrr.org/terminology/disaster>