

# ANNEXE 7

## Évaluation de conformité des équipes interdisciplinaires suprarégionales dédiées à un siège tumoral ou à une problématique spécifique

### Fiche de l'évaluateur

#### OBJECTIFS DE LA VISITE :

Cette visite d'évaluation permettra de vérifier si le programme de l'équipe interdisciplinaire offrant des soins spécialisés ou surspécialisés pour un siège tumoral ou une problématique spécifique est conforme aux exigences retenues pour les équipes avec mandat suprarégional.

Le document « Évaluation des équipes suprarégionales dédiées à un siège tumoral ou une problématique particulière » ci-joint précise les conditions de désignation.

#### LE DÉROULEMENT DE LA VISITE

Les experts reçoivent au préalable les documents pour analyse et appréciation.  
La visite de chacune des équipes suprarégionales se déroule en une journée.

7 h 30 - 9 h00	Révision de la matrice entre évaluateurs à huis clos et représentant de l'agence
9 h 00 - 11 h00	Rencontre de l'équipe
11 h 00 - 12h30	Visite de certains lieux et lunch
12 h 30 - 14h 30	Rapport à compléter à huis clos
14 h 30 - 15 h15	Échanges avec l'équipe visitée
15 h 15 - 15h30	Huis clos de tous les évaluateurs pour finaliser la conclusion
15h30	Fin de la rencontre

## 2. LA FICHE RÉSULTAT « PAS DE COMPROMIS SUR L'EXCELLENCE »

L'appréciation de la candidature de l'équipe se fait par une analyse du dossier dans son ensemble :

- ✚ Une attention particulière doit être portée aux 3 critères d'évaluation :
  1. La clientèle desservie par l'équipe a accès à une équipe interdisciplinaire désignée locale;
  2. L'équipe respecte tous les critères de composition minimale;
  3. L'équipe complète de façon satisfaisante la section G de la matrice et se conforme intégralement aux éléments jugés essentiels sans lesquels l'équipe ne pourra être reconnue et désignée comme équipe suprarégionale.
- ✚ Une partie de cette appréciation est subjective et doit faire l'objet d'un consensus par le Groupe-conseil et les évaluateurs présents lors de la visite.
- ✚ L'équipe a un rôle FSSE (Formation, Soutien, Supervision, Évaluation) avec son RUIS, l'agence et la DLCC. Elle n'est pas un tout, elle fait partie d'un réseau et ceci doit s'objectiver
- ✚ Les principes qui gèrent la visite :
  - ✧ PAS DE COMPROMIS SUR L'EXCELLENCE et sur les normes visées
  - ✧ Peu importe le modèle suivi : des objectifs et des normes sont applicables
  - ✧ Tout doit être formalisé et documenté.
  - ✧ La conformité pour le niveau 3 est un préalable pour accéder au niveau 4
  - ✧ Ce qui est là et non ce qui sera là
- ✚ La fiche résultat sert d'outil d'analyse des dossiers des différentes équipes

## LA MATRICE G ET LES ÉLÉMENTS DE CONFORMITÉ ESSENTIELS

<i>Éléments</i>	<i>Résultats attendus</i>	<i>C ou NC</i>	<i>commentaires</i>
<b>Désignation demandée</b>  <i>QG1</i>	Indiquer le siège tumoral ou la problématique particulière et le niveau souhaité.		
<b>1. -La structure</b> <span style="float: right;"><i>QG2</i></span>			
<b>Engagement de l'équipe à desservir le RUIS</b>	Lettre formelle		
<b>Engagement de l'établissement</b>	Résolution du C.A. de l'établissement en soutien aux activités de l'équipe.		
<b>Engagement agence et du RUIS</b>	Lettre signée par le président du RUIS.		
<b>Structure organisationnelle</b>  <i>QG3</i>	Le programme de lutte contre le cancer de l'établissement;  La date de la formation de l'équipe;  Une description de la vision, de la philosophie et des objectifs de l'équipe;  L'organigramme de l'établissement avec description des liens entre le programme et l'équipe suprarégionale;  La participation identifiable de l'équipe aux activités du programme de l'établissement;  Description du soutien reçu de l'établissement, par l'équipe.		
<b>Territoire desservi</b>  <i>QG4</i>	Description du territoire de desserte de l'établissement par rapport à celui de l'équipe.		
<b>2. - Les ressources</b>			
<b>Responsable médical et responsable clinico-administratif</b> <i>QG5</i>	Noms des responsables de l'équipe et leurs titres;  Description des rôles et des liens (fonctionnels ou hiérarchiques);  Date d'entrée en fonction;  Description de la complémentarité des deux		

