

AGRÉÉ



ACCREDITATION
AGRÉMENT
CANADA

INFO-CISSSS

Spécial Agrément

L'excellence
au coeur de nos
préoccupations

CISSS de la Côte-Nord

Dans cette parution :

Leadership des pratiques organisationnelles requises (POR) | page 2

Mise à jour du fonctionnement des comités POR

Mise à jour des responsables des POR

Évaluation additionnelle des POR du cycle 1

Calendrier Agrément | page 3

Fonctionnement du calendrier

Les objectifs visés

Méthodes efficaces d'application

Outils cliniques d'aide à la décision

Nouveau vocabulaire | page 4

Mise à jour du vocabulaire

Extraits pertinents

Source de l'information

Boîte à outils | page 5

Outils disponibles pour vous

Nouvellement disponible

Bientôt à l'affiche

La qualité n'est pas
une action - c'est une
habitude

Aristote

**Évaluation de conformité
des POR du cycle 1
Évaluation additionnelle
du 7 au 11 octobre 2024**

**Visite d'Agrément
Séquence 1 - Leadership
du 7 au 11 octobre 2024**

Nouveauté!

Calendrier d'Agrément



Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Côte-Nord

Québec



AOÛT 2024

Spécial Agrément

AGRÉÉ



ACCREDITATION
AGRÉMENT
CANADA

Leadership des POR

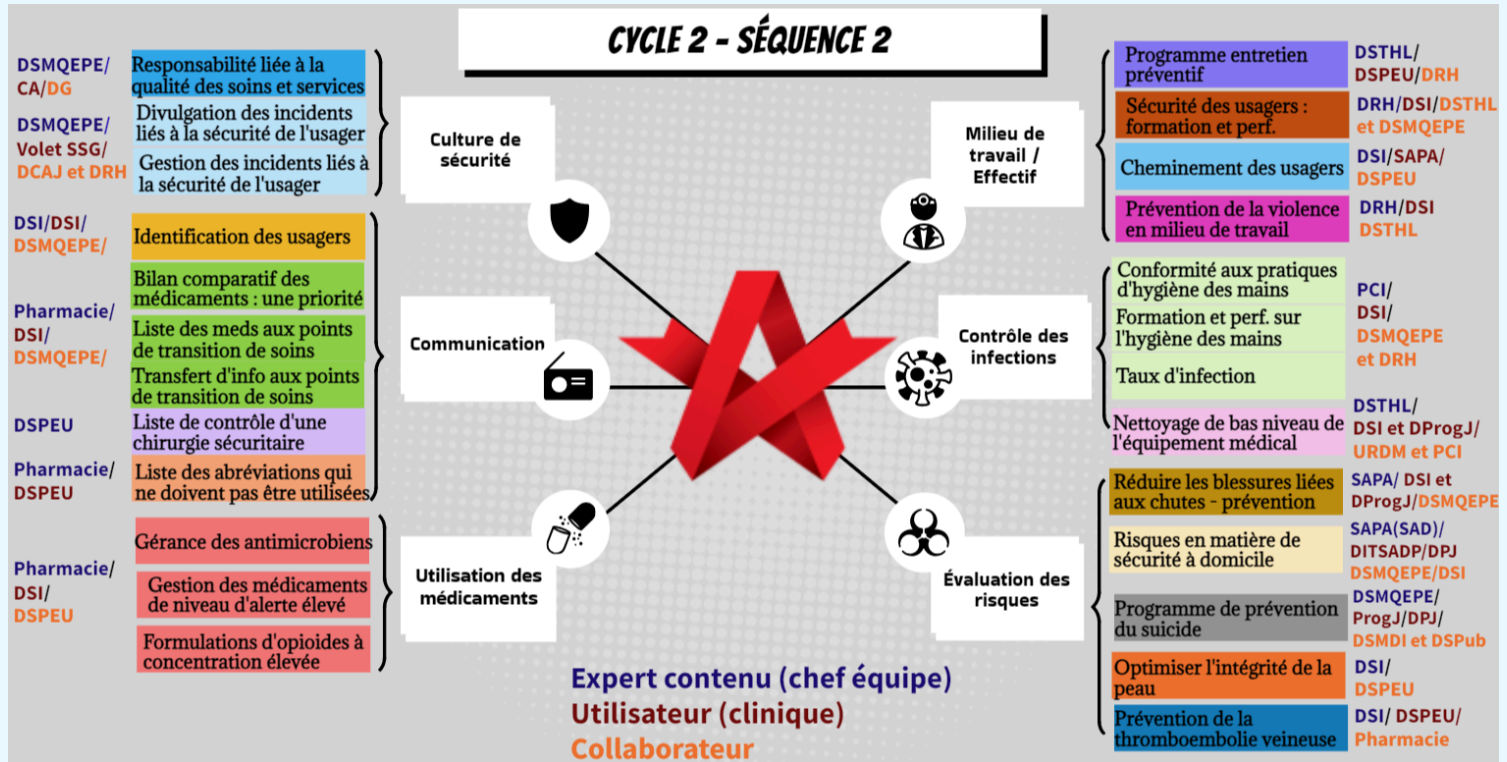
Mise à jour du fonctionnement des comités POR

