



Programme Qmentum

NORMES

Contenu commun – Services centrés sur l'utilisateur et la famille

Date générée : 24 avril 2014



ACCREDITATION CANADA
AGRÉMENT CANADA

Driving Quality Health Services
Force motrice de la qualité des services de santé

Agrée par ISQua

Publié par Agrément Canada. Tous droits réservés. Aucune partie du présent ouvrage ne peut être reproduite, sous quelque forme (électronique, mécanique) ou par quelque procédé (photocopie, enregistrement) que ce soit sans l'autorisation écrite du Agrément Canada.

© Agrément Canada, 2014



Agrément Canada aimerait que vous lui fassiez part de vos commentaires sur ces normes

Votre nom :

Nom de l'organisme :

Adresse électronique ou numéro de téléphone où un spécialiste en développement des produits peut communiquer avec vous concernant vos commentaires :

Commentaires : Veuillez indiquer le titre de la norme de même que le numéro du critère. Soyez aussi précis que possible dans vos commentaires.

Par exemple : J'aimerais fournir des commentaires au sujet du critère 3.12 des normes sur les soins de longue durée. Les usagers devraient être inclus dans ce processus. Je suggère que le critère soit formulé de la façon suivante : « L'équipe sollicite la participation du personnel, des prestataires de services et des usagers dans la planification des services. »

Vous pouvez soumettre vos commentaires en ligne à l'adresse suivante :
<https://www3.accreditation.ca/FeedbackServer5/fs-StandardsFeedback.aspx>

[VOS COMMENTAIRES ICI]

Nous vous remercions de vos commentaires. Veuillez faire parvenir cette feuille à l'attention de :

Élaboration des programmes
Agrément Canada
1150, chemin Cyrville
Ottawa, ON K1J 7S9
Télécopieur : 1-800-811-7088
Courriel : ProgramDevelopment@accreditation.ca



Les normes d'Agrément Canada relatives aux secteurs et aux services aident les organismes à évaluer la qualité au point de service en intégrant une culture de soins centrés sur l'utilisateur et la famille dans tous les aspects de la prestation des services. Elles s'appuient sur les cinq éléments clés de l'excellence du service soit le leadership clinique, le personnel, les processus, l'information et le rendement.

L'agrément s'avère l'un des moyens les plus efficaces dont disposent les organismes de santé pour examiner et améliorer la qualité de leurs services de façon régulière et systématique. Les normes du programme Qmentum permettent aux organismes de soins de santé d'intégrer facilement les démarches d'agrément et d'amélioration de la qualité à leurs activités quotidiennes en mettant d'abord l'accent sur l'utilisateur et la famille à titre de partenaires réels dans la prestation des services de santé. Quand les usagers et les familles doivent être intégrés aux processus, les normes font référence à « l'équipe ». Quand les responsabilités reviennent au personnel et aux prestataires de services, les normes font référence « au personnel et aux prestataires de services ».

Le programme Qmentum favorise une sensibilisation accrue à l'agrément en tant que puissant outil de responsabilisation et permet aux organismes de soins de santé d'utiliser l'agrément comme guide pour améliorer la qualité de leurs services de façon efficace et facile. Dans l'ensemble des normes relatives aux services, les soins centrés sur l'utilisateur et la famille sont perçus comme une approche de soins qui oriente tous les aspects de la planification, de la prestation et de l'évaluation des services et qui a pour fondement des partenariats mutuellement bénéfiques entre les usagers, les familles et les prestataires de services. Les principes sous-jacents aux soins centrés sur l'utilisateur et la famille comprennent ce qui suit : dispenser des soins respectueux, compatissants, compétents et culturellement sécuritaires qui répondent aux besoins et qui correspondent aux valeurs, aux croyances, aux antécédents culturels et aux préférences des usagers et des membres de leur famille en travaillant en collaboration avec eux (adapté de l'Institute for Patient-and-Family-Centered Care (IPFCC) 2008 et du ministère de la Santé de la Saskatchewan 2011).

Agrément Canada a adopté les quatre valeurs fondamentales de cette approche décrite par l'IPFCC, soit :

1. Dignité et respect - Les professionnels de la santé écoutent et respectent les perspectives et les choix de l'utilisateur et de la famille. Les connaissances, valeurs, croyances et antécédents culturels de l'utilisateur et de la famille sont intégrés à la planification et à la prestation des soins.
2. Partage d'information - Les professionnels de la santé communiquent, avec assurance et de façon utile, une information complète et impartiale aux usagers et aux familles. Les usagers et les familles reçoivent en temps opportun de l'information complète et précise de façon à participer efficacement aux soins et aux prises de décisions.
3. Partenariat et participation - Les usagers et les familles sont encouragés à participer aux soins et aux prises de décisions dans la mesure qui leur convient et ils sont appuyés en ce sens.
4. Collaboration - Les usagers, les familles, les professionnels de la santé et le personnel d'encadrement des hôpitaux collaborent à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques et programmes; à la conception des installations de soins de santé; et, au perfectionnement professionnel, ainsi qu'à la prestation des soins.



Contenu commun – Services centrés sur l'utilisateur et la famille

INVESTIR DANS LES SERVICES

1.0 L'équipe conçoit ses services de manière à répondre aux besoins des usagers et de la communauté qu'elle dessert.



Services centrés
sur le client

- 1.1 L'équipe procède à la planification et à la conception conjointe de ses services en partenariat avec les usagers et la communauté qu'elle dessert.

Conseils

L'équipe adopte une approche structurée pour concevoir ses services en collaboration avec les usagers et les familles. Cela peut se faire au moyen de groupes de défense des intérêts des usagers, de comités consultatifs communautaires et de sondages sur l'expérience vécue par l'utilisateur. En partenariat, l'équipe, les usagers, les organismes qui acheminent des usagers et la communauté collaborent pour s'assurer que les services sont conçus pour répondre aux besoins des usagers et de la communauté, pour cerner les lacunes au niveau des services et pour se pencher, si possible, sur les demandes courantes des usagers.



Accent sur la
population

- 1.2 L'équipe utilise l'information au sujet des besoins des usagers et de la communauté qu'elle dessert pour planifier ses services.

Conseils

L'équipe peut recueillir de l'information au sujet des usagers et de la communauté qu'elle dessert ou rassembler l'information disponible. Ces renseignements englobent les besoins exprimés par les usagers auxquels l'organisme offre des services et les tendances qui pourraient avoir des répercussions sur la communauté et ses besoins en matière de services de santé. Les besoins en matière de services de santé varient en fonction de l'état de santé, des capacités, des risques et des déterminants de la santé. Le revenu, les réseaux de soutien social, le niveau de scolarité et d'alphabétisme, la situation d'emploi et les conditions de travail, l'accès aux services de santé, le sexe et la culture sont des exemples de déterminants de la santé.

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





Services centrés
sur le client

- 1.3 L'équipe recueille et utilise la rétroaction sur l'expérience vécue par l'utilisateur pour évaluer ses services et apporter des changements au besoin.

Conseils

L'équipe recueille de façon continue de l'information et des données au sujet de l'expérience qu'a vécue l'utilisateur par rapport à ses services. Les usagers participent à la détermination de l'information importante à recueillir. Cela peut être fait au moyen de l'outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur d'Agrément Canada ou d'autres méthodes comme des sondages, questionnaires ou groupes de discussion. L'équipe utilise cette information pour évaluer et planifier ses services de façon à s'assurer de répondre aux besoins des usagers et de leur offrir des services qui les satisfont.



Efficacité

- 1.4 Les membres de l'équipe travaillent ensemble pour établir des buts et objectifs propres aux services qu'ils fournissent.

Conseils

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

L'équipe évalue ses buts et ses objectifs une fois l'an ou au besoin. Les buts et objectifs sont en accord avec les objectifs organisationnels, fédéraux, provinciaux et territoriaux. L'équipe dispose d'un processus pour évaluer l'atteinte des buts et objectifs.



Efficience

- 1.5 L'équipe surveille la prestation et l'utilisation des services pour en assurer l'efficacité et la pertinence.

Conseils

La surveillance et l'évaluation des services dispensés permettent à l'équipe d'examiner quels services sont offerts aux usagers et à quels services ceux-ci ont accès et de cerner les possibilités d'amélioration. Cette façon de faire augmente l'efficacité des processus internes en repérant les lacunes possibles au niveau des services fournis par l'organisme ou mis à la disposition des usagers et de la communauté. L'équipe évalue si les services sont offerts et utilisés comme prévu, si la qualité convient ou s'il y a des possibilités d'amélioration pour ce qui est de la pertinence de la conception des services et de la gamme de services offerts.

L'équipe peut utiliser cette information pour accroître son efficacité interne en minimisant les chevauchements, en évaluant la rentabilité des technologies et des interventions et en assurant une plus grande uniformité dans l'ensemble de l'organisme.

L'American Board of Internal Medicine (ABIM) Foundation a mis au point la campagne Choosing Wisely, qui fournit des listes de procédures ou services pour différentes spécialités, qui peuvent être inutiles ou inadéquates. Le site Web suivant fournit plus d'information : www.choosingwisely.org.





Continuité des services

- 1.6 Le personnel et les prestataires de services travaillent avec d'autres services, programmes, prestataires et organismes pour répondre aux besoins de l'utilisateur.

Conseils

Les capacités d'une seule équipe ou d'un seul organisme ne peuvent en aucun cas suffire à répondre à l'ensemble des besoins des usagers ou de la communauté desservie. L'équipe détermine les partenariats et travaille en collaboration avec ses partenaires pour améliorer le rendement et l'efficacité de ses services, en assurer l'accès tout le long du continuum des soins et faire en sorte qu'il soit plus facile pour les usagers de passer d'un service à un autre à l'intérieur du système.

Les partenaires peuvent comprendre différents niveaux de soins, dont les soins primaires, les soins de courte durée, les partenaires de la communauté, les services de soutien en santé mentale, les services d'éducation ou de logement et les services sociaux. Les liens et partenariats varient selon la gamme de services fournis par l'organisme et les besoins des usagers. L'organisme peut aussi établir des partenariats ou des liens avec des organismes fédéraux, provinciaux ou territoriaux.



Accessibilité

- 1.7 L'équipe fournit aux usagers, aux familles, aux prestataires et aux autres organismes de l'information sur l'organisme et ses services.

Conseils

L'information traite de la gamme de services offerts par l'organisme et du coût pour l'utilisateur, le cas échéant; de l'efficacité et des résultats des services; de tout autre service pouvant répondre aux besoins particuliers de l'utilisateur; et, des organismes partenaires.



Accessibilité

- 1.8 L'équipe détecte et, dans la mesure du possible, élimine les obstacles qui empêchent l'utilisateur, la famille, les prestataires de services et les organismes qui acheminent des usagers d'accéder aux services.

Conseils

L'équipe dispose d'une méthode qui lui permet de définir, de signaler et d'éliminer les obstacles à l'accès aux services. L'information peut être obtenue à la suite d'une observation par l'équipe et de commentaires émis par l'utilisateur.

Les obstacles qui empêchent les usagers d'accéder aux services peuvent englober la proximité et la distribution des services, l'environnement physique, la pertinence des services d'un point de vue culturel, les temps d'attente, les types de services disponibles, les barrières linguistiques, l'accès au transport et les services d'urgence en tout temps. S'il y a des obstacles qui sont hors du contrôle de l'organisme ou de l'équipe, l'équipe travaille avec les partenaires ou la communauté pour les minimiser.



2.0 L'équipe dispose de suffisamment de ressources pour offrir des services sécuritaires, de haute qualité et centrés sur l'utilisateur.



Efficacité

- 2.1 Le personnel et les prestataires de services cernent les lacunes par rapport aux ressources nécessaires et revendiquent auprès du personnel d'encadrement de l'organisme les ressources requises pour corriger les lacunes cernées.

Conseils

L'équipe détermine les ressources nécessaires pour dispenser aux usagers des soins sécuritaires, efficaces et de qualité tout en assurant la sécurité du personnel. La détermination des ressources nécessaires est un processus collaboratif entre l'équipe et les chefs d'équipe. Elle comprend des critères pour déterminer où les ressources sont requises, comme les risques potentiels pour le personnel et les usagers, les lacunes au niveau des services, l'encombrement des services ou les obstacles à la prestation des services ou à leur accès. Les ressources peuvent être humaines, financières, structurelles, informationnelles ou technologiques. Le personnel, les prestataires de services et les chefs d'équipe travaillent ensemble pour déterminer des méthodes permettant d'utiliser efficacement les ressources disponibles ou pour établir où des ressources additionnelles sont nécessaires.



Efficacité

- 2.2 Le personnel et les prestataires de services déterminent les besoins en matière de technologie et de systèmes d'information.

Conseils

Les dossiers médicaux et de santé électroniques (DME et DSE), les outils d'aide à la décision, les systèmes de suivi des usagers, les systèmes de gestion des listes d'attente, les outils d'auto-évaluation des usagers et les registres ou bases de données propres à des services spécifiques sont des exemples de technologies. Des technologies de l'information innovatrices servent à soutenir le travail du secteur de services.



Efficacité

- 2.3 L'équipe détermine le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe et émet des recommandations au personnel d'encadrement de l'organisme pour obtenir les ressources requises.

Conseils

En se fiant aux données probantes, les membres de l'équipe déterminent les ratios optimaux d'expérience et de compétence. Les membres de l'équipe possèdent une vaste gamme de connaissances et d'habiletés, de même qu'une solide expérience de travail auprès de différents groupes d'usagers.

Le fait de s'assurer d'avoir le niveau d'expérience et de compétence approprié permet une prestation de services sécuritaire, efficace et centrée sur l'utilisateur et crée des possibilités d'apprentissage entre les membres de l'équipe.



Services centrés
sur le client

- 2.4 L'équipe conçoit, conjointement avec les usagers et les familles, l'espace disponible pour faciliter des interactions confidentielles et privées.

Conseils

L'équipe fait participer les usagers et les familles à la planification et à la conception de l'aménagement et de l'utilisation de l'espace disponible pour répondre aux besoins des usagers en tenant compte de la sécurité et du confort. Au moment de déterminer comment utiliser l'espace, l'équipe tient compte de la dignité et du respect de l'usager, du respect de la vie privée et de la confidentialité, de l'accessibilité, de la prévention et du contrôle des infections, ainsi que d'autres critères.



