



## Plan intégré pour l'amélioration continue des soins et services



*Qualité, sécurité, compassion*

**2012-2013**

Déposé au comité de gestion générale  
le 15 janvier 2013

Déposé au comité de vigilance et de la qualité  
le 18 janvier 2013

Adopté par le Conseil d'administration  
le 29 janvier 2013

## PRÉAMBULE - ÉNONCÉ DE RESPONSABILITÉ

### La sécurité et le bien-être des usagers : la responsabilité de tous

Au Jeffery Hale - Saint Brigid's, nous sommes engagés à offrir des soins et des services de qualité, sécuritaires et empreints de compassion. Tous ont un rôle dans l'atteinte de notre objectif d'offrir des soins et services sécuritaires.

**Comme employé ou professionnel**, vous êtes engagé à donner des soins et des services de haute qualité de la façon la plus sécuritaire qui soit. Vous suivez les consignes et demeurez informé, vigilant et activement engagé en tout temps. Vous aidez à identifier les risques et vous déclarez les événements indésirables. Vous agissez avec compassion.

En tant que **bénévole, proche ou membre de la communauté**, vous êtes un allié important dans notre quête pour assurer des soins et services de qualité et sécuritaires. Vous suivez les consignes, et par votre vigilance, vous n'hésitez pas à déclarer aux personnes en autorité, toute situation pouvant causer du tort ou des blessures et ce, dans les plus brefs délais. Par votre présence rassurante, vous enrichissez les soins de compassion.

**Comme usager**, vous nous aidez à assurer votre sécurité en collaborant activement avec votre intervenant afin de recevoir des soins sécuritaires. Vous évitez tout risque inutile. Vous faites à votre tour preuve de compassion envers les autres usagers.

Lorsqu'il est question de s'améliorer, nous, au Jeffery Hale - Saint Brigid's, accordons une très grande valeur à la transparence, la flexibilité et l'équité et nous cherchons toujours à apprendre de nos erreurs.

Nous comptons sur tous ! Soyez acteur proactif de notre effort collectif pour assurer que qualité, sécurité, compassion soient au rendez-vous de toutes nos activités.

Le plan stratégique 2012-2015 de l'établissement a permis de facilement établir consensus autour d'une vision stratégique qui comprend, au premier rang de trois :

***Un établissement qui se démarque par la qualité, la sécurité et la compassion dans les soins et services à la clientèle et la vie au travail.***

Découlant de sa vision stratégique, l'établissement poursuit six grandes priorités dont la première est :

***S'assurer que la qualité, la sécurité et la compassion soient au rendez-vous de toutes nos activités.***

Un plan d'action détaillé découlant de cette priorité indique une série d'actions prioritaires articulées autour de : la culture d'amélioration continue; la gestion des risques; le rehaussement de la pratique infirmière; suivi des événements indésirables; l'approche attentionnée; l'éthique. Ce plan se trouve à l'annexe 1

Notre établissement s'engage à offrir à ses diverses clientèles un milieu accueillant, chaleureux et attentionné, soucieux d'assurer qualité, sécurité et compassion dans la prestation de soins et services visant le mieux-être de nos usagers et une expérience de soins satisfaisante. 1

- **Soins de qualité** - Les soins et services de qualité sont ceux qui sont sécuritaires, efficaces, centrés sur le patient, offerts en temps opportun, efficaces et équitables.
- **Soins sécuritaires** - Les soins sécuritaires sont ceux qui réduisent le risque d'événements indésirables et leurs conséquences.
- **Soins empreints de compassion** - la compassion dans les soins se manifeste dans les qualités humaines qui nous permettent de reconnaître la souffrance et vouloir agir pour la soulager.