- Le leadership repose sur un comité qui regroupe en moyenne trois directions pour :
 - Prendre en considération les réalités différentes des directions cliniques;
 - Améliorer et sécuriser la diffusion d'information;
 - Réduire le risque de surcharge de travail.
- Chaque comité est constitué de trois types de participants :
 - Chef d'équipe - expert au niveau du contenu;
 - Utilisateur clinique - direction clinique la plus impactée;
 - Collaborateur - direction et/ou service qui aide en termes de structure.

Consultez les livrets
des POR

- [Séquence 1](#)
- [Séquences 2 à 5](#)

Mise à jour des responsables des POR



Évaluation supplémentaire des POR du cycle 1

- Reprise des non-conformités du cycle 1 sous forme d'une évaluation personnalisée :
 - Avec qui? - Visiteur additionnel d'Agrément Canada
 - Quand? - Durant la semaine de visite d'Agrément
 - Comment? - Rencontre en format hybride (présence + Teams) de 30 minutes par POR
 - Pourquoi? - Maintenir l'accréditation de notre cycle 1
 - Avantages? - Boucler la boucle du cycle 1;
 - Conseils stratégiques pour promouvoir l'obtention de la conformité;
 - Expérience de coaching personnalisée.

Excel - Leadership POR Cycle 2



Spécial Agrément

AGRÉÉ



ACCREDITATION
AGRÉMENT
CANADA

Calendrier Agrément

Fonctionnement du «Calendrier annuel de diffusion d'Agrément»

- C'est un outil indispensable pour les gestionnaires qui vise l'organisation des activités cliniques autour des thématiques principales couvertes par les pratiques organisationnelles requises (POR);
- Initiative organisationnelle promue par la haute direction;
- Disponible en tout temps pour l'ensemble des employés;
- Centralise l'information et coordonne leur diffusion;
- Une nouvelle thématique toutes les 2-3 semaines.

Méthodes efficaces d'application

- Consultation hebdomadaire du calendrier;
- Participation au support RH;
- Découverte des liens intranet;
- Analyse des indicateurs Power BI;
- Implication de l'équipe terrain;
- Points statutaires aux vigies quotidiennes.

Les objectifs visés par le calendrier

- Harmoniser la diffusion des sujets en lien avec les principes d'Agrément Canada;
- Coordonner les activités cliniques autour des thématiques communes;
- Regrouper les outils cliniques d'aide à la décision et favoriser leur utilisation;
- Rappels d'administration des audits;
- Maintien à jour du dossier des formations des professionnels de la santé en lien avec les thématiques diffusées.