Efficacité

- 2.5 L'équipe évalue l'efficacité des ressources, de l'espace et de la dotation.

Conseils

L'équipe fait participer les usagers et les familles à l'évaluation et à la conception de l'espace et de l'utilisation des ressources.



Efficacité

- 2.6 L'équipe a accès à de l'information au sujet des services communautaires mis à la disposition des usagers, y compris pour ce qui est des soins palliatifs et de fin de vie.

Conseils

L'information est disponible dans divers formats, notamment verbalement ou par écrit. Lorsqu'elle fournit de l'information aux usagers, l'équipe tient compte de leur degré de compréhension, de leur niveau d'alphabétisme, de leur déficience, ainsi que de leur langue et de leur culture.

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



Accessibilité

- 2.7 L'équipe crée un environnement accessible aux usagers.

Conseils

L'équipe travaille à garder l'environnement propre et sans encombrement pour favoriser l'accessibilité physique, p. ex. pour les personnes qui utilisent des aides à la mobilité comme des fauteuils roulants, béquilles ou déambulateurs. Le milieu est aussi accessible aux personnes ayant des exigences particulières en matière de la langue, de communication ou autre, comme les personnes ayant des déficiences auditives, visuelles ou cognitives.



FAVORISER LA PRÉPARATION ET LA PARTICIPATION PROACTIVE DES EMPLOYÉS

3.0 Le personnel et les prestataires de services sont qualifiés et ont les compétences pertinentes.



Efficacité



- 3.1 Les chefs d'équipe définissent les titres de compétence, la formation et le perfectionnement nécessaires pour le personnel et les prestataires de services.

Conseils

Les chefs d'équipe définissent les titres de compétence pour tout le personnel et les prestataires de services, y compris le personnel non réglementé.

Les titres de compétence, la formation et le perfectionnement nécessaires peuvent être officiels ou non et peuvent comprendre l'expérience vécue ou acquise dans le cadre d'emplois antérieurs.



Efficacité



- 3.2 Les chefs d'équipe vérifient si les titres de compétence, les qualifications et les compétences du personnel et des prestataires de services sont à jour et consignent l'information à ce sujet.

Conseils

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

Les chefs d'équipe s'assurent que le personnel et les prestataires de services dispensent des services qui correspondent à leur champ de compétence et qu'ils ont la formation et les capacités requises pour dispenser des soins centrés sur l'utilisateur et utiliser l'équipement, les appareils et les fournitures. Les exigences varient pour différents rôles dans l'organisme, de même que pour le personnel réglementé et non réglementé.

Services centrés
sur le client

- 3.3 L'équipe reçoit la formation et le perfectionnement sur la culture qui conviennent pour travailler efficacement avec les usagers et les communautés qu'il dessert.

Conseils

La formation et le perfectionnement sur la culture permettent d'acquérir les compétences, connaissances et attitudes requises pour offrir de façon sécuritaire et pertinente des interventions et services qui tiennent compte des différences culturelles et qui sont respectueux.

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





Efficacité

- 3.4 L'équipe fournit une orientation complète aux nouveaux membres de l'équipe, y compris aux usagers et aux familles.

Conseils

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

Services centrés
sur le client

- 3.5 L'équipe reçoit de la formation continue sur le modèle de prestation de soins de l'organisme.

Conseils

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



Efficacité

- 3.6 Le personnel et les prestataires de services reçoivent de la formation et du perfectionnement pour utiliser le cadre conceptuel visant la prise de décisions d'ordre éthique.

Conseils

L'équipe reçoit de la formation et du soutien pour la gestion des problèmes comme l'identification des conflits d'intérêts ou des points de vue conflictuels chez les prestataires de services, ainsi qu'entre les prestataires de services et les usagers et leur famille.



Sécurité



3.7

Le personnel et les prestataires de services reçoivent de la formation et du perfectionnement sur l'utilisation sécuritaire de l'équipement, des appareils et des fournitures utilisés dans la prestation des services. L'information sur la formation est consignée.

Conseils

Les membres de l'équipe reçoivent de l'information propre aux services au sujet de l'approche de l'équipe en matière d'utilisation sécuritaire de l'équipement. Tous les membres de l'équipe reçoivent de la formation sur l'utilisation de l'équipement, des appareils et des fournitures existants et nouveaux. S'ils ne se sentent pas prêts à utiliser l'équipement, les appareils ou les fournitures ou s'ils ne les ont pas utilisés depuis un certain temps, ils suivent des cours de recyclage obligatoires ou sur demande.

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



Efficacité

3.8

Le personnel et les prestataires de services reçoivent de la formation et du perfectionnement sur les systèmes d'information et d'autres technologies utilisées dans la prestation des services.

Conseils

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

Services centrés
sur le client

3.9

Le personnel et les prestataires de services reçoivent de la formation et du perfectionnement pour repérer les besoins en matière de soins palliatifs et de fin de vie.

Conseils

L'équipe reçoit de la formation sur le processus adopté par l'organisme pour dispenser des services de soins palliatifs ou de fin de vie ou pour y faciliter l'accès. L'équipe reçoit aussi de la formation sur la communication avec les familles au sujet des questions de fin de vie, y compris sur la façon et le moment d'entreprendre les discussions en matière de soins palliatifs et de fin de vie.

L'équipe respecte les lois et règlements provinciaux et territoriaux concernant le consentement et les personnes chargées de prendre des décisions au nom d'autrui.





Milieu de travail



- 3.10 Les chefs d'équipe évaluent et documentent régulièrement le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et constructive.

Conseils

Les chefs d'équipe utilisent le processus établi par l'organisme pour évaluer le rendement de chaque membre de l'équipe.

Lorsqu'ils évaluent le rendement d'une personne, les chefs d'équipe doivent vérifier si celle-ci assume adéquatement ses responsabilités et si elle applique les principes des soins centrés sur l'utilisateur. Ils tiennent compte de ses points forts, de ses possibilités d'amélioration et de sa contribution en ce qui concerne le respect des souhaits de l'utilisateur, la sécurité des usagers, la qualité de vie au travail et d'autres aspects décrits dans la description de poste. Ils peuvent aussi tenter d'obtenir les commentaires des usagers et des pairs.

Le rendement de la personne est généralement évalué avant la fin de sa période probatoire, puis annuellement ou selon les normes de l'organisme. L'évaluation peut indiquer des problèmes qui exigent un suivi, comme des comportements non professionnels ou nuisibles, et des difficultés à mettre en pratique l'approche de soins centrés sur l'utilisateur. Une évaluation peut également être effectuée après les séances de perfectionnement (p. ex. lorsqu'il y a des nouveautés sur le plan de la technologie, de l'équipement ou des compétences techniques).

Services centrés
sur le client

- 3.11 Les chefs d'équipe font souvent appel aux représentants des usagers et des familles pour échanger de la rétroaction sur les rôles et responsabilités, sur la conception des rôles, sur les processus et sur la satisfaction par rapport aux rôles.

Conseils

Une communication régulière entre les chefs d'équipe et les conseillers des usagers et des familles permet de s'assurer que la relation est bénéfique tant pour l'organisme que pour le représentant de l'utilisateur ou de la famille. Les discussions peuvent notamment offrir la possibilité d'une plus grande collaboration et d'une satisfaction accrue face aux rôles de chacun. Bien qu'un dialogue ouvert et transparent soit ainsi encouragé, les chefs d'équipe reconnaissent que les représentants des usagers et des familles doivent demeurer indépendants de l'organisme afin d'assurer l'impartialité de leurs opinions et recommandations.



Milieu de travail



- 3.12 Les chefs d'équipe travaillent avec le personnel et les prestataires de services pour assurer le suivi des problèmes et des possibilités de croissance cernés dans le cadre de l'évaluation du rendement.

Conseils

Les problèmes peuvent être cernés par les membres de l'équipe ou par les chefs d'équipe. Cette information contribue à l'élaboration d'un plan d'action ou d'un plan de perfectionnement du personnel.



Milieu de travail

- 3.13 Les chefs d'équipe facilitent la formation et le perfectionnement continu pour chaque membre de l'équipe.

Conseils

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

4.0 L'équipe fonctionne de façon efficace et travaille en collaboration.



Efficacité

- 4.1 L'équipe a recours à une approche collaborative pour dispenser les services.

Conseils

Une équipe collaborative interdisciplinaire évoluera et changera en fonction des besoins changeants de l'utilisateur. Selon les besoins et les souhaits de l'utilisateur et de la famille, l'équipe peut être formée de personnel spécialisé et de personnel de soutien, comme des planificateurs de soins, des traducteurs, du personnel de sécurité ou des représentants d'organismes partenaires de la communauté. L'équipe peut aussi comprendre des stagiaires et bénévoles.

L'équipe collaborative a un ou des chefs désignés et le rôle de chaque membre est clairement présenté à l'utilisateur et à la famille.

Pour mettre sur pied l'équipe collaborative, l'organisme se sert de critères définis basés sur des normes de pratique professionnelle approuvées, les exigences réglementaires, les connaissances et l'expérience et d'autres qualifications, le nombre de cas ou leur complexité, les fluctuations de la charge de travail et les questions concernant la sécurité et les besoins des usagers.

- 4.2 L'équipe collaborative compte parmi ses membres l'utilisateur et sa famille.

Conseils

L'équipe fait participer l'utilisateur et la famille pour s'assurer qu'ils ont l'occasion de prendre part à la prise de décisions conjointe et qu'ils comprennent la façon dont les soins sont dispensés. Les usagers déterminent les membres de la famille qu'ils souhaitent voir participer à leurs soins, dont les membres de la famille non traditionnelle.



Efficacité





Milieu de travail

- 4.3 Les membres de l'équipe disposent de profils de postes qui définissent leurs rôles, leurs responsabilités et leur champ de compétence.

Conseils

Les profils de postes englobent une description sommaire du poste, indiquent les compétences requises et les exigences minimales pour occuper le poste, précisent la nature et l'étendue des tâches et clarifient les liens hiérarchiques. Un profil de poste est élaboré pour tous les membres de l'équipe, ce qui inclut le rôle de l'utilisateur et des membres de la famille.

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



Efficacité

- 4.4 Le personnel et les prestataires de services utilisent des outils de communication normalisés pour partager l'information concernant les soins de l'utilisateur au sein des équipes et entre elles, particulièrement durant les points de transition.

Conseils

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

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



Sécurité



- 4.5 L'équipe évalue l'efficacité de ses processus de communication relativement à l'information essentielle.

Conseils

L'équipe détermine quelle information doit être partagée et les moments où la communication est essentielle (p. ex. quand l'utilisateur est transféré dans un autre secteur de services, aux changements de quart de travail ou lorsqu'il y a des changements dans le plan de soins de l'utilisateur).

Les mauvaises communications ou le manque de communication entre les membres de l'équipe et les usagers peuvent compromettre la sécurité des usagers. Le fait de rendre prioritaire une communication précise et en temps opportun favorise la continuité des soins et aide à prévenir les incidents causant ou ne causant pas de préjudice, de même que les incidents et accidents évités de justesse. Les communications font intervenir l'utilisateur, la famille, l'aidant ou la personne chargée de représenter l'utilisateur.

Les mécanismes de communication peuvent comprendre les rencontres en petit groupe, les messages électroniques, les réunions, les téléconférences ou les technologies informatiques, comme la télésanté et les cyberconférences.





Efficacité

- 4.6 L'équipe évalue si elle collabore efficacement et cerne les possibilités d'amélioration.

Conseils

Le processus d'évaluation du mode de fonctionnement de l'équipe peut comprendre un examen de ses services, de ses processus et de ses résultats. Cela peut comprendre la distribution aux membres de l'équipe d'un questionnaire sur le fonctionnement afin de stimuler la discussion au sujet des possibilités d'amélioration.

L'équipe doit également évaluer son fonctionnement lorsqu'un changement important est apporté à sa structure.

5.0 L'équipe favorise le bien-être et l'équilibre vie-travail chez ses membres.



Milieu de travail

- 5.1 Les chefs d'équipe assignent et évaluent la charge de travail de chaque membre de l'équipe de façon à assurer la sécurité et le bien-être de l'utilisateur et du personnel.

Conseils

L'équipe utilise des critères pertinents pour déterminer la charge de travail en fonction du milieu et des besoins particuliers des différents secteurs de services (p. ex. heures de travail, nombre de cas, complexité du rôle, complexité des soins, exigences physiques et émotionnelles, nature répétitive des tâches et niveau de responsabilité). L'organisme tient aussi compte des préférences et de la disponibilité du personnel. Dans certains cas, les équipes peuvent établir une charge de travail maximale pour leurs membres. Le processus consistant à assigner et à évaluer la charge de travail comprend la surveillance et le suivi des heures et des usagers ainsi que l'adoption de mesures supplémentaires au besoin (p. ex. transfert des effectifs ou restructuration de l'équipe).

Les chefs d'équipe favorisent un environnement dans lequel les membres de l'équipe n'hésitent pas à discuter de leurs demandes et des niveaux de stress au travail. Les chefs d'équipe s'efforcent le plus possible de réduire les pressions exercées sur les membres de l'équipe. Ces efforts peuvent comprendre des stratégies pour l'établissement des horaires, le partage de la charge de travail et des périodes consacrées à la consignation.



Milieu de travail

- 5.2 L'équipe est encouragée à fournir des commentaires sur le travail et l'organisation des tâches, y compris sur ses rôles, responsabilités et affectations, le cas échéant.

Conseils

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





Milieu de travail



- 5.3 L'équipe dispose d'un processus pour reconnaître la contribution de ses membres.

Conseils

La reconnaissance peut être individuelle, sous forme de prix en fonction du nombre d'années de service par exemple, ou axée sur l'équipe, notamment sur ses activités. La reconnaissance peut être officielle ou non, prendre diverses formes, comme la reconnaissance verbale ou écrite, ou consister à promouvoir une atmosphère dans laquelle les membres de l'équipe se sentent appréciés pour leurs contributions.



Milieu de travail

- 5.4 L'équipe respecte la politique de l'organisme lorsqu'il s'agit de formuler ses plaintes, préoccupations et griefs.



Sécurité



- 5.5 L'équipe connaît et respecte les règlements pertinents en matière de santé et de sécurité au travail, ainsi que les politiques de l'organisme sur la sécurité en milieu de travail.