## DEUX APPROCHES COORDONNÉES

Notre établissement déploie des efforts importants pour maintenir le cap sur les trois éléments centraux de notre engagement : qualité, sécurité, compassion. Nous misons sur les normes d'agrément, l'évolution des meilleures pratiques, le rehaussement des compétences, de même que nos stratégies d'amélioration continue et de gestion des risques et des insatisfactions de la clientèle. Tous ces éléments font l'objet d'une attention particulière. Toutefois, l'amélioration constante et soutenue de la sécurité des usagers dans notre établissement est une cible particulière. De là, le besoin de bien comprendre et traiter l'ensemble des risques présents dans notre environnement. Par ailleurs, et nonobstant ce qui précède, nous avons, au cours des années, développé une approche globale et intégrée de l'amélioration continue en y

---

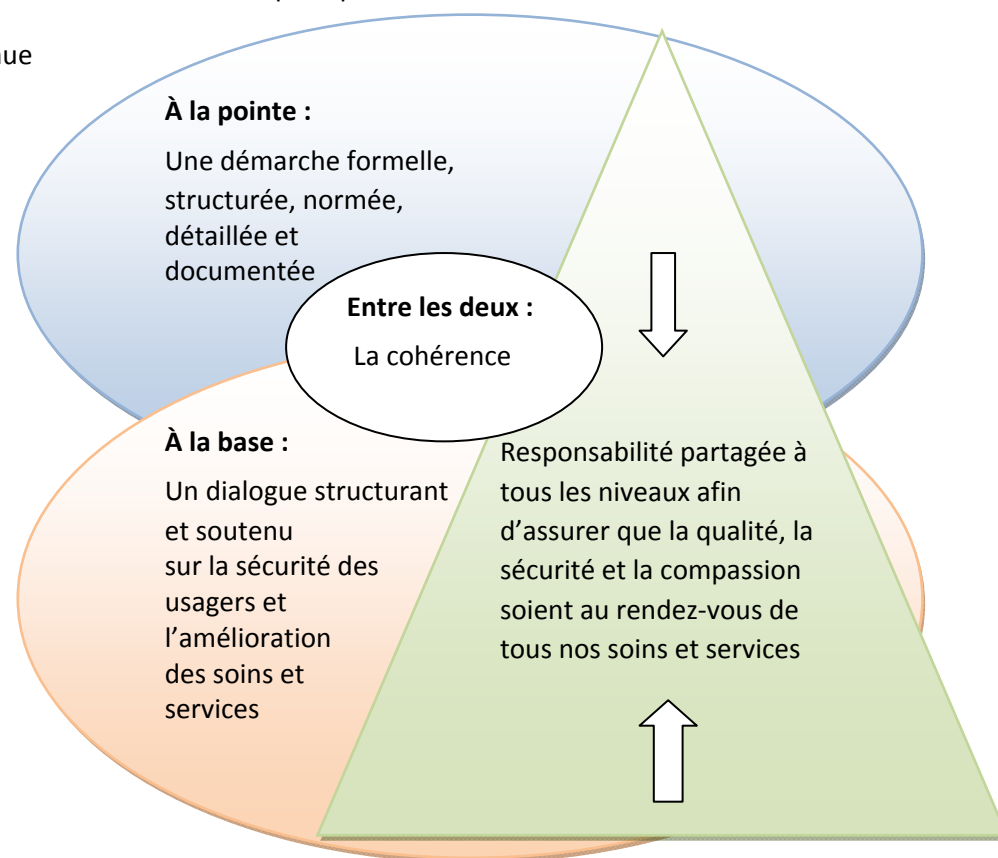
<sup>1</sup> Références : les définitions du National Centre for Biotechnology Information (NCBI) et International Charter for Compassion in Healthcare

incorporant les trois dimensions retenues. Cette approche intégrée s'est raffinée et structurée avec le temps, avec comme résultat l'approche structurée et participative proposée au présent document.

L'amélioration continue des soins et services est une responsabilité partagée à tous les niveaux de l'établissement, des initiatives à cet égard sont encouragées dans tous les secteurs. Nous comptons sur l'implication de tous pour devenir partenaire proactif de notre approche d'amélioration continue et en assurer le succès.

L'approche Jeffery Hale - Saint Brigid's, mise sur des actions concertées à deux niveaux. Au premier, davantage stratégique et tactique, nos structures de gouvernance et de gestion sont engagés dans une démarche formelle de gestion intégrée des risques dont l'objectif est de veiller à ce que les risques liés aux activités de l'organisation soient identifiés, analysés et évalués, et à ce que les mesures d'amélioration appropriées soient mises en place afin d'en assurer la maîtrise. Au deuxième niveau, soit auprès des équipes, le but est d'instaurer une culture de prévention des risques et d'amélioration continue appuyée sur des processus participatifs simples et continus. Les groupes de travail formels et informels ont donc comme mandat permanent d'identifier les améliorations requises dans la prestation de soins et services ainsi que les mesures correctives et les activités de transfert des connaissances qui assureront la modification des pratiques.