Normes et critères

Types de critères



POR

Pratique
Organisationnelle
Requise

Un critère possédant un nombre de tests de conformité qui décrit une pratique standardisée que l'établissement DOIT mettre en œuvre pour assurer la sécurité des usagers et minimiser les risques.



Critères à priorité élevée

Les critères à priorité élevée portent sur la sécurité, l'éthique, la gestion des risques et l'amélioration de la qualité.



Critères à priorité normale

Les critères qui ne portent pas sur des secteurs à priorité élevée sont considérés comme étant des critères à priorité normale

Outils cliniques d'aide à la décision

- Fiches synthèses POR;
- Fiches synthèses service;
- Audits et auto-évaluations;
- Formations ENA;
- Fiches et affiches;
- Pages intranet;
- Indicateurs POWER BI;
- Amuse-gueule à saveur d'Agrément;
- Guides, politiques et procédures;
- INFO-CISSSS Spécial Agrément.



Spécial Agrément

AGRÉÉ



ACCREDITATION
AGRÉMENT
CANADA

Nouveau vocabulaire

Mise à jour du vocabulaire

- Reformulation pour une meilleure compréhension
 - **Énoncé** = objectif, ce qui est attendu
 - **Test de conformité** = exigences, ce qui est évalué
 - **Conseils** = moyens pour atteindre l'objectif

Source de l'information

- **SharePoint Agrément :**

- [Vocabulaire d'Agrément Canada](#)

- [Définitions d'Agrément Canada](#)

Extraits pertinents

- **Équipe** - groupe de personnes en vue de répondre aux objectifs, aux capacités et aux préférences de l'utilisateur. L'équipe comprend l'utilisateur, sa ou ses personnes proches aidantes, et les membres de la main-d'œuvre intervenant dans ses soins.
- **Gestionnaires de l'établissement** - personnes au sein d'un établissement qui occupent un poste d'encadrement dont les fonctions sont de guider, gérer ou améliorer leur équipe, leur unité, leur établissement ou leur système.
- **Gestionnaires du programme-services** - gestionnaires qui travaillent dans le cadre d'un ensemble de services et d'activités organisés dans le but de répondre aux besoins de la population en matière de santé et de services sociaux.
- **Usager admis** - une personne qui a été acceptée et autorisée à bénéficier de services médicaux ou de soins au sein d'un établissement de santé. L'admission implique une évaluation préalable, où les besoins médicaux, les priorités de soins, et d'autres facteurs sont pris en compte pour déterminer si les services peuvent être fournis.
- **Usager inscrit** - une personne qui a complété les démarches nécessaires pour être enregistrée ou inscrite dans le système ou une base de données de soins de santé.
- **Repérage** - processus bref, fondé sur des données probantes, dans lequel les équipes utilisent un outil d'aide à la décision clinique pour identifier rapidement les symptômes possibles chez l'utilisateur qui peuvent nécessiter une évaluation plus approfondie.

L'énoncé de la POR est structuré comme suit:

[Imputabilité] + [Action] + [Objectif]

- L'équipe participe au programme de prévention de la thromboembolie veineuse de l'établissement fondé sur des données probantes.

Un test de conformité est structuré comme suit :

[Imputabilité] + [Action] + [Information contextuelle nécessaire au besoin]

- Notez que l'objectif n'est pas répété dans le test de conformité, car il se trouve dans l'énoncé de la POR.
- L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque de thromboembolie veineuse

Les conseils sont structurés comme suit :

[Justification] + [Exemples] + [Renseignements supplémentaires au besoin]