Sécurité



- 5.6 L'équipe est formée pour déceler, réduire et gérer les risques liés à la sécurité des usagers et du personnel.

Conseils

La formation peut comprendre des sujets comme les dangers physiques; les problèmes liés à l'équipement; les déversements, l'élimination des déchets ou les substances infectieuses; le travail auprès d'usagers présentant un risque pour eux-mêmes ou les autres; et, les problèmes de manipulation, d'entreposage et de distribution des médicaments.

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

L'équipe travaille avec ses chefs et l'organisme en vue de réduire les risques.





Sécurité



5.7

L'équipe reçoit de la formation et du perfectionnement sur la prévention et la gestion de la violence en milieu de travail.

Conseils

Les actes de violence comprennent les abus, les agressions, les menaces et les voies de fait. Les comportements agressifs et violents englobent les actes commis par les usagers (ou leur famille) ou par le personnel et les prestataires de services. Ils présentent un risque pour la sécurité de la personne qui manifeste ces comportements, ainsi que pour autrui.

Voici des exemples de programmes de formation pour travailler de façon sécuritaire avec les usagers qui présentent un risque de comportements agressifs ou réactifs ou qui manifestent de tels comportements :

- prévention et intervention en situation de crise;
- approche persuasive douce;
- formation U-First!

Si possible, les membres de l'équipe utilisent comme mesure préventive les techniques de désamorçage. Entraînant le moins de perturbation possible, ces techniques sont le moyen le moins restrictif de gérer les comportements violents. La formation et le perfectionnement comprennent l'utilisation d'un outil normalisé d'évaluation des risques, tel que le Hamilton Anatomy of Risk Management (HARM). La formation peut porter sur la capacité :

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

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



Sécurité



5.8

L'équipe respecte la politique de l'organisme sur la déclaration des cas de violence en milieu de travail.

Conseils

Il faut déclarer les cas de violence physique ou verbale qui sont perçus comme étant violents, qui auraient pu mener à de la violence ou qui sont réellement survenus. L'incident peut être déclaré dans le dossier médical de l'usager ou aux autorités appropriées, selon les lois en vigueur et selon la nature de l'incident.



FOURNIR DES SERVICES SÛRS ET EFFICACES

6.0 L'équipe coordonne un accès rapide aux services pour les usagers actuels et potentiels, les familles, les prestataires de services, ainsi que les organismes qui acheminent des usagers.



Accessibilité

- 6.1 Le personnel et les prestataires de services disposent d'un processus pour répondre aux demandes de services en temps opportun.

Conseils

Les demandes de services peuvent provenir des usagers, des familles, d'autres prestataires de services ou des organismes qui acheminent des usagers. Il peut y avoir différents processus pour répondre aux demandes selon le demandeur et les services demandés.

L'équipe évalue sa capacité de répondre aux besoins en établissant des délais de réponse aux demandes de services et d'information, ainsi qu'en en faisant le suivi.



Efficacité

- 6.2 Le personnel et les prestataires de services disposent d'un processus pour rassembler ou recevoir l'information pertinente dans le cadre du processus d'accueil et à d'autres moments, au besoin.

Conseils

Ce processus peut être appelé processus d'admission, d'accueil, de préadmission, de triage ou de début des services. L'équipe examine et valide l'information rassemblée. Ce processus permet de déterminer si les services offerts par l'organisme répondent aux besoins et aux préférences de l'utilisateur, de cerner ses besoins immédiats et d'établir les priorités en matière de service.

Le processus est adapté aux usagers et aux familles ayant des besoins diversifiés (p. ex. langue, culture, niveau de scolarité, style de vie et déficience physique ou mentale).



Accessibilité

- 6.3 Le personnel et les prestataires de services respectent des critères clairs pour déterminer avec les usagers quand entreprendre les services.

Conseils

L'équipe évalue les besoins des usagers potentiels par rapport à la capacité de l'organisme de répondre à ces besoins.





Accessibilité

- 6.4 Si l'équipe ne peut répondre aux besoins d'un usager potentiel, le personnel et les prestataires de services facilitent l'accès aux services offerts par un autre organisme.

Conseils

Dans le cas où l'organisme ne peut répondre aux besoins d'un usager, l'équipe en explique les raisons, identifie les autres organismes où les services sont offerts, en facilite l'accès et consigne cette information, qui sera utilisée dans la planification des services.



Accessibilité

- 6.5 Le personnel et les prestataires de services s'assurent que les usagers et les familles savent qui est le membre de l'équipe responsable de coordonner leurs services et comment le joindre.

Conseils

Le membre désigné peut être le membre de l'équipe collaborative qui est le plus régulièrement en contact avec l'usager ou le principal prestataire responsable des soins.

7.0 Pour atteindre les objectifs, le personnel et les prestataires de services font équipe avec les usagers et les familles dans la prestation des services.



Services centrés sur le client

- 7.1 L'équipe détermine le souhait et la capacité de chaque usager de participer à ses soins.

Conseils

Le niveau d'intérêt et la capacité de participer à ses propres soins diffèrent pour chaque personne. À chacune des étapes des soins, le prestataire fait équipe avec l'usager pour déterminer la quantité et le type d'information qu'il souhaite obtenir pour participer à ses soins de façon significative et dans la mesure voulue.



Services centrés sur le client

- 7.2 Le personnel et les prestataires de services établissent une relation ouverte, transparente et respectueuse avec chaque usager.

Conseils

Les membres de l'équipe favorisent une relation respectueuse et transparente avec les usagers en se présentant, en demandant la permission avant d'effectuer une tâche, en expliquant ce qu'ils font, en parlant d'un ton respectueux, en exprimant leurs préoccupations ou en rassurant les usagers, en leur permettant de poser des questions, en respectant leurs croyances culturelles ou religieuses et en préservant la vie privée et le caractère confidentiel des renseignements.





Services centrés
sur le client

- 7.3 Le personnel et les prestataires de services respectent les souhaits de l'utilisateur quant à la participation de la famille à ses soins.

Conseils

L'utilisateur est encouragé à préciser les membres de sa famille et les autres personnes qu'il souhaite voir participer à ses soins. Ces personnes, qui peuvent être des membres de la famille non traditionnelle, forment le réseau de soutien de l'utilisateur. L'équipe trouve des façons d'inclure des membres du réseau de soutien de l'utilisateur à ses soins.



Services centrés
sur le client

- 7.4 Le personnel et les prestataires de services transmettent à l'utilisateur, selon ses souhaits, de l'information ponctuelle, complète et précise au sujet des différents aspects de ses soins.

Conseils

La transmission de l'information est essentielle pour une prise de décisions conjointe entre les usagers, les familles et les prestataires de services. L'information est rassemblée et transmise selon les besoins et intérêts de la personne et en fonction de son niveau d'alphabétisme.

De l'information détaillée et complète aide les usagers et les familles, le cas échéant, à faire des choix éclairés au sujet des soins. L'information fournie traite notamment des risques et bienfaits des soins, des rôles et responsabilités de l'utilisateur dans la prestation des services, des avantages et limites, des résultats possibles des interventions ou services proposés, de la façon de se préparer aux tests et aux traitements, de la disponibilité de services de counseling et de groupes de soutien ainsi que de la façon de joindre les prestataires en cas d'urgence ou de situation de crise.

L'équipe comprend les différentes exigences en matière d'information aux diverses étapes du processus de soins de l'utilisateur et y répond. De même, différents messages exigeront différents moyens de transmission, p. ex. les messages plus sérieux exigent un forum plus structuré pour communiquer l'information et en discuter.





Services centrés
sur le client

- 7.5 Le personnel et les prestataires de services vérifient si l'utilisateur comprend l'information fournie au sujet de ses soins.

Conseils

Lorsqu'elle fournit de l'information aux usagers, l'équipe tient compte de leur degré de compréhension, de leur niveau d'alphabétisme, de leur déficience, ainsi que de leur langue et de leur culture.

Les méthodes utilisées pour confirmer que les usagers ont bien compris l'information sont, entre autres, les suivantes : encourager les usagers à poser des questions et accorder du temps à cet effet; demander à l'utilisateur de répéter l'information fournie; s'assurer que la communication s'effectue dans la même langue que celle de l'utilisateur, tout en respectant sa culture, dans la mesure du possible; et, établir un échange continu pendant lequel l'équipe confirme fréquemment que l'utilisateur a bien compris l'information fournie.

Le site Web Always Use Teach-back! (www.teachbacktraining.org/) fournit des outils utiles pour apprendre comment confirmer qu'un usager a compris l'information transmise.



Services centrés
sur le client

- 7.6 Le personnel et les prestataires de services facilitent l'accès aux services de traduction et d'interprétation pour les usagers et les familles en vue d'assurer leur participation aux soins.

Conseils

L'équipe ou l'organisme peut offrir de la documentation écrite dans les langues les plus couramment utilisées dans la communauté, ou en préparer selon les besoins. Des services d'interprétation sont disponibles à la demande de l'utilisateur ou de la famille.



Services centrés
sur le client

- 7.7 Le personnel et les prestataires de services travaillent avec l'utilisateur, y compris s'il s'agit d'un enfant ou d'un jeune, pour déterminer sa capacité à fournir un consentement éclairé.

Conseils

L'évaluation de la capacité de l'utilisateur à fournir son consentement est un processus récurrent. Dans le cadre de la prise de décision, on entend par « capacité » le fait de pouvoir comprendre l'information pertinente à la prise de décisions, de prévoir les conséquences possibles liées à une décision ou à l'absence de décision et de comparer les risques et les avantages d'une décision en particulier.

L'équipe respecte les lois fédérales, provinciales et territoriales lorsque les usagers sont des enfants et des jeunes. Lorsqu'elle travaille avec des mineurs ou des personnes jugées incapables à fournir leur consentement, l'équipe continue à faire participer le plus possible l'utilisateur aux décisions concernant les services qui lui sont dispensés et valorise ses questions et commentaires.





Services centrés
sur le client



- 7.8 Le personnel et les prestataires de services reçoivent et consignent le consentement éclairé de l'utilisateur avant de dispenser des services.

Conseils

Le consentement éclairé consiste à examiner l'information sur les services avec l'utilisateur; 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. Il consiste aussi à respecter les droits, la culture et les valeurs de l'utilisateur, y compris son droit de refuser de donner son consentement à tout moment, et à inscrire sa décision dans son dossier. Le processus de consentement est continu.

Il y a consentement tacite quand on offre des services pour lesquels il n'est pas nécessaire d'obtenir un consentement écrit, comme quand les usagers arrivent pour un rendez-vous ou un cours, qu'ils demandent qu'on vérifie leur tension artérielle, qu'ils présentent leur bras pour une prise de sang, qu'ils arrivent par le biais des services médicaux d'urgence ou quand leur vie est menacée ou que leur état est urgent et exige une réanimation immédiate.



Efficacité



- 7.9 Quand les usagers sont incapables de fournir un consentement éclairé, le personnel et les prestataires de services obtiennent le consentement auprès d'une personne chargée de prendre des décisions au nom d'un usager.

Conseils

L'équipe consulte une personne chargée de prendre des décisions au nom d'un usager quand celui-ci n'est pas en mesure de prendre ses propres décisions, et a recours à des directives préalables, le cas échéant, pour s'assurer que les décisions prises correspondent aux souhaits de l'utilisateur. Dans ce cas, l'équipe fournit à la personne chargée de prendre les décisions de l'information sur ses rôles et responsabilités, répond à ses questions et discute de ses préoccupations et des possibilités qui s'offrent à elle. La personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur est désignée selon les lois applicables ou peut être un représentant des usagers, un membre de la famille, un tuteur ou un aidant.

Si le consentement est donné par une personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur, son nom, son lien avec l'utilisateur, ainsi que la décision prise sont inscrits dans le dossier de l'utilisateur.

Dans les cas où les usagers sont des enfants et des jeunes, l'équipe reçoit et consigne au dossier le consentement éclairé de l'enfant, du jeune, de la famille ou du tuteur avant de dispenser les services. Lorsqu'il s'agit d'enfants et de jeunes, le processus de consentement utilisé par l'équipe prévoit de les faire participer le plus possible à la prise de décisions à propos d'un service, d'une intervention ou d'un traitement et d'accorder de la valeur à leurs opinions et à leurs questions.





Services centrés
sur le client

- 7.10 Le personnel et les prestataires de services font participer les usagers et les familles aux activités et aux possibilités de recherche disponibles, s'il y a lieu.

Conseils

Les activités de recherche peuvent comprendre des essais cliniques, l'évaluation de nouveaux protocoles ou de changements apportés à des protocoles existants. Les usagers et les familles sont inclus à la conception et à la mise en œuvre des projets de recherche participatifs, le cas échéant, p. ex. à la collecte de données qualitatives pour des initiatives d'amélioration de la qualité menées dans l'organisme.



Efficacité



- 7.11 L'équipe respecte la procédure de l'organisme pour cerner, gérer et régler les questions d'éthique de façon proactive.

Conseils

Les questions d'éthique englobent les questions où deux valeurs ou plus peuvent être conflictuelles, ce qui provoque de l'incertitude lorsqu'une décision doit être prise. Les questions d'éthique peuvent être de nature très sérieuse ou être liées aux activités quotidiennes. Les conflits d'intérêts, le respect du choix de l'utilisateur de vivre à risque, le triage des membres de la communauté durant une situation d'urgence, les demandes de retrait de certains services spécifiques, dont les services de soutien et de maintien artificiel de la vie, et les soins de fin de vie sont des exemples de questions d'éthique.

Les questions d'éthique peuvent être prises en charge par un comité d'éthique ou une équipe de consultation qui peut comprendre des professionnels de la santé, des membres du clergé ou des éthiciens. En plus d'offrir des consultations cliniques, le comité d'éthique peut prendre part à l'examen des politiques et à la sensibilisation à l'éthique.

Les questions d'éthique liées à des usagers précis sont consignées au dossier des usagers concernés.





Services centrés
sur le client



7.12 L'équipe informe les usagers et les familles de leurs droits et de leurs responsabilités.

Conseils

Les droits des usagers et des familles comprennent le droit à la vie privée et à la confidentialité, le droit d'être traité avec respect et bienveillance, le droit au respect des pratiques culturelles et des croyances spirituelles, ainsi que le droit de prendre des risques et de ne subir aucun abus, aucune exploitation et aucune discrimination.