Cette approche à la fois globale et participative d'amélioration continue est compatible avec la réalité d'un plus petit établissement aux moyens restreints qui doit assurer l'efficacité et l'efficacité optimale de chacune de ses initiatives.



**Note :** La gestion des risques liés à la santé et la sécurité du personnel relève d'un processus paritaire et, pour l'instant, n'est pas intégrée à cette démarche dite globale.

## APPROCHE UN –STRUCTURER UNE DÉMARCHE SOUTENUE POUR ASSURER L'AMÉLIORATION CONTINUE

Cette première approche se fonde sur des actions systémiques en aval et en amont des événements indésirables. Elle s'appuie sur la participation concertée et la responsabilisation de plusieurs instances et actifs de l'établissement. Elle est ancrée dans le respect des normes et des meilleures pratiques reconnues.

### **Mandater les structures formelles spécialisées**

Les responsabilités spécifiques des instances et des personnes impliquées dans l'amélioration continue et la gestion des risques sont décrites en annexe. On y affirme les responsabilités collectives et individuelles. On y retrouve donc les rôles et les responsabilités du conseil d'administration et de ses comités de vérification et de vigilance et de la qualité, de même que, notamment, du comité de gestion des risques et de la qualité.

*Le comité de vigilance et de la qualité* doit coordonner l'ensemble des activités des autres instances de l'établissement pour exercer ses responsabilités et faire rapport au CA. Il adresse des recommandations aux instances concernées et en assurent le suivi.

*Le comité de vérification* s'assure, au-delà de la saine gestion financière, que l'établissement gère adéquatement l'ensemble des risques auxquels il fait face.

*Le comité de gestion des risques et de la qualité* joue un rôle central pour assurer l'amélioration des soins et services, et soutient les efforts d'amélioration en amont et en aval de la prestation des soins et des services. Le comité est bien placé pour agir comme plaque tournante des initiatives de l'établissement pour s'améliorer sur une base continue. Il a la vision globale requise et il réunit autour d'une même table, l'expertise voulue pour assurer la coordination des actions prioritaires. Dans l'exercice de ce mandat, le comité fait rapport régulier au comité de vigilance et au comité de direction. Il adresse des recommandations aux instances concernées et en assurent le suivi.

Le comité est constitué principalement de répondants des risques et de la qualité pour chacun des neuf (9) champs d'activité des opérations courantes considérés comme comportant des risques importants. Sont également actifs au sein du comité, des représentants d'instances formelles de l'établissement ayant un intérêt pour la sécurité et la qualité des soins et services tels le comité des usagers et les instances professionnelles.

Les répondants de risque s'associent des collaborateurs au besoin pour l'analyse des risques de même que pour identifier les améliorations requises. Ils sont membres du comité de gestion des risques et de la qualité et y font rapport :

- répondant des risques rattachés aux chutes et contentions;
- répondant des risques rattachés aux infections nosocomiales;
- répondant des risques rattachés aux erreurs de médicaments;
- répondant des risques rattachés à la sécurité informatique;
- répondant des risques rattachés à l'hygiène et salubrité;
- répondant des risques rattachés à la sécurité civile;

- répondant des risques rattachés à la sécurité des installations;
- répondant des risques rattachés à la vie quotidienne des usagers;
- répondant des risques rattachés à l'alimentation.

Le comité de gestion des risques et de la qualité agit dans le but de prévenir l'actualisation des risques en mettant en place des groupes de travail formels et informels ayant comme mandat d'identifier les améliorations requises dans la prestation de soins et services (ex : analyses prospectives). Les mesures correctives requises de même que les activités pour assurer le transfert des connaissances et la modification des pratiques sont également identifiées et actualisées. Les comités experts formels suivants assurent la vigie et le suivi des dossiers et des champs d'activités complexes :

- comité de prévention des infections;
- comité de coordination de la sécurité civile;
- comité de pharmacologie;
- comité sur l'application des mesures de contrôle.