- **Évaluation** - processus complet, fondé sur des données probantes, qui utilise des outils d'aide à la décision clinique pour identifier les besoins et les symptômes en matière de santé. Les évaluations aident les équipes à élaborer des plans de soins et services individualisés et à prodiguer le type de soins et services appropriés.
- **Outil d'aide à la décision clinique** - outil qui fournit aux équipes, aux usagers ou aux personnes proches aidantes des informations fondées sur les données probantes pour faciliter la prise de décision. Cet outil vise à améliorer la qualité des soins et services en limitant les variations inattendues par une approche normalisée et ainsi diminuer les incidents liés à la sécurité des usagers.
- **Plan de soins et services individualisé** - plan de soins et de services élaboré en collaboration avec l'utilisateur et les personnes proches aidantes. Ce plan est établi en fonction des objectifs, capacités et préférences de l'utilisateur. On y décrit les rôles et les responsabilités de chaque membre de l'équipe et la façon dont participeront les autres équipes au sein et à l'extérieur de l'établissement. Ce plan est élaboré selon les antécédents de l'utilisateur, les évaluations en cours, les résultats de diagnostic, et les plans antérieurs.
- **Plan intégré d'amélioration de la qualité** - série d'étapes documentée avec les équipes qui a pour but d'améliorer la qualité des soins et des services. Le plan comprend les objectifs à atteindre et les indicateurs de mesures ainsi que les actions qui seront entreprises.

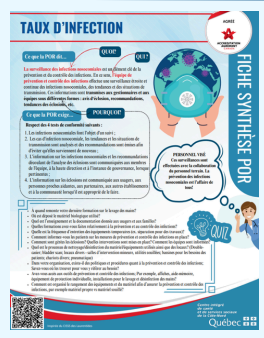


Spécial Agrément

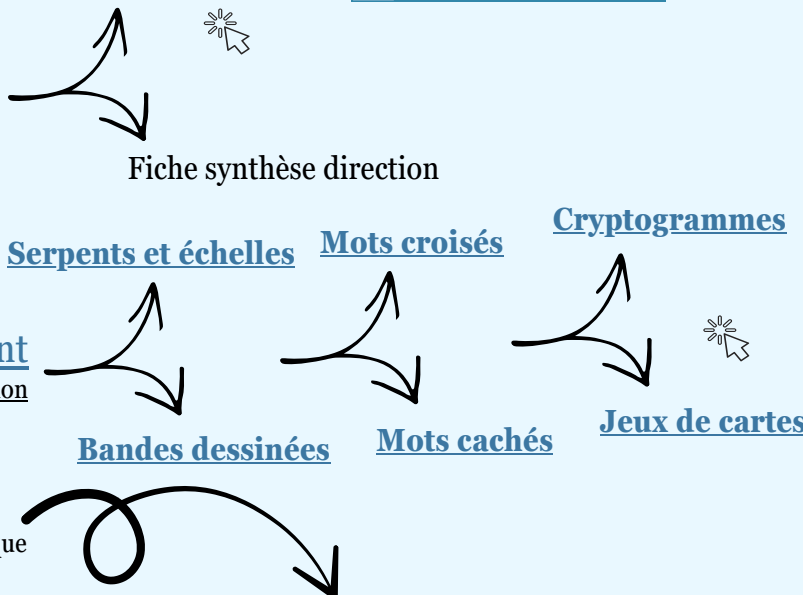


Boîte à outils en lien avec le processus d'Agrément

- 01 [SharePoint Agrément CISSSCN](#)
Centralisation de l'information en lien avec le processus d'accréditation d'Agrément Canada
- 02 [INFO-CISSS Spécial Agrément](#)
Restez à l'affût des nouveautés en continu, informez-vous et soyez proactifs
- 03 [Fiches synthèses](#)
Regroupement de l'information sous forme d'une fiche pour favoriser la diffusion
- 04 [Manuel des POR pour les nuls](#)
Explication détaillée des différentes POR évaluées par les visiteurs
- 05 [Amuse-gueule à saveur d'Agrément](#)
Différents outils qui visent la diffusion d'information de manière innovante, amusante et collaborative
- 06 [Calendrier thématique Agrément](#)
Promotion des activités en fonction de la thématique des critères d'évaluation d'Agrément Canada



Fiches synthèses POR



Demande de création d'un outil personnalisé!?!?

Idées? Suggestions?

Outils en élaboration