Les droits des usagers et des familles en matière de prestation de services englobent le droit de refuser un service ou de refuser que certaines personnes participent à la prestation d'un service; de prendre part à tous les aspects d'un service et de faire des choix personnels; de demander à être accompagné d'une personne de confiance ou d'un représentant pendant la prestation du service; de remettre en question une décision relative au plan de services ou de déposer une plainte; de participer ou de refuser de participer à une recherche ou à des essais cliniques; de recevoir des services sûrs et offerts par des personnes compétentes; et, de faire part de ses inquiétudes quant à la qualité d'un service.

Les responsabilités de l'utilisateur et de la famille comprennent le fait de traiter les autres avec respect, de fournir de l'information exacte, de signaler les risques pour la sécurité et de se conformer aux règles et aux règlements.

De l'enseignement est fourni à l'accueil ou à l'admission. Il est adapté aux divers besoins des usagers et familles, comme la langue, la culture, le niveau de scolarité, le style de vie et les déficiences physiques ou mentales.

Quand l'utilisateur ou la famille n'est pas en mesure de recevoir l'enseignement au moment de l'admission, celui-ci est par la suite offert dans les meilleurs délais.

L'enseignement traite notamment de la façon de porter plainte ou de signaler une violation des droits des usagers.



Services centrés
sur le client



7.13 L'équipe fournit de l'enseignement aux usagers et aux familles au sujet de la façon de porter plainte ou de signaler une violation de leurs droits.





Services centrés
sur le client



- 7.14 L'équipe dispose d'un processus pour enquêter sur les allégations de violation des droits des usagers, et pour régler ces questions.

Conseils

L'équipe s'efforce d'établir un milieu où les usagers et les familles se sentent à l'aise de soulever des préoccupations ou des problèmes. Par exemple, l'organisme fournit l'accès à une personne-ressource impartiale et objective auprès de laquelle les usagers et les familles peuvent obtenir des conseils ou une consultation. L'équipe se penche aussi sur les allégations présentées par les membres de l'équipe ou d'autres prestataires de services.

En cas d'utilisation de dossiers de santé électroniques, l'équipe dispose d'un processus pour recevoir les plaintes et questions des usagers au sujet de leur dossier ou du respect de la vie privée et pour y répondre.

8.0 Le personnel et les prestataires de services, en partenariat avec l'utilisateur et la famille, effectuent une évaluation complète et élaborent un plan de soins.



Efficacité



- 8.1 En utilisant une approche holistique, le personnel et les prestataires de services font équipe avec l'utilisateur pour évaluer son état de santé physique et psychosociale et consigner l'information à ce sujet.

Conseils

Les éléments relatifs à la santé physique comprennent :

- les antécédents médicaux;
- les allergies;
- le profil pharmaceutique;
- l'état de santé;
- l'état nutritionnel;
- les besoins en matière de soins palliatifs;
- les besoins alimentaires spéciaux.

Les éléments relatifs à la santé psychosociale comprennent :

- l'état fonctionnel et émotionnel;
- la participation de la famille et des aidants naturels;
- les habiletés à communiquer de l'utilisateur et à prendre soin de lui;
- l'état de santé mentale, y compris les caractéristiques propres à la personnalité et au comportement;
- l'état cognitif;
- la situation socio-économique;
- l'orientation et les besoins spirituels;
- les croyances culturelles.





Services centrés
sur le client

- 8.2 L'équipe conçoit le processus d'évaluation de manière à répondre aux besoins de l'utilisateur.

Conseils

Le processus d'évaluation est aussi simplifié que possible pour l'utilisateur, de façon à ce qu'il n'ait pas à répéter l'information aux nombreux prestataires ou membres de l'équipe. L'équipe peut décider de faire une évaluation interdisciplinaire ou collaborative avec l'utilisateur et les prestataires de services pertinents.



Services centrés
sur le client

- 8.3 L'équipe détermine les objectifs et les résultats attendus des soins et services qu'elle dispense.

Conseils

Pour établir les objectifs des soins en partenariat, l'équipe discute des besoins physiques et psychosociaux, des choix et des préférences de l'utilisateur, tels que définis dans l'évaluation de l'utilisateur.

Les objectifs et les résultats attendus sont conformes aux circonstances particulières de l'utilisateur, réalisables, mesurables et complémentaires à ceux élaborés par d'autres prestataires de services et d'autres organismes qui offrent des services à l'utilisateur.



Services centrés
sur le client

- 8.4 Le personnel et les prestataires de services utilisent des outils d'évaluation normalisés dans le cadre du processus d'évaluation.

Conseils

Les outils sont normalisés et adoptés pour l'ensemble de l'équipe et, si cela convient, dans l'ensemble de l'organisme. Les outils d'évaluation sont conçus de manière à aider le personnel et les prestataires de services à procéder à la collecte systématique et à l'interprétation de tous les renseignements rassemblés dans le cadre du processus d'évaluation. L'utilisation d'outils d'évaluation normalisés comporte plusieurs avantages pour l'utilisateur et le prestataire de soins, dont l'amélioration de l'efficacité, l'exactitude de l'information, l'uniformité de l'évaluation, la fiabilité des résultats et de meilleures possibilités de communication entre l'utilisateur et le prestataire de soins.

Les outils d'évaluation normalisés varient selon les besoins de l'utilisateur et selon le type et la gamme de services offerts. L'échelle de Glasgow pour le niveau de coma, l'échelle de fragilité clinique, l'inventaire de dépression de Beck ou l'interRAI sont des exemples d'outils d'évaluation normalisés. L'équipe utilise des outils d'évaluation normalisés fondés sur des données probantes et significatifs pour les services qu'elle dispense.



Efficacité

- 8.5 Dans le cadre de l'évaluation, le personnel et les prestataires de services font participer l'utilisateur pour connaître ses préférences et discuter des options quant aux services.

Conseils

L'équipe discute des préférences et des besoins exprimés par l'utilisateur, de même que des différentes options possibles pour ses soins et services. L'équipe et l'utilisateur s'engagent dans une prise de décisions conjointe qui tient compte des préférences de l'utilisateur, des résultats attendus et des risques et bienfaits liés aux options disponibles. Par exemple, l'utilisateur et le prestataire peuvent discuter des différentes stratégies de gestion de la douleur, dont les analgésiques, comme les opioïdes et les traitements adjuvants au besoin, de même que des interventions physiques, comportementales et psychologiques. L'utilisateur se fait proposer des options et peut ainsi choisir celle qu'il préfère pour gérer sa douleur.

Les possibilités d'autosoins, la vie privée, les visiteurs, les traitements, les tests et les soins personnels comme ceux liés au sommeil, au bain et à l'alimentation comptent parmi les autres préférences discutées.

Services centrés
sur le client

- 8.6 L'équipe effectue une évaluation des besoins en matière de soins palliatifs et de fin de vie de l'utilisateur, s'il y a lieu.

Conseils

L'utilisateur ou la famille exprime le besoin de soins palliatifs ou l'équipe constate la nécessité de faire une évaluation des besoins en matière de soins palliatifs, et les prestataires de services travaillent avec l'utilisateur pour déterminer les types de services qui pourraient être requis. La détermination rapide des besoins en matière de soins palliatifs permet aux usagers et aux familles de participer à la planification des soins et peut améliorer la qualité des soins et la satisfaction des familles tout au long du processus.

Dans un organisme ou un secteur de services qui ne dispense pas de soins palliatifs ou de fin de vie, l'évaluation aide l'équipe à travailler avec l'utilisateur et la famille pour déterminer les services auxquels il faut avoir accès.

Continuité des
services

- 8.7 Le personnel et les prestataires de services ont accès à des épreuves diagnostiques et à des analyses de laboratoire, aux résultats et à des consultations avec des experts pour effectuer une évaluation complète.





Continuité des services

- 8.8 Le personnel et les prestataires de services communiquent les résultats de l'évaluation à l'utilisateur et aux autres prestataires de services en temps opportun et d'une manière facile à comprendre.

Conseils

La communication des résultats de l'évaluation à l'utilisateur, à sa famille, aux prestataires de services et autres organismes améliore la clarté et évite les chevauchements. Pour fournir de l'information facile à comprendre, les renseignements sont adaptés au niveau d'alphabétisme de l'utilisateur, à ses préférences linguistiques et à sa culture et tiennent compte des besoins particuliers de l'utilisateur.



Continuité des services



- 8.9 Le personnel et les prestataires de services travaillent en partenariat avec l'utilisateur pour élaborer et documenter un plan de soins complet et individualisé.

Conseils

Le plan de soins repose sur les résultats de l'évaluation, sur les objectifs et sur les résultats attendus des services. Le plan énumère les rôles et les responsabilités de l'équipe, des autres prestataires de services, des autres organismes, ainsi que de l'utilisateur et de sa famille. Le plan contient des renseignements détaillés sur les antécédents de l'utilisateur, les évaluations, les résultats diagnostiques et le schéma thérapeutique, ce qui englobe les problèmes liés aux médicaments ou les réactions indésirables, ainsi que toute l'information relative aux allergies.

Le plan comprend le lieu de prestation et la fréquence des services, les dates de début des services, de l'atteinte des objectifs et des résultats attendus et de la fin des services, la façon dont l'équipe s'y prendra pour évaluer l'atteinte des objectifs et résultats attendus, ainsi que les plans de transition ou de suivi à la fin des services, s'il y a lieu.



Services centrés sur le client

- 8.10 L'équipe commence à planifier la transition des soins dans le cadre de l'élaboration du plan de soins, y compris la fin des services.

Conseils

La planification de la transition vers la maison, un autre prestataire de services, un autre niveau de soins ou la fin des services dans le plan de soins améliore la coordination entre les équipes et les organismes partenaires et aide à préparer l'utilisateur pour la fin des services. La participation de l'utilisateur à la planification de la fin des services est essentielle, puisqu'elle permet de s'assurer que l'utilisateur et la famille savent à quoi s'attendre et sont préparés à la transition des soins.

Au moment d'élaborer le plan de soins, l'équipe discute et documente la transition de l'utilisateur, de même que ses besoins et préférences après les soins. Cela peut comprendre de l'information comme les suivis après les soins, la capacité relative à l'auto-administration des soins, l'aiguillage vers des services de soutien communautaire et d'autres difficultés et besoins prévus.



9.0 L'équipe dispense des services sécuritaires et efficaces.



Efficacité

- 9.1 Le personnel et les prestataires de services suivent le plan de soins individualisé de l'utilisateur lorsqu'ils dispensent les services.



Efficacité

- 9.2 Le personnel et les prestataires de services consignent tous les services reçus par l'utilisateur dans son dossier, dont les changements et ajustements apportés au plan de soins.

Conseils

Le dossier de l'utilisateur, qui réunit toute l'information à un seul endroit, est accessible à l'équipe qui dispense les soins.



Efficacité

- 9.3 L'équipe réévalue régulièrement l'état de santé de l'utilisateur et met à jour son dossier, particulièrement quand il y a un changement dans son état de santé.

Conseils

Le fait de ne pas signaler un changement dans l'état de l'utilisateur ou de tarder à le faire, en particulier lorsqu'il y a une détérioration de son état, constitue un obstacle important à la prestation de soins et de services sécuritaires et efficaces. Tout changement dans l'état de santé de l'utilisateur est rapidement documenté avec exactitude et communiqué à tous les membres de l'équipe.



Efficacité

- 9.4 L'équipe surveille si les utilisateurs atteignent leurs objectifs et les résultats attendus, et elle utilise cette information pour apporter des modifications au plan de soins au besoin.

Conseils

L'équipe consigne les progrès en suivant des méthodes qualitatives et quantitatives. Cela peut comprendre l'utilisation d'outils d'évaluation normalisés, la discussion avec les utilisateurs et les familles et l'observation.





Services centrés
sur le client

- 9.5 Le personnel et les prestataires de services facilitent l'accès à un espace consacré à la spiritualité et à du soutien spirituel pour répondre aux besoins de l'utilisateur.

Conseils

L'équipe considère les besoins spirituels de l'utilisateur comme une partie intégrante des soins et du processus de guérison. Du soutien spirituel est disponible pour répondre aux besoins des usagers et comprend l'accès à un guide spirituel correspondant au souhait ou à l'orientation de l'utilisateur, p. ex. aumônier, imam, rabbin ou conseiller non confessionnel. L'utilisateur et la famille ont accès à un espace désigné pour s'adonner à leurs pratiques spirituelles. L'équipe discute des besoins spirituels de l'utilisateur au moment de prendre des décisions relatives aux soins qui peuvent présenter un aspect éthique ou spirituel.



Services centrés
sur le client

- 9.6 Le personnel et les prestataires de services facilitent l'accès des usagers et des familles à des services psychosociaux et de soutien.

Conseils

Le soutien émotionnel et le counseling peuvent aider les usagers et les familles à composer avec les besoins et les problèmes des usagers en matière de santé. Le soutien peut viser à aider les usagers à composer avec un diagnostic ou avec les effets secondaires du traitement; il peut également être axé sur l'aide à la prise de décisions ou sur des questions d'éthique précises comme les directives préalables.



Services centrés
sur le client

- 9.7 L'équipe suit, au besoin, un processus pour entreprendre les soins palliatifs et de fin de vie au moyen d'une approche holistique.

Conseils

Les services sont initiés comme suite à un besoin exprimé par l'utilisateur ou la famille et tiennent compte des résultats de l'évaluation. La participation de l'équipe aux soins palliatifs et aux soins de fin de vie diffère selon les services qu'elle dispense et selon les usagers desservis. Si l'équipe ne dispense pas les soins palliatifs et de fin de vie, elle suit le processus établi par l'organisme pour acheminer l'utilisateur vers les services pertinents.





Services centrés
sur le client

- 9.8 L'équipe apporte un soutien à la famille, au personnel, aux membres de l'équipe et aux autres usagers au moment du décès d'un usager et à la suite de celui-ci.

Conseils

L'équipe fournit de l'information pertinente sur le processus de la mort, comme les signes et symptômes d'une mort imminente, les moyens de faire face au décès et la façon de donner du soutien et du réconfort pendant les dernières heures, et offre des services aux usagers et aux familles pour les aider à faire face au chagrin et au deuil.