Le *comité de l'approche attentionnée* est un comité transversal qui intervient pour aider les équipes à assurer l'accueil attentionné et convivial des usagers. Son mandat est en révision afin qu'il assume une responsabilité plus large visant à assurer la compassion dans les soins dans tous les secteurs de l'établissement.

### **Responsabiliser les structures de gestion**

Les structures de gestion de l'établissement partant de la Direction générale, première responsable de l'amélioration continue, et passant par les divers postes de direction et de gestion, et, enfin par les équipes elles-mêmes en lien avec leurs chefs, sont directement interpellées par la gestion efficace des démarches entreprises à tous les niveaux. Il en va de même pour les instances de gestion concertée, soit les comités de direction, de gestion générale, de programmes/services et d'équipes, afin d'assurer la concertation et la coordination des efforts. Enfin, des responsabilités particulières sont dévolues à la Direction des soins infirmiers et de la qualité et la gestionnaire de risques découlant de son expertise et son poste névralgique à l'intégration des démarches d'amélioration des soins et services cliniques. Des responsabilités semblables pour les secteurs de soutien sont dévolues à la Direction des ressources financières, techniques et informationnelles.

L'annexe explique ces rôles et responsabilités en plus de détail.

### **Affirmer les responsabilités individuelles**

Tous les hauts dirigeants de l'établissement ont des responsabilités claires au regard de l'obligation de rendre des services sécuritaires et de qualité. De plus, plusieurs intervenants tels la Direction des soins infirmiers et de la qualité de même que le commissaire aux plaintes et à la qualité et les répondants des risques, ont des responsabilités individuelles particulières importantes.

Le personnel et les médecins à tous les niveaux et de tous les secteurs de même que les usagers, leurs proches et les bénévoles doivent tous contribuer à la sécurité et la qualité des soins et services. Ces rôles et responsabilités se retrouvent à l'annexe 4. Les responsabilités du personnel sont notamment intégrées aux descriptions de postes du personnel.

### **Intervenir en amont - des initiatives pour prévenir**

Se conformer aux normes reconnues, aux recommandations expertes et aux meilleures pratiques observées est incontournable dans le domaine de la santé où les conséquences de la non-qualité peuvent être tragiques. Se conformer aux normes comprend nécessairement les activités de préparation telles que l'adoption de politiques, procédures et ordonnances, la formation du personnel et son encadrement, les audits et autres évaluations. Les initiatives structurantes suivantes sont centrales à notre succès :

#### **a. Rencontrer les normes d'Agrément Canada – Un point de mire**

*Les normes d'agrément* constituent le point de départ de toute démarche d'amélioration dans un établissement de santé. Ces normes sont issues de processus d'observation dans de milliers d'établissements alliés à une vigie constante pour repérer les meilleures pratiques. Ces normes sont donc, comme il se doit, en constante évolution pour demeurer à la fine pointe de pratiques avancées que nous souhaitons instaurer. Elles constituent ainsi pour nous un point à garder constamment dans notre mire.

#### **b. Adopter les meilleures pratiques – une quête perpétuelle**

*Les meilleures pratiques* désignent les nouvelles lignes directrices qui sont établies d'après le consensus d'experts clés. Elles sont appuyées par la documentation sur les approches et les éléments de traitement semblant donner des résultats positifs pour le traitement des personnes. Fondés sur cette définition, les énoncés des meilleures pratiques sont des recommandations pouvant évoluer à partir de l'expérience, du jugement et de la perspective d'experts, de même qu'à partir d'une recherche soutenue.

Sans avoir les moyens requis pour suivre l'évolution constante des meilleures pratiques dans l'ensemble de nos secteurs d'activité, nous pouvons exercer une vigie permettant d'identifier et d'implanter des meilleures pratiques quelque soit le secteur.

La plus importante mission de l'établissement étant l'hébergement des personnes en perte d'autonomie, un effort particulier est investi pour assurer la qualité de vie des résidents et donc la qualité, la personnalisation et la compassion dans les services qui leur sont offerts.