<i>Éléments</i>	<i>Résultats attendus</i>	<i>C ou NC</i>	<i>commentaires</i>
	responsables;  Description de la façon dont se décident les orientations et les objectifs de l'équipe.  Est-ce que les responsables rencontrent les membres de l'équipe pour revoir leurs objectifs et performance en cours d'année?  Les responsables présentent les objectifs et les résultats attendus au cours de la prochaine année.		
La <b>composition</b> de l'équipe répond aux exigences du mandat <i>OG6</i>	Voir le tableau qui suit		

Engagement, expertise, leadership et production des F et de l'équipe doit ressortir

<i>Conformité minimale des équipes de niveau 3 et 4</i>						
Équipe	Type de professionnels	Conformité = √				Commentaires
		Niveau 3		Niveau 4		
Équipe interdisciplinaire suprarégionale de Greffe de cellules souches*	Hématologue*	A B		F		
	Pathologiste	A E		C		
	Radio-oncologue	A E		A E		
	Intensiviste	E		C		
	Microbiologiste	A C		F		
	Pneumologue	A E		C		
	Pharmacien spécialisé en oncologie	E		F		
	Expert en soins palliatifs	E		E		
	Infirmière pivot en oncologie	D		D		
	Soutien					
	• Psychologue	A C		F		
	• Travailleur social	E		E		
	• Physiothérapeute	E		E		
• Nutritionniste	A		A			

Éléments		Résultats attendus				C ou NC	commentaires
	• Ergothérapeute	E		E			
	Conseillère en soins infirmiers spécialisés	A C		F			
	Archiviste	E		E			
	Chercheur et / ou épidémiologiste	A E		C			
<b>Légende :</b> <b>A. EXPERTISE :</b> <b>B. ENGAGEMENT SIGNIFICATIF AUX ACTIVITÉS DE L'ÉQUIPE</b> <b>C. PARTICIPATION IDENTIFIABLE AUX ACTIVITÉS DE L'ÉQUIPE</b> <b>D. UNE IPO DOIT ÊTRE DÉDIÉE À L'ÉQUIPE</b> <b>E. SOUTIEN DE L'ÉTABLISSEMENT</b> <b>F. AJOUT AUX ACTIVITÉS ACADÉMIQUES ET DE RECHERCHES</b>  * minimum de 2 hématologues avec expertise en greffe de cellules souches							

### Explications des légendes accompagnant les tableaux de composition minimale des équipes :

**A. EXPERTISE :** Le professionnel a un entraînement spécifique en oncologie ou une expertise reconnue (plus de trois ans de pratique) dans le siège tumoral ou la problématique. Pour certains professionnels de soutien (nutritionniste, psychologue et pharmacien), une expertise en oncologie est requise. Elle doit être certifiée par une lettre du chef de service qui témoigne de l'expertise obtenue par stage de perfectionnement (minimum 6 mois) ou d'une affectation d'au moins trois ans dans un service d'oncologie. Il est encouragé que cette expertise soit reliée au siège, mais pas essentiel, à moins qu'indiqué autrement.