L'équipe encourage la famille et les amis de l'usager à recourir aux mécanismes de soutien en place dans la communauté. Quand ces mécanismes sont insuffisants, ou si l'on détermine que la famille et les amis risquent d'avoir une réaction complexe face au deuil, l'équipe facilite l'accès à des services aux personnes endeuillées pour les usagers, les familles, les membres de l'équipe et les bénévoles, ce qui inclut le soutien de bénévoles ou des services professionnels à la suite du décès d'un usager.

10.0 L'équipe planifie et prépare la transition vers un autre service ou milieu en partenariat avec l'usager et la famille.



Services centrés
sur le client



- 10.1 Le personnel et les prestataires de services disposent d'un processus pour faire participer activement les usagers et les familles à la planification et à la préparation de la transition des soins.

Conseils

Les usagers et les familles participent à la planification de chaque transition. L'équipe, l'usager et la famille discutent du plan de soins, des objectifs et des préférences de l'usager; du résumé des soins prodigués; de la liste à jour des problèmes cliniques et autres problèmes en suspens; 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 et des détails quant aux situations exigeant qu'on les appelle.

La continuité des soins est améliorée quand les usagers participent au processus de planification et de préparation de la transition et qu'ils disposent de renseignements complets à propos de la transition et de la fin des services.

Les tournées, les changements de quart de travail, les transferts, les déplacements pour s'établir dans un organisme ou le quitter, le passage à un autre prestataire de services de la communauté ou la fin des services sont des exemples de moments clés de transition. Les conversations sur la transition tenues avec l'usager et la famille leur permettent de participer à la discussion et de confirmer si l'information communiquée est exacte et complète. Cela contribue aussi à s'assurer que les souhaits de l'usager sont respectés quand les discussions ont lieu en sa présence.





Services centrés
sur le client

- 10.2 Le personnel et les prestataires de services travaillent avec l'utilisateur pour évaluer son niveau physique et psychosocial de préparation à la transition, y compris sa capacité à gérer lui-même sa santé, au besoin.

Conseils

Cette évaluation a lieu le plus tôt possible dans le cadre du processus de soins. L'équipe détermine les cas dans lesquels la prise en charge autonome serait bénéfique pour l'utilisateur. Certains facteurs ont une influence sur la capacité de l'utilisateur à gérer lui-même sa santé, comme l'accès à un réseau de soutien, les possibilités en matière de soins communautaires, la capacité cognitive et physique et le niveau d'alphabétisme.



Services centrés
sur le client

- 10.3 L'équipe favorise la prise en charge autonome des usagers en leur fournissant de l'enseignement pour améliorer leur capacité de gérer eux-mêmes leur état de santé, le cas échéant.

Conseils

L'enseignement qui favorise l'autonomie peut comprendre la planification de mesures, l'imitation de comportement, des stratégies de résolution de problèmes, la réinterprétation de symptômes et la persuasion sociale au moyen du soutien d'un groupe et de conseils relatifs aux efforts individuels. Les sujets de l'enseignement sur la prise en charge autonome devraient comprendre l'exercice, la nutrition, les techniques de gestion des symptômes, des facteurs de risque, de la fatigue et du sommeil, l'utilisation des médicaments, la gestion des émotions, les changements sur le plan cognitif et de la mémoire, la formation en communication avec des professionnels de la santé et d'autres personnes, ainsi que la résolution de problèmes et la prise de décisions liées à des questions de santé.



Continuité des
services

- 10.4 Le personnel et les prestataires de services collaborent avec l'utilisateur, la famille et d'autres équipes, services et organismes pour établir des liens entre l'utilisateur et les services pertinents de suivi, le cas échéant.

Conseils

La responsabilité du personnel et des prestataires de services se poursuit jusqu'à ce que le service ait officiellement pris fin ou que l'utilisateur ait été transféré à une autre équipe, un autre service ou un autre organisme. Les services de suivi peuvent comprendre les soins primaires, les soins à domicile et les services offerts dans la communauté, la réadaptation en milieu extra-hospitalier ou les services de counseling psychologique.

Le personnel et les prestataires de services présentent des recommandations pour le suivi de l'utilisateur ou sur la continuité de ses soins. Le fait de travailler en collaboration pour établir un plan de transition utile à l'utilisateur contribue à ce que ce dernier reçoive les services les plus appropriés à l'endroit le plus adéquat, et réduit au minimum les transferts inutiles et les solutions temporaires.

Pour veiller à ce que les usagers reçoivent des soins continus et ininterrompus, le placement et le suivi comprennent un processus pour les cas où la transition ne se passe pas comme prévu.





Continuité des services

- 10.5 Le personnel et les prestataires de services consignent le plan de transition dans le dossier de l'utilisateur.



Continuité des services

- 10.6 L'équipe suit un processus pour fournir de l'information et des instructions à l'utilisateur au moment de la transition.

Conseils

La continuité des soins est améliorée quand les usagers et leur famille disposent de renseignements complets sur l'état de santé, les points de transition et la fin de services. Cela aide à réduire le stress de la transition vers la maison ou la communauté et aide également à minimiser les délais liés à la fin des services quand l'utilisateur est sûr de pouvoir maintenir sa santé après les services.

L'information fournie à l'utilisateur au moment de la transition peut comprendre de l'information ou des instructions écrites relativement au congé, des plans d'action, des objectifs, les signes ou symptômes d'une détérioration de l'état de santé et les coordonnées pour le suivi avec l'équipe.

La série d'outils SMART Discharge Protocol aide les équipes à normaliser et à améliorer leur processus de congé. Ces outils sont disponibles dans le site Web de l'Institute for Healthcare Improvement à <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/SMARTDischargeProtocol.aspx>.



Services centrés sur le client

- 10.7 L'équipe respecte le souhait de l'utilisateur de mettre fin aux services ou de les limiter, de faire la transition vers la maison ou d'être transféré à un autre service même si cela va à l'encontre de ses recommandations.

Conseils

La prise de décisions conjointe au sujet de la transition de l'utilisateur a lieu en consultation avec la famille ou la personne chargée de prendre les décisions au nom de l'utilisateur, au besoin. L'équipe discute des risques de la transition avec l'utilisateur et la famille, de même qu'avec les services extra-hospitaliers auxquels ils auront accès après la transition.

L'équipe utilise un cadre conceptuel d'éthique et un processus décisionnel fondé sur des valeurs quand elle travaille avec les usagers qui ont choisi des options allant à l'encontre de ses recommandations. Si l'utilisateur souhaite continuer d'obtenir des services qui vont à l'encontre de la recommandation de l'équipe ou qui vont au-delà de la capacité de l'organisme, l'équipe utilise un cadre conceptuel d'éthique ou un cadre décisionnel fondé sur des valeurs pour assurer un résultat juste et équitable pour l'utilisateur et l'organisme.





Services centrés
sur le client

- 10.8 Le personnel et les prestataires de services évaluent le risque de réadmission de l'utilisateur, le cas échéant, et coordonnent le processus de suivi approprié.

Conseils

Si le besoin de suivi a été établi, l'équipe travaille avec l'utilisateur pour déterminer le type et la méthode de suivi qui conviennent. Cela peut comprendre les responsabilités de l'équipe, comme assurer le suivi des tests, acheminer l'utilisateur vers un organisme partenaire, établir un calendrier pour les communications de suivi avec l'utilisateur ou rappeler un rendez-vous à l'utilisateur. Cela comprend aussi les responsabilités de l'utilisateur, comme assurer un suivi avec les autres prestataires de soins (p. ex. soins primaires ou centre de santé communautaire), signaler une aggravation ou un changement des symptômes et prendre les médicaments selon les ordonnances.

L'équipe utilise un outil d'évaluation normalisé, comme le LACE Index Scoring Tool, pour évaluer le risque de réadmission après la fin des services.



Efficacité

- 10.9 L'équipe dispose d'un processus pour évaluer l'efficacité de la transition et utilise cette information pour améliorer sa planification des transitions.

Conseils

À intervalles réguliers, l'équipe communique avec un échantillon d'utilisateurs, de familles ou d'organismes vers lesquels ils ont été acheminés pour déterminer l'efficacité de la transition ou de la fin des services, vérifier les perspectives et préoccupations des utilisateurs après la transition et surveiller les plans de suivi. L'équipe profite de cette occasion pour vérifier si les besoins des utilisateurs et des familles ont été satisfaits et pour répondre à toutes leurs préoccupations ou questions.

L'équipe partage la rétroaction des utilisateurs et l'ensemble des résultats de l'évaluation avec le personnel d'encadrement et le conseil d'administration de l'organisme et utilise cette information pour améliorer les transitions.



TENIR DES SYSTÈMES D'INFORMATION ACCESSIBLES ET EFFICIENTS

11.0 Les dossiers des usagers sont précis, à jour et protégés.



Efficacité



11.1 L'équipe tient un dossier précis, à jour et complet pour chaque usager.

Conseils

L'équipe veille à ce que le dossier de l'utilisateur soit accessible et à jour. L'information est facile à retrouver et à reconnaître et elle est organisée de façon à faciliter son utilisation.

Le dossier indique la date des services, est signé par l'autorité pertinente et est lisible. L'équipe n'utilise que les abréviations reconnues et toute l'information essentielle sur l'utilisateur est présentée bien en vue dans le dossier.

L'équipe met le dossier de l'utilisateur à jour dès qu'il y a un changement dans son état de santé, dans son plan de soins, dans ses médicaments ou quand il y a une transition vers un autre niveau de soins ou services. L'équipe suit des normes organisationnelles et professionnelles quant à l'information que doit contenir le dossier de l'utilisateur pour être considéré comme complet. Elle y inclut les changements importants dans l'état de l'utilisateur, les résultats diagnostiques, les alertes, les notes d'évolution, les événements importants ou les incidents liés à la sécurité et autres.



Efficacité

11.2 Le personnel et les prestataires de services recueillent une série normalisée de renseignements sur la santé.

Conseils

La nature des renseignements normalisés sur la santé dépend du type d'organisme et de services dispensés. La collecte des renseignements normalisés sur la santé s'applique tant pour les dossiers des utilisateurs sur support papier que pour les dossiers électroniques. Les normes sur la collecte des données peuvent être provinciales, territoriales ou pancanadiennes. Il est possible d'obtenir des exemples d'éléments de données normalisés auprès de l'Institut canadien d'information sur la santé, de même que dans des plateformes provinciales traitant des dossiers électroniques (p. ex. cyberSanté Ontario). Quand l'information n'est pas disponible, l'organisme travaille avec les organismes partenaires ou l'autorité sanitaire ou CSSS, pour déterminer quels renseignements recueillir pour chaque utilisateur.





Efficacité



- 11.3 Le personnel et les prestataires de services respectent les politiques et procédures pour recueillir l'information sur l'utilisateur, la consigner, y avoir accès et l'utiliser de manière sécurisée.

Conseils

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

L'équipe est en mesure de démontrer qu'elle est au courant des lois applicables pour protéger la vie privée et la confidentialité de l'information sur les usagers et qu'elle s'y conforme. Les lois applicables peuvent être fédérales, provinciales ou territoriales.

Services centrés
sur le client

- 11.4 Le personnel et les prestataires de services donnent aux usagers accès aux renseignements contenus dans leur dossier, y compris dans leur dossier médical et de santé électronique, de façon systématique et en temps voulu.

Conseils

L'équipe facilite l'accès des usagers aux renseignements qui les concernent de façon proactive et en conformité avec la politique de l'organisme. Les usagers sont informés de leurs droits et du processus concernant l'accès à l'information contenue dans leur dossier. L'équipe prend le temps de discuter avec l'utilisateur de son dossier et de répondre à ses questions sur l'information qui s'y trouve.

Services centrés
sur le client

- 11.5 Le personnel et les prestataires de services, en partenariat avec l'utilisateur, consignent l'information dans le dossier de l'utilisateur.

Conseils

Comme les usagers sont propriétaires de l'information portant sur leur santé, ils sont inclus au processus de consignation de l'information dans leur dossier et peuvent fournir des commentaires quant aux renseignements consignés. Les usagers ont le droit de lire toute l'information consignée par l'équipe à leur sujet et d'émettre des commentaires. Les équipes peuvent tenir les dossiers ou y consigner de l'information en partenariat avec les usagers dans le cadre de leurs soins ou fournir un accès ouvert aux dossiers en ligne.





Services centrés
sur le client



11.6

Le personnel et les prestataires de services respectent les politiques et procédures de l'organisme sur l'entreposage, la conservation et la destruction des dossiers des usagers d'une manière sécurisée.

Conseils

L'équipe respecte la Loi sur la protection des renseignements personnels et, s'il y a lieu, la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques, ces deux lois relevant du gouvernement fédéral. Toutes les provinces et tous les territoires sont soumis à leurs lois respectives concernant le respect de la vie privée, de même qu'aux lois régissant la protection de l'information sur la santé, le cas échéant.



Continuité des
services

11.7

L'équipe transmet les renseignements sur les usagers et en coordonne la diffusion entre les autres prestataires de services, les autres équipes et les autres organismes, en conformité avec les lois sur la protection de la vie privée.

Conseils

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



Efficacité



11.8

L'équipe dispose d'un processus pour surveiller et évaluer ses pratiques de tenue de dossiers et utilise l'information pour apporter des améliorations.

Conseils

Les pratiques de tenue de dossiers peuvent s'appliquer aux dossiers papier ou électroniques. Le processus de surveillance et d'évaluation répond à toutes les lois ou exigences applicables. Le processus permet d'examiner les cas de non-respect de la vie privée, de même que la justesse et l'efficacité des pratiques.

L'évaluation peut être faite de façon aléatoire ou régulière. Si la tenue de dossiers est électronique, l'évaluation peut être déclenchée par certains événements, comme une activité inhabituelle, une tentative d'extraction de certaines données ou un démasquage de données. Toutes les activités électroniques doivent pouvoir se rattacher à un identificateur unique d'utilisateur et un registre des activités doit être tenu pour assurer une surveillance adéquate des pratiques.

12.0 L'équipe gère efficacement l'information sur la santé en vue d'appuyer une prestation efficace des services.



Efficacité

- 12.1 Le personnel et les prestataires de services reçoivent de la formation sur la façon de se conformer aux lois pour assurer le respect de la vie privée et utiliser adéquatement l'information sur les usagers.