Un comité où sont représentés les résidents, comme les bénévoles, le personnel et les professionnels de tous les secteurs concernés, veille à l'atteinte de cet objectif.

**c. Identifier les risques et les gérer adéquatement**

Un processus formel, en application de la Politique de gestion intégrée des risques de l'établissement, permet d'identifier les risques de toute nature dans tous les secteurs d'activités et à tous les niveaux hiérarchiques de l'établissement, de les analyser, d'identifier les moyens pour les réduire et atténuer leurs impacts. La gestion des risques liés à la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux aux usagers est prévue dans le mandat du comité de gestion des risques et plus directement visée dans le présent plan. Elle intègre les exercices moins formels d'identification et de gestion de risques initiés par les équipes, services et programmes terrain. Ceux-ci sont appelés à alimenter les processus formels en se chargeant d'identifier les risques, de les analyser dans le but d'établir des priorités d'action, de les traiter et de documenter leurs efforts. Des outils adaptés pour l'usage des équipes se trouvent à l'annexe 3.

**d. Prévention et contrôle des grands risques connus**

Des programmes spécifiques encadrent nos pratiques au regard des grands risques connus du secteur de la santé. Ceux-ci sont la responsabilité du personnel ou des comités spécialisés, mais leur application est la responsabilité des programmes clientèles concernés :

- distribution sécuritaire des médicaments;
- prévention et contrôle des infections;
- prévention des chutes y compris la gestion des mesures de contrôle;
- prévention des plaies;
- gestion des comportements agressifs et défensifs de la clientèle y compris la gestion des mesures de contrôle.

**e. Audits des pratiques requises**

Les directions concernées doivent s'assurer du respect des normes, des politiques et des procédures au regard de certaines pratiques jugées essentielles pour assurer la sécurité des usagers et la qualité des soins et services. Pour se faire, elles réalisent des audits par le biais d'observation des activités cliniques ou la revue des dossiers appropriés.

**f. Entreprendre des analyses prospectives d'activités à risque**

L'analyse prospective consiste essentiellement à choisir un processus ou une activité à risque élevé que nous soumettons à une analyse proactive en vue de l'améliorer et d'en augmenter la sécurité. Au moins une analyse prospective est réalisée à chaque année.

**g. Suivi des recommandations du coroner**

Chaque rapport du coroner que nous recevons et dont les recommandations pourraient s'appliquer dans notre milieu est analysé afin d'en tirer les éléments et les correctifs à mettre en place en vue d'accroître la sécurité des usagers. Un suivi rigoureux est apporté afin d'assurer la conformité.

**h. Suivi des recommandations des agences expertes et des manufacturiers**

Les manufacturiers d'équipements et produits émettent des recommandations et consignes quant à leur utilisation. Ceux-ci doivent être respectés, et ceci commence par la formation adéquate du personnel sur tout équipement ou produit nouveau. Par ailleurs, des agences comme Santé Canada, ou National Institute for Occupational Health and Safety (NIOHS), parmi tant d'autres, émettent des recommandations et des mises en garde que nous devons respecter et appuyer par des procédures et des formations adéquates. L'implantation de ces recommandations est suivie rigoureusement.

**Intervenir en aval - des initiatives pour apprendre de nos erreurs**

En dépit de tous les efforts pour les prévenir, des incidents ou accidents ayant des conséquences ou ayant pu avoir des conséquences pour les usagers, se produiront. Il importe d'apporter un suivi systématique approprié à chacun de ceux-ci et d'en identifier les causes ainsi que les correctifs requis afin d'en empêcher la récurrence. De même, les faiblesses du système donnant lieu à des plaintes doivent également être des opportunités d'apprentissage propice à l'amélioration. Enfin, certains événements ayant ou ayant pu avoir des conséquences importantes pour nos usagers doivent être étudiés de façon particulière et en toute transparence.

Les initiatives en aval des événements indésirables sont dépendantes d'une information juste, opportune et pertinente sur nos résultats. Des rapports réguliers et détaillés sont fournis aux responsables des efforts d'amélioration.