**B. ENGAGEMENT SIGNIFICATIF DANS LES ACTIVITÉS DE L'ÉQUIPE :** Le professionnel consacre au minimum 51 % de son temps (niveau 3) ou  $\geq 70$  % de son temps (niveau 4) à des activités (cliniques, académiques, recherches et administratives) reliées au siège tumoral ou la problématique en question; ceci est basé sur une semaine de 40 heures. L'engagement des professionnels est tributaire du volume d'activités de l'équipe, lequel est en relation avec l'incidence des cancers au Québec. Les critères retenus conviennent principalement aux équipes dédiées aux tumeurs à grand volume comme les cancers du sein, poumon, système digestif, système hématopoïétique, ORL, gynécologie, uro-génital. Pour les tumeurs plus rares, telles que celles du système musculo-squelettique, endocrinien, cutané et oculaire, le pourcentage requis ne sera pas toujours atteint par le professionnel ciblé. Il serait alors nécessaire de nuancer et des modifications, concernant la composition des équipes et l'engagement, pourraient être apportées. Dans un tel cas, les équipes devront fournir les justifications appuyant ces demandes de modifications. Le regroupement des activités des équipes dédiées à des cancers de petit volume est fortement recommandé au niveau provincial pour optimiser les soins et favoriser les activités d'enseignement et de recherche. Pour permettre d'atteindre les objectifs d'expertise et académiques des équipes de niveau 4, l'engagement des professionnels est essentiel et ne peut être compromis. Par contre, nonobstant de ce qui précède, dans certaines circonstances, à cause d'une pénurie des ressources, des modifications pourraient être apportées dans les tableaux de composition minimale dédiés aux divers sièges et problématique (voir document : « Évaluation des équipes suprarégionales dédiées à un siège tumoral ou une problématique particulière »).

**C. PARTICIPATION IDENTIFIABLE AUX ACTIVITÉS DE L'ÉQUIPE :** Le professionnel est reconnu comme dédié (au moins 30 % de son temps; semaine de 40 heures) au siège tumoral ou à la problématique et il contribue au développement de l'équipe et participe aux activités d'enseignement et de recherche. Pour un niveau 3, cette participation à la recherche peut se limiter à une coopération avec d'autres chercheurs. Alors que pour le niveau 4, un rôle de leadership est attendu pour l'une ou l'autre des activités académiques (voir F). Le professionnel doit démontrer une expertise dans le siège tumoral ou