Efficacité

- 12.2 Quand des dossiers électroniques sont utilisés, l'organisme choisit des technologies et systèmes interopérables.

Conseils

L'interopérabilité des systèmes fait référence à la capacité de deux ou plusieurs systèmes d'information d'échanger et d'utiliser de l'information, p. ex. partage des résultats de tests entre deux établissements, prestataires ou autorités sanitaires ou CSSS. L'interopérabilité des systèmes est essentielle pour réduire les chevauchements, améliorer le déroulement du travail du personnel, rendre plus complète l'information sur les usagers, améliorer la continuité des soins et faciliter l'échange d'information entre les prestataires.

Pour ce qui est de l'interopérabilité, l'organisme se reporte à l'autorité compétente relativement aux normes sur les dossiers de santé électroniques, comme le ministère de la Santé ou la plateforme de cybersanté de la province, du territoire ou de l'autorité sanitaire ou CSSS.



Efficacité

- 12.3 Le personnel et les prestataires de services respectent les politiques de l'organisme sur l'utilisation des communications électroniques et des technologies.

Conseils

L'équipe détermine les politiques concernant l'utilisation du courrier électronique, des messages textes, des applications Web et des médias sociaux. Cela peut comprendre les communications entre les équipes, avec les usagers ou avec les partenaires et les usagers potentiels.

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

ÉVALUER LA QUALITÉ ET OBTENIR DES RÉSULTATS POSITIFS

13.0 L'équipe s'appuie sur les résultats actuels de la recherche, les lignes directrices fondées sur des données probantes et les pratiques exemplaires pour améliorer la qualité de ses services.



Efficacité



- 13.1 L'équipe dispose d'une procédure normalisée pour choisir des lignes directrices fondées sur l'expérience concrète et qui sont pertinentes aux services qu'elle offre.

Conseils

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

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

Services centrés
sur le client

- 13.2 L'équipe fait participer les usagers et les familles, le personnel, les autres équipes de l'organisme et les partenaires au processus d'examen de la sélection des lignes directrices et de leurs liens avec l'expérience vécue par l'utilisateur et les résultats de l'utilisateur.



Efficacité



- 13.3 L'équipe met au point et suit des procédures et des protocoles pour la prestation des services en fonction de lignes directrices fondées sur l'expérience concrète pour réduire les variations non nécessaires.

Conseils

L'équipe utilise les lignes directrices sélectionnées pour mettre au point des procédures et protocoles visant à améliorer la prestation des services et à dispenser des soins normalisés aux usagers. Les lignes directrices peuvent accroître la sécurité des usagers, améliorer la collaboration entre les équipes, accroître l'efficacité et minimiser les variations dans la prestation des services. L'équipe participe activement à l'adaptation des connaissances découlant de la recherche et à leur application dans son milieu de soins particulier.





Efficacité



- 13.4 L'équipe suit un processus normalisé pour faire des choix entre des lignes directrices fondées sur l'expérience concrète qui sont contradictoires.

Conseils

L'équipe peut consulter les documents détaillés qui font la synthèse des données probantes liées à plusieurs lignes directrices. La Collaboration Cochrane, par exemple, réalise des études systématiques des données probantes disponibles pour aider les prestataires de services et les organismes dans leurs processus d'examen.



Efficacité



- 13.5 L'équipe examine régulièrement ses lignes directrices et protocoles pour s'assurer qu'ils tiennent compte de la recherche actuelle et de l'information sur les meilleures pratiques.

Conseils

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

Le processus d'examen influence la procédure de l'équipe en matière de sélection des lignes directrices fondées sur l'expérience concrète.



Efficacité



- 13.6 L'équipe se conforme à la politique de l'organisme sur les pratiques éthiques de recherche et sait quand demander l'approbation.

Conseils

L'équipe évalue si une approbation relative à l'éthique est requise avant d'entreprendre de la recherche ou des activités qui exigent une collecte d'information, y compris les activités d'amélioration de la qualité.

14.0 L'équipe fait la promotion de la sécurité dans le milieu où sont offerts les services.



Sécurité



- 14.1 L'équipe utilise une approche proactive et prédictive pour cerner les risques pour sa sécurité et celle des usagers.

Conseils

Une approche proactive et prédictive conçue pour se pencher sur les problèmes qui pourraient causer des incidents permet à l'équipe d'atténuer des risques et dangers avant qu'ils ne se présentent. Bien qu'il ne soit pas possible de repérer tous les risques imaginables pour un organisme, l'équipe utilise un processus complet pour s'assurer de cerner la plupart des risques probables.

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

L'équipe rassemble de l'information pour déterminer les causes des problèmes potentiels et se réunit pour trouver des solutions stratégiques. Ces activités peuvent consister à effectuer des vérifications, à parler aux usagers ou aux membres de l'équipe, à surveiller les secteurs qui présentent des risques, à repérer les interruptions, à participer à des séances d'information sur les mesures de sécurité et à se pencher sur les secteurs pour lesquels la marge d'erreur est grande. Des occasions régulières de partager de l'information sur les problèmes potentiels et les incidents survenus peuvent réduire les risques et les probabilités que survienne un incident ou qu'il se reproduise.



Sécurité



- 14.2 L'équipe collabore avec les usagers et les familles pour repérer les risques en matière de sécurité.

Conseils

L'équipe fait participer les usagers et le personnel aux processus d'identification et de priorisation des risques et utilise leurs perspectives pour déterminer comment s'occuper de ces risques. Le fait d'inclure les usagers et les familles augmente la sensibilisation aux risques potentiels et aux activités continues de l'organisme pour améliorer la sécurité, et cela permet de faire la promotion de la sécurité comme priorité organisationnelle.





Sécurité



14.3

L'équipe met au point et en œuvre des stratégies pour s'occuper des risques cernés en matière de sécurité.

Conseils

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



Sécurité



14.4

L'équipe met en œuvre des processus de vérification pour réduire les risques des activités et services qui présentent un risque élevé pour les usagers.

Conseils

Pour déterminer les activités à risque élevé, l'équipe peut examiner ses services et se servir de l'information qui découle de cet examen pour élaborer et mettre au point et en œuvre des mécanismes de vérification visant à réduire les risques de causer préjudice aux usagers. Dans l'ensemble du continuum de soins, ces mécanismes varieront en fonction des services. En voici des exemples :

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



Sécurité



14.5

L'équipe surveille et évalue les stratégies d'amélioration de la sécurité pour évaluer leur incidence.

Conseils

L'équipe apporte des modifications aux activités pour assurer le maintien du changement positif.



Sécurité



14.6

Le personnel et les prestataires de services suivent la politique de l'organisme sur la déclaration des incidents liés à la sécurité et consignent l'information dans le dossier de l'utilisateur.

Conseils

La déclaration et la consignation de l'information sont faites en temps opportun. Les incidents liés à la sécurité comprennent les incidents ayant et n'ayant pas causé de préjudice et les incidents et accidents évités de justesse (OMS, Classification internationale pour la sécurité des patients).

L'équipe consigne l'information sur l'incident lié à la sécurité dans le dossier de l'utilisateur, de même que dans le dossier de l'organisme.

Services centrés
sur le client

14.7

Le personnel et les prestataires de services suivent la politique et le processus de l'organisme pour divulguer les incidents liés à la sécurité aux usagers et aux familles concernés, et coordonnent le soutien, au besoin.

Conseils

Les Lignes directrices nationales relatives à la divulgation, publiées par l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), constituent une ressource qui a pour but d'encourager et d'aider les prestataires de soins de santé, les équipes interdisciplinaires, les organismes de santé et les organismes de réglementation à élaborer et à mettre en œuvre des politiques, des pratiques et des méthodes de formation sur la divulgation. On peut accéder aux Lignes directrices sur le site Web de l'ICSP.





Sécurité



- 14.8 L'équipe examine et évalue les incidents liés à la sécurité et utilise l'information pour éviter qu'ils ne se reproduisent et pour apporter des améliorations.

Conseils

L'analyse de tous les incidents ayant ou non causé un préjudice et des incidents ou accidents évités de justesse comprend la détermination des facteurs contributifs, l'adoption de mesures pour éviter que la même situation ne se reproduise et la surveillance de l'efficacité de ces mesures. Les organismes utilisent cette information pour élaborer des stratégies qui permettent de prévoir les risques pour la sécurité des usagers et du personnel de façon proactive et pour s'en occuper.

Le Cadre canadien d'analyse des incidents de l'Institut canadien pour la sécurité des patients est une ressource qui présente une description approfondie du processus d'analyse et de gestion des incidents liés à la sécurité. La série en ligne Programme d'apprentissage sur l'analyse des incidents est disponible pour aider les organismes à mettre en application les principes de l'analyse des incidents (<http://www.patientsafetyinstitute.ca/french/pages/default.aspx/>).

15.0 L'équipe recueille et utilise les données qui découlent des indicateurs pour orienter ses projets d'amélioration de la qualité.

Services centrés
sur le client

- 15.1 L'équipe recueille des renseignements et des commentaires auprès des usagers, des familles, du personnel, des prestataires de services, du personnel d'encadrement de l'organisme et d'autres organismes à propos de la qualité de ses services pour orienter ses projets d'amélioration de la qualité.

Conseils

L'équipe recueille, de façon uniforme, des renseignements et des commentaires auprès des principales parties prenantes à propos de la qualité de ses services. La rétroaction – sous forme de données relatives à la satisfaction ou à l'expérience de l'utilisateur et de la famille, de plaintes, d'indicateurs, de résultats, de cartes de pointage, de renseignements relatifs à l'analyse des incidents et de rapports financiers – peut être recueillie grâce à diverses méthodes, dont des sondages, des groupes de discussion, des entretiens, des réunions ou des dossiers de plaintes.



Efficacité

- 15.2 L'équipe se sert des renseignements et des commentaires recueillis pour cerner les possibilités de projets d'amélioration de la qualité et déterminer leur ordre de priorité.

Conseils

L'équipe se sert des commentaires ainsi que d'autres types de renseignements, de ses observations et de son expérience pour déterminer et prioriser les secteurs où effectuer des projets d'amélioration de la qualité. Elle y parvient en ayant recours à un processus normalisé et fondé sur des critères tels que les besoins exprimés par les usagers et les familles, les résultats signalés par les usagers, les risques, le volume ou les coûts.





Efficacité



- 15.3 L'équipe établit des objectifs mesurables pour ses projets d'amélioration de la qualité et précise dans quels délais ils doivent être atteints.

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. Des objectifs appropriés d'amélioration de la qualité comportent des buts qui excèdent le rendement actuel. Les objectifs d'amélioration de la qualité sont généralement établis pour une courte période 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 la possibilité d'amélioration.

L'acronyme SMART s'avère un outil utile pour établir des objectifs significatifs qui doivent être spécifiques, mesurables, appropriés, réalistes et temporels. Aux États-Unis, les Centers for Disease Control and Prevention fournissent un guide sur la rédaction d'objectifs SMART.



Efficacité

- 15.4 L'équipe détermine les indicateurs qui seront utilisés pour évaluer les progrès de chaque objectif d'amélioration de la qualité.

Conseils

L'équipe a recours à des indicateurs pour évaluer si les activités entraînent un changement et si ce dernier constitue une amélioration. Les indicateurs sont principalement sélectionnés en fonction de leur pertinence et de leur capacité d'évaluer les progrès avec exactitude. En présence de multiples indicateurs possibles, l'équipe se fonde sur des critères pour choisir les indicateurs, notamment la validité et la faisabilité scientifiques. Si l'équipe éprouve des difficultés à sélectionner les indicateurs, cela peut signifier que les objectifs d'amélioration de la qualité doivent être plus clairs.



Efficacité



- 15.5 L'équipe conçoit et met à l'essai des activités d'amélioration de la qualité pour atteindre ses objectifs.

Conseils

Les activités d'amélioration de la qualité sont des mesures qui servent à amorcer des changements, et elles s'inscrivent dans le plan global d'amélioration de la qualité. 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.

Le document intitulé Cadres conceptuels pour l'amélioration – Trousse de départ est un outil de référence créé par l'Institut canadien pour la sécurité des patients, qui est fondé sur le modèle d'amélioration. L'Institute for Healthcare Improvement fournit un cadre pour orienter les activités d'amélioration de la qualité par le truchement de cycles PFÉA (planifier, faire, étudier et agir).



Efficacité

- 15.6 Le personnel et les prestataires de services recueillent de nouvelles données et utilisent les données existantes pour établir un point de référence pour chaque indicateur.

Conseils

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



Efficacité

- 15.7 Le personnel et les prestataires de services disposent d'un processus pour recueillir régulièrement des données découlant des indicateurs en vue de suivre leurs progrès.

Conseils

L'équipe détermine de quelle manière et à quelle fréquence les données seront recueillies. La collecte régulière des données permet à l'équipe de suivre ses progrès au fil du temps et de comprendre les variations normales des valeurs.



Efficacité



- 15.8 Le personnel et les prestataires de services analysent et évaluent régulièrement les données découlant de leurs indicateurs pour déterminer l'efficacité de leurs activités d'amélioration de la qualité.

Conseils

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

L'analyse des données permet de dégager des tendances et peut révéler les secteurs de services qui peuvent être pris en considération pour des activités d'amélioration de la qualité. Les données découlant des indicateurs, qui sont recueillies sur une période donnée, peuvent être illustrées sur un graphe d'exploitation ou un graphe de contrôle, les deux s'avérant des moyens utiles pour analyser ces données. La campagne Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! présente le Système d'indicateurs de la sécurité des patients sur son site Web. Il s'agit d'un outil que les organismes peuvent utiliser pour soumettre leurs données sur diverses interventions, analyser les résultats au fil du temps et produire des rapports.

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





Efficacité



- 15.9 L'équipe met en œuvre, à grande échelle, des activités efficaces d'amélioration de la qualité.

Conseils

L'équipe met en œuvre, à grande échelle, les activités d'amélioration de la qualité qui se sont révélées efficaces durant l'étape de mise à l'essai. La façon dont ces activités seront mises en œuvre à grande échelle variera en fonction de la gamme et de l'envergure des services offerts par l'équipe et du délai fixé (p. ex. une activité efficace sera mise en œuvre dans plus d'un secteur de soins et pendant une plus longue période).