**a. Suivi des événements indésirables**

L'établissement inscrit tous les incidents ou accidents et les classes en fonction d'une échelle de gravité standardisée. Une enquête est entreprise et un suivi rigoureux est accordé selon la gravité. Des mesures correctives sont prises et évaluées par la suite. Notre approche est tirée largement du cadre canadien d'analyse des incidents et s'intègre naturellement à la gestion des risques. Des exemples de rapports se trouvent à l'annexe 4.

**b. Suivi particulier des événements sentinelles et de gravité importante**

Tout événement de gravité importante ou déclaré sentinelle par la gestionnaire de risque est analysé avec rigueur par le comité de gestion des risques. Ce dernier formule, le cas échéant, des recommandations d'amélioration aux secteurs concernés. Une évaluation des mesures correctives est entreprise par la suite. Notre approche est tirée largement du cadre canadien d'analyse des incidents.

**c. Étude et analyse des indicateurs de résultats et de qualité**

L'établissement collige systématiquement et rend disponible de l'information sur nos résultats eu égard à la sécurité des usagers. Notamment, les incidents et accidents de même que les infections nosocomiales sont rapportés en tenant compte de leurs causes souches et de leur gravité et conséquences. Des informations concernant notre respect des cibles de qualité sont également rapportées, notamment, le lavage de mains, les bilans comparatifs des médicaments et les évaluations des risques de chutes et de plaies chez les usagers. Des exemples de rapports se trouvent à l'annexe 4.

**d. Recommandations pour corriger les lacunes**

Lorsque des lacunes sont observées dans les pratiques, des recommandations sont formulées par diverses instances, dont notamment le comité de gestion des risques et de la qualité. Des plans d'action sont développés et implantés sous la responsabilité des programmes qui font rapport aux instances qualité.

**e. Évaluation/audits des mesures correctives**

Les plans d'amélioration prévoient des objectifs mesurables en fonction des changements concrets à implanter ainsi que des indicateurs quant aux résultats observés. Les programmes appuyés par la Direction des soins infirmiers et de la qualité font rapport des résultats aux instances concernées.

**f. Gestion des plaintes et insatisfaction des usagers**

L'établissement fait un suivi rigoureux de toute plainte reçue de la part des usagers. De plus, il a institué un système pour assurer un suivi de toute insatisfaction ou demande significative exprimée. Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services formule des recommandations d'amélioration à partir des plaintes reçues et de ses observations.

**g. Évaluation de la satisfaction des usagers**

En collaboration avec le comité des usagers, l'établissement obtient des données importantes sur la satisfaction générale des usagers. Il utilise cette information pour aider à formuler des plans d'amélioration.

L'intervention en aval des événements indésirables de conséquence se fait dans le respect de la politique sur la divulgation et implique des discussions franches avec la victime ou ses proches de même que les équipes concernées.

## APPROCHE 2 – NOURRIR UNE CULTURE D'AMÉLIORATION CONTINUE DANS LES ÉQUIPES

La deuxième stratégie d'amélioration continue se situe dans une action soutenue auprès des équipes. Le but est d'instaurer une culture de prévention des risques appuyée sur des processus participatifs simples et continus. Les groupes de travail formels et informels ont donc comme mandat permanent d'identifier les améliorations requises dans la prestation de soins et services ainsi que les mesures correctives et les activités de transfert et de monitoring des connaissances et des pratiques qui assureront la modification réelle des façons de faire. Ils doivent documenter leurs efforts et les résultats obtenus.