Éléments	Résultats attendus	C ou NC	commentaires
<p>la problématique.</p> <p><b>D. UNE INFIRMIÈRE PIVOT EN ONCOLOGIE DOIT ÊTRE DÉDIÉE À L'ÉQUIPE</b> : Le nombre total est en lien direct avec le volume d'activité de l'équipe.</p> <p><b>E. SOUTIEN DE L'ÉTABLISSEMENT</b> : Des professionnels rattachés à l'équipe interdisciplinaire de base de l'établissement soutiennent les activités de l'équipe de niveau 3 et 4. Dans certaines circonstances, par exemple, pour le généticien et la conseillère en génétique, l'établissement doit faciliter l'accès à ces professionnels par des ententes formelles avec d'autres établissements si ces professionnels ne sont pas disponibles localement.</p> <p><b>F. AJOUT AUX ACTIVITÉS ACADÉMIQUES ET DE RECHERCHES</b> : Pour atteindre le niveau 4, des activités académiques et de recherches accrues sont requises des professionnels membres de l'équipe. Lorsqu'un F est requis, le professionnel doit avoir des responsabilités d'enseignement qui mettent à profit son expertise dans le siège tumoral ou la problématique particulière. L'enseignement peut être offert à des étudiants d'une autre profession. De plus, le professionnel doit avoir exercé un rôle d'initiateur/chercheur principal dans une activité de recherche (fondamentale ou clinique ou évaluative) au cours des deux dernières années. Des publications au cours des trois dernières années sont requises ainsi que des présentations à des congrès en lien avec la profession, le siège tumoral ou la problématique particulière. Le professionnel doit participer aux activités de formation continue que l'équipe élabore pour ses membres ou pour les autres professionnels du réseau. Enfin, le professionnel doit collaborer aux activités de la DLCC et du CEPO (si applicable) et démontrer qu'il exerce un leadership dans l'évolution de la pratique, la formation et le transfert des connaissances aux membres de sa profession.</p> <p>Situation particulière F : la venue d'un nouveau professionnel ou d'une mutation suite à un départ ne fait pas perdre à l'équipe sa désignation si la personne a un passé académique et si elle dépose un plan concret de projet d'enseignement et de recherche ayant pour thème le siège de l'équipe ou la problématique particulière.</p>			
<p><b>Soutien</b> <i>QG7</i></p>	<p>Les critères de référence aux professionnels (psychologue, travailleur social, nutritionniste) sont élaborés;</p> <p>L'équipe utilise des outils d'évaluation (décrire);</p> <p>Une expertise spécifique psychosociale est démontrée;</p> <p>Une expertise spécifique nutritionnelle est démontrée.</p>		
<p><b>3. - Le fonctionnement</b></p>			
<p><b>Définir la trajectoire de soins et services pour une analyse des besoins des patients</b></p> <p><i>QG8</i> L'objectif à long terme est d'utiliser cette analyse pour dresser une offre de soins et services et définir les ressources requises</p>	<p>Description de la trajectoire théorique telle que définie par l'équipe;</p> <p>Nom de la banque de données accessible par l'équipe pour documenter et établir la trajectoire réelle;</p> <p>La description de la trajectoire doit comprendre au minimum la provenance des patients, l'âge, le sexe, le diagnostic, le stade clinique, et une liste des services consommés (tests, ou chirurgies ou radiothérapie ou chimiothérapie);</p>		

<i>Éléments</i>	<i>Résultats attendus</i>	<i>C ou NC</i>	<i>commentaires</i>
<p><b>Procédure d'accès conviviale</b> pour référence de personnes atteintes</p> <p><i>QG9</i></p>	<p>Le processus de référence pour le médecin de famille, le spécialiste et le patient doit être convivial :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Simplicité de la procédure (Numéro de téléphone ou de Fax unique);</li> <li>▪ On utilise une procédure de triage des consultations;</li> <li>▪ Présence d'un guichet unique, identifié et convivial (déjà fait ou en élaboration);</li> <li>▪ Information disponible sur le site Internet de l'établissement;</li> <li>▪ Le patient peut obtenir un rendez-vous sur demande. Sinon, il y a un processus défini pour qu'il soit bien orienté.</li> </ul> <p>Les délais d'accès ne devraient pas dépasser 4 semaines. Donner le tableau des délais d'accès des derniers 6 mois;</p> <p>Démontrer que le processus d'accès a fait l'objet d'une diffusion auprès des partenaires.</p>		<p>Il doit y avoir une démonstration satisfaisante de la présence de trois points sur cinq.</p>
<p><b>Interdisciplinarité</b> Rencontres cliniques interdisciplinaires spécifiques</p> <p><i>QG10</i></p>	<p><b>Profiter du moment pour revoir toutes les réunions de l'équipes (administratives, scientifiques, CTC et soutien)</b></p> <p>Critères de conformité des rencontres :</p> <p>Objectifs de la rencontre : les sujets abordés peuvent être variables;</p> <p>Fréquence : Il y a des rencontres à un intervalle d'au plus 4 semaines;</p> <p>Présences : La participation est interdisciplinaire et ceci est objectivé par une liste de présences des différents professionnels;</p> <p>Documentation : un procès-verbal et un plan d'intervention interdisciplinaire sont rédigés;</p>		