Accent sur la population

- 15.10 L'équipe communique l'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages aux usagers, aux familles, au personnel, aux prestataires de services, au personnel d'encadrement de l'organisme, et à d'autres organismes, s'il y a lieu.

Conseils

L'équipe adapte les renseignements, la formulation des messages et le niveau de langue à chaque auditoire.

La communication des résultats des évaluations et des améliorations aide le personnel, les prestataires de services et les parties prenantes à se familiariser avec la philosophie et les bienfaits de l'amélioration de la qualité et contribue à ce que personnel d'encadrement de l'organisme prenne part au processus. Cela aide aussi l'organisme à faire connaître les activités d'amélioration de la qualité réussies à l'intérieur et à l'extérieur de ses murs, de même qu'à démontrer son engagement à l'égard de l'amélioration continue de la qualité. Parmi les autres avantages, mentionnons que la communication des données découlant des indicateurs à l'extérieur de l'organisme permet d'établir des comparaisons avec des organismes qui offrent des services similaires.



Efficacité

- 15.11 L'équipe examine et évalue régulièrement ses projets d'amélioration de la qualité pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité.

Conseils

L'équipe examine et évalue régulièrement ses projets d'amélioration de la qualité, y compris ses activités, ses objectifs et ses indicateurs. L'équipe utilise les renseignements pour planifier ses prochaines initiatives d'amélioration de la qualité, y compris les renseignements portant sur la façon d'appuyer et d'élargir les initiatives existantes au sein de l'organisme et sur le meilleur moment pour le faire. Elle tient compte des résultats découlant des initiatives d'amélioration de la qualité qui s'harmonisent avec le plan global d'amélioration de la qualité de l'organisme, ses buts et objectifs, sa mission et ses valeurs, de même que son plan stratégique. Elle évalue également si les objectifs ont été atteints dans les délais prescrits et si les délais sont toujours pertinents.

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



Légende :

Dimensions

	Accent sur la population	Travailler avec les collectivités pour prévoir les besoins et y répondre.
	Accessibilité	Offrir des services équitables, en temps opportun.
	Sécurité	Assurer la sécurité des gens.
	Milieu de travail	Favoriser le bien-être en milieu de travail.
	Services centrés sur le client	Penser d'abord aux clients et aux familles.
	Continuité des services	Offrir des services coordonnés et non interrompus.
	Efficacité	Faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats possibles.
	Efficienc	Utiliser les ressources le plus adéquatement possible.

Types de critère

	Pratiques organisationnelles requises	Les pratiques organisationnelles requises (POR) sont des pratiques qui ont été déterminées comme étant essentielles et qui doivent être en place dans l'organisme pour améliorer la sécurité des clients et pour minimiser les risques.
	Mesures de rendement	Les mesures de rendement sont des outils fondés sur des données probantes et des indicateurs que l'organisme utilise pour mesurer et évaluer dans quelle mesure il a atteint ses buts et ses objectifs, de même que dans quelle mesure il mène à bien les activités liées à ses programmes.

Priorité



Priorité élevée

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

Tests de conformité aux POR

Secondaire

Les tests de conformité secondaires appuient la culture de sécurité et l'amélioration de la qualité, mais leur mise en œuvre prend plus de temps.

Principal

Les principaux tests de conformité ont des répercussions immédiates sur la sécurité.



Références :

Glossaire (Liste des termes standards pour tous les services)

Plan de soins - Le plan de soins peut aussi être appelé plan de service ou plan de traitement. Il est élaboré en collaboration avec l'utilisateur et la famille et fournit des détails sur les antécédents de l'utilisateur, de même que sur le plan établi pour les services, y compris les traitements ou interventions, les objectifs de l'utilisateur et les résultats attendus. Le plan de soins est accessible à l'équipe et utilisé dans la prestation des soins.

Usager - L'utilisateur est la personne qui reçoit des soins. Il peut aussi être appelé patient, client, personne ou résident. L'utilisateur peut aussi comprendre la famille de l'utilisateur ou son réseau de soutien lorsque l'utilisateur le souhaite. Quand l'organisme ne fournit pas de services directs aux usagers, l'utilisateur peut faire référence à l'ensemble de la communauté ou de la population desservie par l'organisme.

Représentant des usagers - Aussi appelé conseiller des usagers, le représentant des usagers travaille avec l'organisme et, souvent, avec les équipes de soins individuelles. Il participe, par exemple, à la planification et à la conception des services, de même qu'au recrutement et à l'orientation. Il travaille directement avec les usagers et rassemble la rétroaction des usagers et des membres du personnel. L'intégration de la perspective des usagers au système permet à l'organisme d'adopter une approche centrée sur l'utilisateur et la famille.

Conception conjointe - Processus par lequel les professionnels, l'utilisateur et les membres de la famille travaillent en collaboration pour planifier et concevoir les services ou améliorer l'expérience vécue par rapport aux services. La conception conjointe met l'accent sur le fait que l'expérience et les commentaires de l'utilisateur ou de la famille sont tout aussi importants que l'expertise des professionnels des soins de santé pour comprendre et améliorer un système ou un processus, et que l'aspect de l'expérience vécue est important dans les soins de santé.

Dossier de santé électronique (DSE) - Dossier intégré d'information informatisée sur la santé d'une personne, créé et cumulé par les nombreux prestataires de soins de santé. Les renseignements sur l'utilisateur provenant de multiples DSE sont consolidés.

Dossier médical électronique (DME) - Dossier informatisé contenant l'information liée à la santé d'une personne, créé et géré par les prestataires de soins dans un seul organisme de soins, p. ex. une clinique de soins primaires.

Famille - Deux personnes ou plus ayant des liens quelconques (biologiques, juridiques ou affectifs), y compris les membres de la famille et les autres personnes impliquées dans le réseau ou le cercle de soutien de la personne. Par famille, on entend la famille élargie de la personne, son conjoint, ses amis, les personnes chargées de la représenter, les tuteurs et d'autres représentants. L'utilisateur qui reçoit les services détermine qui fait partie de sa famille, et il a le droit d'inclure ou d'exclure des membres de la famille dans les choix relatifs à ses soins. Il a aussi le droit de redéfinir au fil du temps qui fait partie de sa famille.

Indicateur : Mesure simple et normalisée, exprimée en termes quantitatifs, qui rend compte d'une dimension clé de la santé d'une personne ou d'une population ou du rendement d'un service de santé. Un indicateur peut mesurer un aspect d'un processus ou un résultat relatif à la santé ou à un service. Tous les indicateurs doivent comporter une définition, un numérateur, un dénominateur, des critères d'inclusion et d'exclusion, ainsi qu'une durée. L'évaluation des indicateurs sur une période donnée permet de cerner les pratiques efficaces ou les éléments qui exigent des améliorations; les données qui découlent des indicateurs servent de base pour la mise sur pied d'activités d'amélioration de la qualité. Il existe divers types d'indicateurs : mesure de structure, mesure de processus, mesure de résultat et mesure compensatoire.

Interopérable - Capacité de deux ou plusieurs systèmes d'échanger de l'information et de l'utiliser.

Équipement et appareils médicaux - Un appareil médical est un article, un instrument, un dispositif ou une machine servant :

- à la prévention, au diagnostic, au traitement ou au soulagement de la maladie; au maintien de la vie; à la désinfection d'autres appareils médicaux.

Cela peut comprendre, par exemple, les brassards de tensiomètre, les glucomètres, les alcootests, les



thermomètres, les défibrillateurs, les balances, les instruments pour les soins des pieds, les lève-personnes, les fauteuils roulants et les seringues. Cela inclut aussi les articles à usage unique comme les bandelettes de test.

L'équipement médical est un sous-ensemble d'appareils médicaux, soit tout appareil médical qui exige un étalonnage, un entretien, des réparations et la formation des utilisateurs.

Les processus de sélection et d'achat des appareils et de l'équipement tiennent compte de ce qui suit : • l'information provenant du personnel, des prestataires de services et des usagers;

- le niveau et le type de services offerts, notamment des capacités fonctionnelles des usagers;
- les connaissances et les compétences requises pour les utiliser;
- les risques qui peuvent s'y rattacher et les répercussions possibles sur la prévention des infections, y compris la stérilisation et le retraitement, la santé et la sécurité au travail, ainsi que la production et l'élimination de déchets;
- les données probantes et les projets de recherche les plus récents, de même que les progrès technologiques;
- les avantages par rapport au coût.

Partenaire : Organisme ou personne qui travaille avec une autre équipe ou un autre organisme pour régler des problèmes particuliers en partageant de l'information ou des ressources. La personne ou l'organisme concerné tire profit de la réussite du projet.

Politique : Document précisant le plan d'action ou la ligne de conduite d'un organisme.

Population - Groupe d'usagers à risque pour un trouble de santé précis ou aux prises avec ce trouble.

Procédure - Série écrite d'étapes à suivre pour effectuer une tâche.

Processus - Série d'étapes à suivre pour effectuer une tâche qui n'est pas nécessairement documentée.

Incident lié à la sécurité - Événement ou circonstance qui aurait pu entraîner ou qui a entraîné un préjudice inutile à l'utilisateur. Voici des types d'incidents liés à la sécurité :

- Incident ayant causé un préjudice - Incident lié à la sécurité qui a causé un préjudice à l'utilisateur. Ce terme remplace « événement indésirable » et « événement sentinelle ».
- Incident n'ayant causé aucun préjudice - Incident lié à la sécurité qui a atteint un utilisateur, mais qui ne lui a causé aucun préjudice perceptible.
- Incident ou accident évité de justesse - Incident lié à la sécurité qui n'a pas atteint l'utilisateur. Ce terme remplace « quasi-accident ».

Champ de compétence - Définition des interventions, actions et processus permis pour un prestataire de soins de santé précis. Dans certains pays, le champ de compétence est défini par la loi ou par réglementation. Dans ces pays, les organismes d'attribution des permis utilisent le champ de compétence pour déterminer la formation spécifique, l'expérience et les compétences nécessaires pour que les prestataires de soins de santé obtiennent leur permis d'exercer.

Personnel et prestataires de services - Le personnel et les prestataires de services forment une équipe collaborative de soins dans laquelle la responsabilité première et l'obligation redditionnelle reviennent aux professionnels des soins, plutôt qu'aux usagers et aux familles.

Équipe - Les usagers et les familles font partie de l'équipe collaborative. L'équipe est formée de l'utilisateur et des professionnels de soins qui travaillent ensemble pour répondre aux besoins complexes et variés de l'utilisateur, de la famille et des communautés dans lesquelles ils vivent. Les équipes sont collaboratives, ce qui signifie que différents types de professionnels de la santé travaillent ensemble pour dispenser les services. La composition d'une équipe collaborative dépend du type de services dispensés. La participation des usagers et des familles peut prendre diverses formes, dont la prise en compte des perspectives et de la rétroaction des usagers et des familles dans le processus décisionnel, la planification ou l'évaluation des services. Selon l'activité, les représentants des usagers et des familles peuvent prendre part aux processus (p. ex. à la planification), alors que dans bien des cas l'utilisateur ou le membre de la famille qui reçoit les soins y participe à titre de membre de l'équipe (p. ex. à la planification des soins et aux décisions).

Chef d'équipe - Personne responsable de la gestion opérationnelle d'une équipe. Ses tâches comprennent la détermination des besoins, la dotation et la reddition de compte à la haute direction. Les chefs d'équipe peuvent être nommés de façon officielle ou assumer naturellement le rôle au sein de l'équipe. Cela comprend aussi un utilisateur ou



un membre de la famille qui assume un rôle de leadership (p. ex. à titre consultatif).

En temps opportun ou régulièrement - À intervalles constants. L'organisme définit les intervalles pertinents pour différentes activités en se fiant aux meilleures connaissances disponibles et respecte les horaires établis.

Transition des soins - Selon l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, la transition des soins se définit comme suit : « Série de mesures conçues pour assurer une coordination et une continuité sécuritaires et efficaces des soins lorsqu'il y a un changement dans l'état de santé de l'usager ou dans ses besoins en matière de soins, et lorsque l'usager change de prestataires de soins de santé ou d'emplacement (au sein d'un établissement ou entre les établissements) ».

Glossaire propre aux services [le cas échéant] *Il doit être possible de ne pas l'inclure aux normes.

Lésion médullaire (exemple)

Équipe collaborative - L'équipe collaborative pour les personnes atteintes d'une lésion médullaire évoluera et changera en fonction des besoins des usagers en cours de service. Selon les besoins des usagers et des familles, l'équipe peut inclure, sans toutefois s'y limiter, du personnel de soins primaires, dont les médecins, infirmières, infirmières praticiennes et infirmières cliniciennes spécialisées; des spécialistes en traumatologie; des chirurgiens; des médecins en réadaptation; des orthésistes; des physiothérapeutes, des ergothérapeutes; des orthophonistes; des diététistes cliniques; des neuropsychologues; des personnes qui offrent du soutien psychosocial; des travailleurs sociaux; des inhalothérapeutes; des responsables de la planification des soins; des traducteurs; du personnel de sécurité; ou, des représentants des organismes de la communauté avec lesquels l'équipe a établi un partenariat.

Références

Association médicale canadienne (2007). Faire passer les patients en premier : Soins en collaboration axés sur les patients - Document de discussion. Juillet 2007. www.cma.ca <<http://www.cma.ca>>

Association médicale canadienne (2010). La transformation des soins de santé au Canada - Des changements réels. Des soins durables. Bâtir une culture de soins axés sur les patients. Charte des soins axés sur les patients. www.cma.ca <<http://www.cma.ca>>

Audet, AM. (2006). Adoption of Patient-Centered Care Practices by Physicians: Results From a National Survey. *Arch Intern Med*, vol. 166, no 7, p. 754-759.

Balik, B. (2011). Leaders' role in patient experience: Hospital leadership must drive efforts to better meet patients' needs. *Healthcare Executive*, vol. 26, no 4, p. 76-78.

Balik, B. (2012). Patient- and Family-Centredness: Growing a Sustainable Culture. *Healthcare Quarterly*, no 15, p. 10-12.

Balik, B., J. Conway, L. Zipperer et J. Watson. (2011). Achieving an Exceptional Patient and Family Experience of Inpatient Hospital Care. IHI Innovation Series White Paper. Cambridge, Massachusetts, Institute for Healthcare Improvement.