### **Créer un dialogue mobilisant avec les équipes de travail terrain**

*Questionner, écouter, échanger*

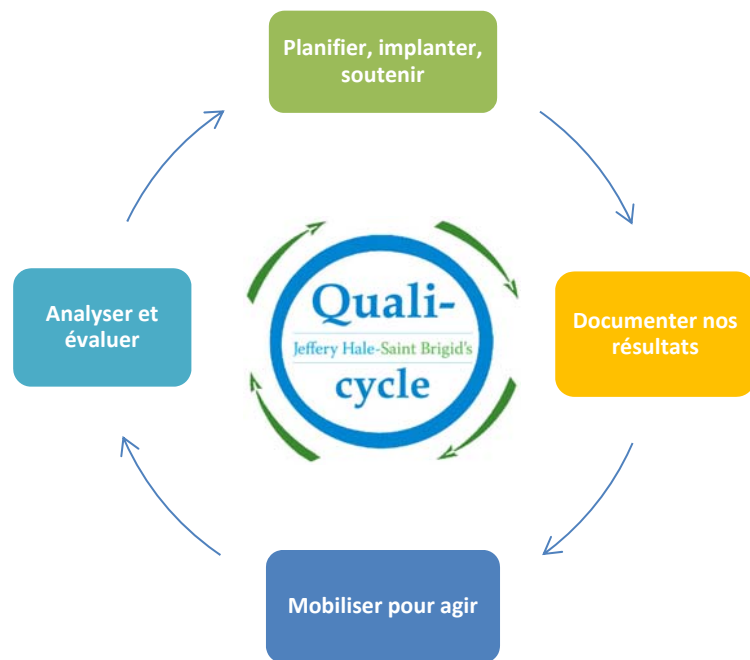
Proposé par l'Institut national pour la sécurité des patients, le dialogue avec les équipes de travail terrain se construit sur des façons concrètes de communiquer. Malgré les obstacles inhérents au domaine de la santé, soit les activités qui s'étendent sur les 24 heures et 7 jours par semaine, un dialogue simple mais dirigé vers l'objectif d'assurer la qualité, la sécurité et la compassion dans les soins exige essentiellement que les gestionnaires et les dirigeants trouvent les moyens efficaces de questionner les équipes, de les écouter dans leurs préoccupations au regard de la qualité des soins et services qu'ils offrent et, finalement, d'échanger avec eux sur les solutions à adopter. Ceci sur une base régulière, soutenue et documentée. Des exemples d'approches de communication adaptées sont présentés au tableau de l'annexe 2

### **Identifier et traiter les risques**

Des démarches dynamiques impliquant les équipes terrain permettent d'identifier les risques pour la clientèle qui les préoccupe. Fort d'une approche participative, les risques sont analysés et traités en fonction des priorités établies. Les résultats sont documentés à l'aide des outils harmonisés de l'établissement. Des schémas de ces processus se trouvent à l'annexe 3.

### **S'appuyer sur une démarche flexible mais structurée**

À l'instar des établissements ayant établi des meilleures pratiques en la matière, JHSB adopte une démarche en quatre temps perpétuels. Celle-ci vise à soutenir les équipes avec une approche et des outils simples et adaptables afin que leurs efforts d'amélioration soient récompensés par les résultats concrets documentés. Elle est expliquée sommairement au tableau qui suit.



### Mobiliser pour agir

Il importe de tenir compte de l'engagement de l'équipe au regard des changements requis. Il faudra mesurer l'ouverture et l'adhésion au changement, identifier les obstacles réels et perçus et la compréhension des enjeux. Il sera alors possible d'adopter les stratégies requises et déterminer les efforts requis pour mener à bien les projets.

### Analyser et évaluer

Pour bien comprendre la situation visée par les projets d'amélioration, il faudra s'assurer de bien l'identifier et de saisir son importance. Une démarche d'analyse comprenant une vérification des normes, politiques et procédures internes comme externes s'impose. Il importe également de bien mesurer les probabilités de réalisation de même que les impacts possibles des problématiques identifiées pour bien prioriser les actions. Il faudra aussi déterminer comment nous pourrions constater nos succès.

### Planifier implanter soutenir

Il faut également bien planifier les projets d'amélioration et soutenir les équipes dans les démarches à mettre en place pour assurer l'implantation réussie. Cet aspect, même si assez bien connu des équipes, ne peut être laissé au hasard. Les gestionnaires doivent être directement impliqués. On établira les ressources requises y compris la formation, les responsabilités et les échéanciers. Toutefois, il importera également de mesurer la faisabilité et les chances de succès du projet en tenant compte des efforts requis.

### Documenter les résultats

La documentation de nos résultats est importante à deux niveaux. Elle servira à identifier les situations où les performances sont en deçà des cibles, mais aussi à mesurer nos progrès à l'égard de nos cibles d'amélioration. Le choix des indicateurs sera important de même que l'identification des personnes chargées de la documentation. Enfin, il est important de faire connaître nos résultats avec la transparence qui s'impose pour à la fois appuyer la mobilisation des équipes et rendre des comptes.