<i>Éléments</i>	<i>Résultats attendus</i>	<i>C ou NC</i>	<i>commentaires</i>
	<p>Pour une période de 6 mois : présenter la date des réunions, les listes des présences et les procès-verbaux ou les plans d'intervention des 20 derniers patients présentés;</p> <p>L'équipe doit respecter les principes d'un fonctionnement interdisciplinaire et de confidentialité.</p>		
<p><b>Fonctionnement intégré</b> Mécanismes qui permettent d'assurer la continuité de services dans le milieu de vie du patient</p> <p><i>QG 11</i></p>	<p>L'équipe doit expliquer comment elle fonctionne en réseau avec les équipes qui lui dirigent des patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Décrire le FSSE (Formation, soutien, supervision, évaluation) entre l'équipe et le réseau. La recherche clinique doit faire partie des objectifs de la vision réseau de l'équipe;</li> <li>▪ La présence d'ententes formelles est souhaitable, mais non essentielle et on doit démontrer une intention d'en établir;</li> <li>▪ Les liens d'interrelation doivent être démontrés : accès au PACS, au laboratoire, aux résultats de pathologie;</li> <li>▪ Un accès au Comité de thérapie du cancer (CTC) de l'équipe doit être possible pour les autres équipes du réseau, lorsque requis;</li> </ul> <p>L'équipe décrit ses liens de collaboration avec les autres équipes suprarégionales dédiées à un même siège et les résultats de la collaboration suprarégionale doivent être démontrés.</p>		
<p><b>Participation de la personne atteinte</b></p> <p><i>QG12</i></p>	<p>L'équipe doit démontrer que le patient a accès à de l'information relative aux bénéfices et aux toxicités des traitements et aux services disponibles dans l'établissement ou dans le réseau, ainsi que son implication dans la prise de décision le concernant.</p>		
<p><b>Communications</b> Équipe privilégiée des moyens</p>	<p>Les moyens de communication au sein de</p>		



<i>Éléments</i>	<i>Résultats attendus</i>	<i>C ou NC</i>	<i>commentaires</i>
de communication au sein de l'équipe avec les médecins référents et partenaires  <i>QG13</i>	l'équipe sont multiples : réunions, communiqués, Internet, etc. ;  Des outils existent pour transmettre l'information clinique à un médecin référent;  L'équipe utilise des moyens pour communiquer avec ses partenaires pour favoriser le transfert des connaissances et l'évolution des pratiques.		
<b>Gestion</b> <i>QG14</i> <b>Rencontres administratives</b>	Des réunions administratives sont tenues. La fréquence doit être suffisante pour permettre l'évolution rapide des dossiers;  L'équipe doit fournir les dates des 6 dernières réunions avec la liste des présences (la majorité des membres doit être présente et la réunion doit être interdisciplinaire) ainsi que les procès-verbaux.		
<b>Rencontres de soutien</b>	L'équipe doit décrire les mécanismes/rencontres mis en place pour soutenir ses membres du point de vue psychosocial.		
<b>4. -Démarche d'évaluation</b>			
<b>Responsable de l'évaluation</b>  <i>QG15</i> <b>Résultats de l'analyse du responsable de la qualité</b> <b>Démarche faite</b>  <i>QG15</i>	Nom du responsable de la qualité;  L'évaluation de la qualité des soins et services est objectivée par des documents;  Les résultats de l'évaluation ont donné lieu à une rétroaction de la part des membres de l'équipe. Celle-ci est documentée dans une analyse présentée à une réunion (liste de présences) dont le procès-verbal énonce les décisions (par exemple, cela devrait se traduire lors d'un comité d'amélioration continue de la qualité ou d'une rencontre administrative de l'équipe.)  <b>NB : assurance qualité concerne la clinique par exemple mortalité et morbidité</b>		
<b>Qualité</b>  <i>QG16</i> Équipe a élaboré des normes et guides de traitement basé	Des algorithmes détaillés d'investigation, de traitements et de suivi sont élaborés pour les différents types de cancers traités par les membres de l'équipe;		