Bate, P. et Robert, G. (2006). Experience-based design: from redesigning the system around the patient to co-designing services with the patient. *Quality Safety in Health Care*, no 15, p. 307-310.

Bergeson, SC. (2006). A Systems Approach to Patient-Centered Care. *JAMA*, vol. 296, no 23, p. 2848-2851.

Black, N. (2013). Patient reported outcome measures could help transform healthcare. *BMJ*, no 346, p. f167.

British Columbia Ministry of Health (2011). Integrated primary and community care patient and public engagement Framework. Disponible en ligne : <<http://www.impactbc.ca/resources/publications/patients-as-partners>>

Conseil de la qualité des soins oncologiques de l'Ontario (2013). Environmental Scan: Patient and Family Experience. Juin 2013.

CBC Radio White Coat, Black Art (le 20 septembre 2013). Turning Patients into Health-Care Partners. Dr Brian



- Goldman. Audio en ligne : <<http://www.cbc.ca/whitecoat/episode/2013/09/20/turning-patients-into-health-care-partners/>>
- Chan et Wood (2010). Preparing Tomorrow's Healthcare Providers for Interprofessional Collaborative Patient-Centred Practice Today. UBCMJ, vol. 1, no 2.
- Change Foundation (2011). Winning Conditions to improve patient experiences: integrated healthcare in Ontario. Disponible en ligne : www.changefoundation.ca/docs/WinningConditionsFinal.pdf
<<http://www.changefoundation.ca/docs/WinningConditionsFinal.pdf>>
- Chow, S., Teare, G., Basky, G. (2009). Shared decision making: Helping the system and patients make quality health care decision. Saskatoon, Health Quality Council. Disponible en ligne : www.hqc.sk.ca
<<http://www.hqc.sk.ca>>
- Conseil canadien de la santé (2008). Quelle part les Canadiens prennent-ils à leurs soins de santé primaires? Résultats du Sondage international 2010 du Fonds du Commonwealth sur les politiques en santé. Les soins de santé au Canada, c'est capital. Bulletin no 5. Disponible en ligne : www.healthcouncilcanada.ca
<<http://www.healthcouncilcanada.ca>>
- Conseil canadien de la santé (2012). Passer du savoir à l'action : Commentaires à propos du Symposium national sur la participation des patients. Disponible en ligne : www.healthcouncilcanada.ca
<<http://www.healthcouncilcanada.ca>>
- Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick (2010). Notre santé. Nos perspectives. Nos solutions. Résultats de notre première initiative d'engagement des citoyennes et des citoyens du Nouveau-Brunswick. Disponible en ligne : <http://www.nbhc.ca/what-we-do/citizen-engagement>
- Conway et coll. (2006). Partnering with Patients and Families To Design a Patient- and Family-Centered Health Care System, A Roadmap for the Future. Disponible en ligne : www.ipfcc.org/pdf/Roadmap.pdf
<<http://www.ipfcc.org/pdf/Roadmap.pdf>>
- Coulter, A. (2012). Leadership for patient engagement. The King's Fund. Londres, R.-U. Disponible en ligne : www.kingsfund.org.uk/ <<http://www.kingsfund.org.uk/>>
- Coulter, A. (2012). Patient Engagement-What Works? J Ambulatory Care Manage, vol. 35, no 2, p. 80-89.
- Davis, R., Sevdalis, N., Vincent, C. (2010). Patient involvement in patient safety: How willing are patients to participate? BMJ Quality and Safety, no 20, p. 108-114.
- Dentzer, S. (2013). Rx for the 'Blockbuster Drug' of Patient Engagement. Health Affairs, vol. 32, no 2, p. 202.
- Epstein, R.M., et Street, R.L. (2011). The values and value of patient-centered care. Annals of Family Medicine, vol. 9, no 2, p. 100-103.
- Epstein, R.M., Fiscella, K., Lesser C.S. et Stange, KC. (2010). Why The Nation Needs A Policy Push On Patient-Centered Health Care. Health Affairs, vol. 29, no 8, p. 1489-1495.
- Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. Webinaire « Sur appel », Série sur la participation du patient : « Qu'est-ce que la participation du patient et quelles en sont les raisons? ». Le 23 avril 2013.
- Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. Webinaire « Sur appel », Série sur la participation du patient : « Comment planifier une participation significative, efficace et adéquate du patient? ». Le 23 mai 2013.
- Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. Webinaire « Sur appel », Série sur la participation du patient : « Qui faut-il mettre à contribution? La trilogie : personnel, patient et direction ». Le 2 octobre 2013.
- Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. Webinaire « Sur appel », Série sur la participation du patient : « Comment mesurer la participation du patient et tenir compte de son impact? ». Le 26 novembre 2013.
- Frampton, S., Charmel, P. Eds. (2009) Putting Patients First: Best Practices in Patient-Centered Care, 2e édition,



San Francisco, Planetree, Inc.

Frampton S, Guastello S, Brady C, Hale M, Horowitz S, Bennett Smith S, Stone S (2008). Patient-Centered Care Improvement Guide. Derby, Connecticut, Planetree. Disponible en ligne : <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/Tools/PatientCenteredCareImprovementGuide.aspx>

Frankel et coll. (2011). Crossing the Patient-Centered Divide: Transforming Health Care Quality Through Enhanced Faculty Development, *Academic Medicine*, vol. 86, no 4, p. 445-452.

Hall, J., Peat, M., Birks, Y., Golder, S. et coll. (2010). Effectiveness of interventions designed to promote patient involvement to enhance safety: A systematic review. *BMJ Quality and Safety in Health Care*, vol. 19, no 5, p. e10.

Hibbard <http://content.healthaffairs.org/search?author1=Judith+H.+Hibbard&sortspec=date&submit=Submit>, J.H., Greene <http://content.healthaffairs.org/search?author1=Jessica+Greene&sortspec=date&submit=Submit>, J. et Overton <http://content.healthaffairs.org/search?author1=Valerie+Overton&sortspec=date&submit=Submit>, V. (2013). Patients with Lower Activation Associated with Higher Costs; Delivery Systems Should Know Their Patients' 'Scores'. *Health Affairs*, vol. 32, no 2, p. 216-222.

Hudon et coll. (2011). Measuring Patients' Perceptions of Patient-Centered Care: A Systematic Review of Tools for Family Medicine, *Annals of Family Medicine*, no 9, p. 155-164.

Instituts de recherche en santé du Canada (2011). Communiqué. Le gouvernement du Canada donne la priorité aux patients grâce à une nouvelle stratégie de recherche. Le 22 août 2011. <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/44130.html>

Institute for Healthcare Improvement, the National Initiative of Children's Healthcare Quality, the Institute for Patient and Family-Centered Care (2011). Patient- and Family-Centered Care Organizational Self-Assessment Tool. Disponible en ligne : <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/Tools/PatientFamilyCenteredCareOrganizationalSelfAssessmentTool.aspx>

Institute for Healthcare Improvement (2004). Strategies for Leadership: Patient-and Family-Centred Care: A Hospital Self-Assessment Inventory. Disponible en ligne : <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/Tools/HospitalSelfAssessmentInventoryforPatientandFamilyCenteredCare.aspx>

Johnson et coll. (2008). Partnering with Patients and Families to Design a Patient and Family-Centered Health Care System: Recommendations and Promising Practices. The Institute for Patient- and Family-Centered Care. Disponible en ligne : www.ipfcc.org/pdf/PartneringwithPatientsandFamilies.pdf <http://www.ipfcc.org/pdf/PartneringwithPatientsandFamilies.pdf>

Kingston General Hospital (2012). Communiqué : KGH wins patient-centred care award from NRC Picker. Disponible en ligne : <http://www.kgh.on.ca/en/newsroom/Pages/KGH-wins-prestigious-Canadian-award.aspx>

Levinson, W. (2011). Patient-centred communication: a sophisticated procedure. *British Medical Journal of Quality and Safety*, vol. 20, no 10, p. 823-825.

Lewis, S. (2009). Patient-Centered Care: An Introduction to What It Is and How to Achieve It: A Discussion Paper for the Saskatchewan Ministry of Health. Disponible en ligne : www.health.gov.sk.ca <http://www.health.gov.sk.ca>.

Longtin, Y., Sax, H., Leape, L., Sheridan, S., Donaldson, L., Pittet, D. (2010). Patient Participation: Current Knowledge and Applicability to Patient Safety. *Mayo Clinic Proceedings*, no 85, p. 53-62.

Luxford, et coll. (2011). Promoting Patient-centred care: a qualitative study of facilitators and barriers in healthcare organizations with a reputation for improving patient experience, *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 23, no 5, p. 510-515.

National Committee for Quality Assurance. The Patient-Centred Medical Home: Health Care that Revolves Around You. An Established Model of Care Coordination. Disponible en ligne : <http://www.ncqa.org/tabid/631/default.aspx>

Ontario Medical Association (2010). Patient-Centred Care, *Ontario Medical Review*, Policy Paper. Juin 2010. Disponible en ligne : <https://www.oma.org/Resources/Pages/Policies.aspx>



Organisation mondiale de la Santé (2007). *People-Centred Health Care: A Policy Framework*. Genève. Disponible en ligne : <http://www.wpro.who.int/health_services/people_at_the_centre_of_care/documents/en/>

Picker Institute (2012). *Always Events: Health Care Solutions Book*. Publications. Disponible en ligne : <<http://alwaysevents.pickerinstitute.org/?p=1759>>

Saint Elizabeth Health Care (2011). *Client-Centred Care in the Canadian Home and Community Sector: A Review of Key Concepts*. Septembre 2011. Disponible en ligne : <<http://www.saintelizabeth.com/Services-and-Programs/Research/Client-Centered-Care/Literature-Review-Fact-Sheets.aspx>>

Saskatchewan Ministry of Health (2011). *Patient- and Family-Centred Care in Saskatchewan: A Framework for Putting Patients and Families First*. Disponible en ligne : <<http://www.health.gov.sk.ca/pfcc>>

Shaller, D. et Darby, C. (2009). *High-Performing Patient and Family-Centered Academic Medical Centers: Cross-Site Summary of Six Case Studies*. The Picker Institute.

Shaller, D. (2007). *Patient-Centered Care: What Does it Take?* Fonds du Commonwealth. Disponible en ligne : www.commonwealthfund.org <<http://www.commonwealthfund.org>>

Smith et coll. (2011). *Behaviorally Defined Patient-Centered Communication-A Narrative Review of the Literature*, *Journal of General Internal Med*, vol. 26, no 2, p. 185-191.

Spragins et Lorenzetti (2008). *Public Expectation and Patient Experience of Integration of Health Care: A Literature Review*. The Change Foundation. Disponible en ligne : www.changefoundation.ca <<http://www.changefoundation.ca>>

Stange KC, Nutting, PA, et coll. (2010). *Defining and Measuring the Patient-Centered Medical Home*. *Journal of General Internal Med*, vol. 25, no 6, p. 601-612. Disponible en ligne : <<http://www.commonwealthfund.org/Publications/Literature-Abstracts/2010/Jun/Defining-and-Measuring.aspx>>

The Australian Council on Healthcare Standards (ACHS) (2010). *The ACHS Equip5 Guide: Book 2 - Accreditation, Standards, and Guidelines - Support and Corporate Functions*. Sydney, Australie, ACHS.

The Australian Commission on Safety and Quality of Health Care (2010). *Patient-Centred Care: Improving Quality and Safety by Focusing Care on Patients and Consumers*, Discussion paper. Disponible en ligne : <http://www.safetyandquality.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/com-pubs_PCCC-ImpQandS-discusspaper>

The Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities International (CARF) (2011). *Aging Services Standards Manual*. États-Unis.

The Health Foundation (2013). *Evidence Scan: Involving patients in improving safety*. The Evidence Centre. Londres, R.-U. Disponible en ligne : www.health.org.uk <<http://www.health.org.uk>>

The Joint Commission. (2010). *Advancing effective communication, cultural competence, and patient- and family-centered care: A roadmap for hospitals*. Oakbrook Terrace, Illinois.

The Joint Commission (2013). *Hospital Accreditation Standards*. Illinois, Joint Commission Resources.

The Joint Commission (2005). *Proposal for Patient-Centered Care Brings Concept to Mainstream Healthcare Settings*. *The Risk Management Reporter*. Juin 2005.

The King's Fund (2013). *Patient Centred Leadership: Rediscovering our Purpose*. Disponible en ligne : <<http://www.kingsfund.org.uk/publications/patient-centred-leadership>>

Wagner et coll. (2012). *Guiding Transformation: How Medical Practices Can Become Patient-Centred Medical Homes*. Fonds du Commonwealth. Février 2012. Disponible en ligne : <<http://www.commonwealthfund.org/Publications/Fund-Reports/2012/Feb/Guiding-Transformation.aspx>>



Wasson et Baker (2009). Balanced Measures for Patient-Centered Care. *J Ambulatory Care Manage*, vol. 32, no 1, p. 44-55.

Weingard, S.N. (2013). Patient Engagement and Patient Safety: Perspective on Safety. Agency for Healthcare Research and Quality: WebM&M. Disponible en ligne : www.webmm.ahrq.gov/ <<http://www.webmm.ahrq.gov/>>.

WIHI. Recognizing Person- and Family-Centered Care: Always Events at IHI Radio Broadcast. Le 26 septembre 2013. Disponible en ligne : <http://www.ihio.org/knowledge/Pages/AudioandVideo/WIHIAAlwaysEventsatIHI.aspx?utm_campaign=PFCC%2520Oct%25202013&utm_source=hs_email&utm_medium=email&utm_content=10449594&_hsenc=p2ANqtz-8dVVGaqykc82AFfbvkmX-RS6ucJsAxfdpKbEzv8eVN4OLJO5QpBeycxHBevojkCGndJTtv_FDzUA-YHIJSOFNIKp5MSdJGDB84N1Wh4ksmxSCnA74s&_hsmi=10449594>

Wynia et Matiasek (2006). Promising Practices for Patient-Centred Communication with Vulnerable Populations: examples from eight hospitals. Fonds du Commonwealth. Août 2006. <<http://www.commonwealthfund.org/Publications/Fund-Reports/2006/Aug/Promising-Practices-for-Patient-Centered-Communication-with-Vulnerable-Populations--Examples-from-Ei.aspx>>