Un ensemble de mécanismes de communication tenant compte des contextes variés des équipes a été élaboré. Les programmes et les équipes sont invités à implanter les moyens les mieux adaptés à leur condition et de les maintenir dans le temps afin de créer la continuité requise pour mener à bien les efforts d'amélioration. Un tableau présentant ces mécanismes se trouve à l'annexe 2.

## CLÉS DE SUCCÈS

### **La cohérence des démarches terrain aux efforts de l'ensemble**

Les gestionnaires et autres responsables des équipes terrain devront assurer un lien efficace avec les processus et les structures formelles pour assurer que les efforts convergent. Ainsi, les instances chargées de l'amélioration de la qualité et de la gestion des risques doivent être saisies des situations préoccupantes. Les gestionnaires et les répondants de risques devront notamment être informés des situations à risque ou des pratiques à améliorer.

Les équipes tiendront compte des résultats obtenus par l'ensemble comme illustré dans les rapports trimestriels et vice versa. Elles tiendront également compte des recommandations émises par les instances formelles et collaboreront à leur implantation de même que de toute nouvelle politique et procédure. (**Note** : les structures et les processus formels sont décrits dans la stratégie 1 du Plan global d'amélioration continue.)

### **Le transfert effectif des connaissances et des compétences – une approche adaptée à nos moyens**

Nos obligations en tant qu'établissement de santé ne se limitent pas à adopter les politiques et les procédures qui s'imposent. Il faut appuyer la modification des pratiques qui en découlent sur des efforts de formation, de coaching et d'évaluation terrain efficaces et soutenus. Les obstacles à cet égard sont importants : une équipe de gestion/conseil limitée; des tâches de supervision attribuées aux chefs d'équipe difficiles à assumer; la difficulté à libérer le personnel pour la formation dans certaines équipes, les coûts importants au-delà des faibles budgets disponibles. L'établissement s'efforce donc à mettre au point des stratégies de transfert de connaissances adaptées à cette réalité.

### **Des mécanismes de communication efficaces**

Que ce soit sur le plan de l'encadrement des activités, de la nécessité d'assurer la cohérence des démarches et d'y encourager la participation du personnel terrain, du besoin de faire des retours systématiques au personnel et autres intervenants, de la rétroaction à faire au personnel sur leur performance, des mécanismes de communication efficaces sont requis. Toutefois, il importe de reconnaître les défis que cela pose et de s'approprier des approches et des mécanismes réalistes adaptés à notre réalité et permettant de surmonter ces défis. Le comité de gestion en a identifiés plusieurs.

### **Des moteurs de changement performants**

Notre modèle prévoit un rôle important pour des comités spécialisés eu égard à nos obligations de qualité, sécurité et compassion, notamment, dans l'identification des améliorations requises et le suivi rigoureux des résultats. Ces comités, dont les responsabilités sont plus détaillées ci-haut, se doivent donc d'être performants. Leurs recommandations doivent être claires et précises. Des mécanismes efficaces de suivi de l'avancement et d'évaluation de l'atteinte des objectifs enrichissent les processus d'amélioration et témoignent de l'engagement de l'établissement à toujours s'améliorer.

### **Documenter nos efforts et partager nos résultats**

L'établissement documente ses activités et élabore des indicateurs de résultats et des indicateurs de qualité. Ceux-ci lui donnent un portrait des progrès qu'il accomplit, mais lui permet également de les partager en toute transparence possible à l'interne comme à l'externe. Ces données doivent être utiles aux décideurs comme aux intervenants et doivent être présentées dans une forme conviviale. Les rapports de résultats doivent donner lieu à des discussions et au partage d'information qui mobilisent le milieu pour maintenir ses efforts d'amélioration. Les gestionnaires terrain ont une responsabilité particulière à cet égard. Les rapports formels sont publiés trimestriellement et sont raffinés constamment en fonction de nos moyens. L'usage d'indicateurs de performance, notamment les délais d'accès aux services, est amorcé. Des exemples des rapports se trouvent à l'annexe 5.