<i>Éléments</i>	<i>Résultats attendus</i>	<i>C ou NC</i>	<i>commentaires</i>
sur données probantes (algorithme de traitement) Et participation aux activités de la DLCC	Des membres de l'équipe ont participé aux activités de la DLCC pendant les 2 dernières années.		
<b>Bases de données</b> <i>QG17</i> <b>Analyse des données</b>	Des bases de données existent et elles sont fonctionnelles, c'est-à-dire que des analyses peuvent être faites.  obtenir un résumé des données  Voir les analyses faites		
<b>Gestion de la qualité</b> Comité des thérapies du cancer ou comité d'experts spécifiques à la désignation demandée  <i>QG18</i>	L'équipe fournit les dates des 10 derniers comités des thérapies du cancer, avec liste des présences signées et le procès-verbal.  Le procès-verbal comprend pour chaque patient présenté un court résumé de la situation, la question posée, la discussion, l'opinion finale des membres présents et la conclusion ou recommandation;  L'équipe doit démontrer que son CTC est accessible à ses partenaires, s'ils le désirent.		
<b>Introduction de nouveaux médicaments</b>	Le processus existe et est respecté.		
<b>Évaluation de la satisfaction</b>  <i>QG19</i>	Fournir les résultats de l'évaluation avec mesures prises en équipes pour pallier aux lacunes.		
<b>Présence d'un processus analytique fonctionnel qui permet rétroaction</b>  <i>QG20</i>	L'équipe a accès à un processus d'évaluation des opérations avec un système d'information clinique et de gestion;  L'équipe doit détailler sa liste d'indicateurs en plus de ceux touchant les délais et fournir les résultats des analyses;  Elle doit aussi fournir les procès-verbaux des activités d'amélioration de la qualité et les conclusions et la rétroaction entreprise.  <b>NB : les opérations la gestion par exemple accessibilité et délai</b>		
<b>5 - Accès au plateau technique de pointe</b>  <i>QG21</i>	Détailler plateau requis Le plateau disponible doit être conforme selon l'avis des experts évaluateurs.		
<b>6 – Activités (distinguer 3 de 4 si indiqué)</b>			

<i>Éléments</i>	<i>Résultats attendus</i>	<i>C ou NC</i>	<i>commentaires</i>
<b>Activités cliniques</b>  <i>QG22</i>	Décrire si conforme selon les attentes et la grille en annexe de la G. Selon les experts l'équipe atteint le niveau recherché. Les diverses activités cliniques doivent démontrer une spécialisation.		
<b>Enseignement médical (annexe III)</b>  Niveau 3 : enseignement universitaire pré et post gradué incluant résidents tronc commun pour md  Niveau 4 : formation de résidents de la spécialité et ou fellowship reconnu par Collège Royal si approprié et contribution à la formation des professionnels avec un F (soit psychologues, nutrition, infirmières et pharmaciens;  <i>QG23</i>	Décrire les activités offertes et le nombre d'étudiants, de résidents ou fellow ou professionnels effectuant des stages (chiffres des 2 dernières années);  Les professionnels pour lesquels un niveau F de conformité a été établi, doivent s'impliquer dans les activités de formation des membres de leur spécialité.		
<b>Formation continue</b>  <i>QG24</i>  Niveau 3 : équipe globale  Niveau 4 : différents intervenants avec F (md, inf., psy )	L'équipe a élaboré et donné, dans les 2 dernières années (de façon objectivable), de la formation pour : <ul style="list-style-type: none"> <li>● les membres de l'équipe</li> <li>● les partenaires du réseau</li> </ul> Note : les activités de formation ne doivent pas être confondues avec le rayonnement de l'équipe.  L'activité de formation doit faire partie d'un plan qui repose sur l'initiative de l'équipe. L'équipe doit présenter son bilan d'activités des 2 dernières années ainsi que son plan de formation continue, pour la prochaine année, destiné à ses membres et aux professionnels partenaires du réseau;  Au niveau 3, il doit y avoir une activité globale pouvant toucher le traitement, les soins infirmiers ou l'approche psychologique.  Pour le niveau 4, les activités doivent être menées par le professionnel avec un niveau F de conformité et toucher ces spécialités chaque année.		
<b>Recherche</b>  <i>QG 25</i> Clinique Fondamentale Évaluative	Voir tableau comprenant la liste des protocoles avec titre, organisme subventionnaire, type de recherche, ainsi que les volumes d'activités pour la recherche clinique (2 dernières années).		

<b>Éléments</b>	<b>Résultats attendus</b>	<b>C ou NC</b>	<b>commentaires</b>
<p>(une activité pour recevoir le qualificatif de recherche doit comprendre un protocole, une acceptation par un comité d'éthique, une subvention pour mener la recherche et la publication des résultats)</p> <p>Niveau 3 deux des trois types de recherche au niveau de l'équipe</p> <p>Niveau 4 les trois niveaux de recherche dans l'équipe avec pour les F : implication significative dans un type de recherche et leadership souhaité pour les membres pivots de l'équipe</p>	<p>La <b>recherche clinique</b> doit être significative, au moins 15 malades par année pour un niveau trois et 30 par années pour le niveau 4 (pour les sièges fréquents).</p> <p>La <b>recherche fondamentale</b> doit être une activité faite dans l'établissement pas seulement en collaboration. Le chercheur doit être un membre de l'équipe, être investigateur principal ou avoir un rôle déterminant dans une recherche en partenariat (niveau 3 et 4).</p> <p>La <b>recherche évaluative</b> doit répondre aux critères suivants pour être considérée comme valable. Les thèmes d'une recherche évaluative peuvent être :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>L'étude d'indicateurs, d'un taux de complications, d'utilisation de soins et services.</li> <li>Les études épidémiologiques, l'analyse critique des besoins et une révision d'un programme sont acceptées.</li> </ul> <p>NB : Une révision des résultats ou du taux de complications d'une procédure sans protocole ou approbation du comité d'éthique ne constitue pas une activité de recherche si elle n'est pas publiée dans un journal avec un comité de révision avec des pairs. Par contre, toute recherche évaluative qui est publiée dans un journal avec comité de révision avec des pairs et dont le premier auteur est un des membres de l'équipe pourra constituer une activité acceptable.</p> <p>Inscrire des malades à une recherche faite par une autre équipe ne constitue pas une activité de recherche évaluative à moins que le membre de l'équipe ait un rôle significatif dans la conception ou l'analyse, qui doit être précisé dans le protocole de l'étude.</p>		
<p><b>Publications</b></p> <p><i>QG26</i></p> <p><b>Contribution à une publication</b></p> <p>Niveau 3 : équipe</p> <p>Niveau 4 : les F</p>	<p>Pour le niveau 3, au moins trois publications dont une qui démontre le leadership de l'équipe dans un domaine d'activité quelconque. Fournir la liste des publications des membres de l'équipe au cours des trois dernières années. Certaines des publications</p>		

<i>Éléments</i>	<i>Résultats attendus</i>	<i>C ou NC</i>	<i>commentaires</i>
	<p>doivent être dans des journaux avec comité de révision.</p> <p>Pour le niveau 4, la liste des publications par les professionnels nécessitant un niveau F de conformité, au cours des trois dernières années doit comporter au moins 1 publication/par professionnel dans des journaux, avec comité de révision par des pairs.</p> <p>NB : À défaut d'une référence standardisée, produire la lettre d'acceptation de l'article.</p>		
<p><b>Rayonnement</b></p> <p><i>QG27</i></p> <p>Collaboration avec la DLCC</p> <p>Collaboration avec le CEPO</p> <p>Leadership dans l'évolution des pratiques, la formation médicale et le transfert des connaissances</p> <p>Niveau 3 :équipe globalement</p> <p>Niveau 4 : les professionnels avec F</p>			

.....