

ANNEXE 8

Compléments d'information au document : « Évaluation des équipes interdisciplinaires suprarégionales dédiées à un siège tumoral ou à une problématique particulière » fév2007

Critères de conformité détaillés

1. INTRODUCTION

Le document « Évaluation des équipes suprarégionales dédiées à un siège tumoral ou une problématique particulière » précise les conditions de la désignation. Les documents suivants : Programme québécois de lutte contre le cancer – Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe (PQLC), l'Avis « *Les équipes interdisciplinaires en oncologie* », MSSS, 2005, (http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/cancer/), la matrice d'évaluation et les orientations fondamentales qui y sont décrites en annexe expliquent la philosophie et le cadre de référence suivis par le Groupe conseil de lutte contre le cancer (GCLC).

Dans le présent document, le GCLC veut détailler de façon plus précise que dans les documents précédents, l'essentiel des éléments retenus pour apprécier la conformité des équipes aux critères de désignation. Ceci devrait permettre aux agences, établissements et équipes d'évaluer leur degré de conformité lors des visites d'évaluation et les aider pour bien effectuer le suivi des recommandations.

Cette première évaluation de conformité amorce le changement par la mise en place des éléments fondamentaux. Lors de phase subséquente, la Direction de la lutte contre le cancer du MSSS évaluera les résultats obtenus par rapport aux changements apportés.

2. LES BASES RETENUES PAR LA DIRECTION DE LA LUTTE CONTRE LE CANCER SUITE AUX RECOMMANDATIONS DU GROUPE CONSEIL

2.1 La gouvernance clinique

Le PQLC, est un programme-clientèle qui préconise la mise en place d'un réseau hiérarchisé et intégré d'équipes interdisciplinaires locales, régionales et suprarégionales. Il favorise le développement d'une gouvernance clinique qui, au Québec, doit être comprise comme l'ensemble des moyens retenus pour assurer la qualité et la sécurité des soins et services, le maintien et la surveillance des normes se rapportant aux meilleures pratiques cliniques. Plus particulièrement, l'objet de cette gouvernance est :

- La mise en synergie du système administratif et du système clinique par des moyens comme la cogestion et le travail en équipe interdisciplinaire ;
- L'utilisation d'un système d'information efficace pour effectuer
 - i. l'analyse de la trajectoire des patients qui permettra d'élaborer une offre de services et de soins correspondant aux besoins de la population desservie et de planifier les ressources requises (financières, humaines, matérielles) ;
 - ii. La rétroaction basée sur des indicateurs de performance et d'atteinte de résultats élaborés par l'équipe ou le MSSS ;

- Une pratique selon les données probantes et l'application de normes ;
- L'élaboration d'objectifs et d'un plan d'action de l'équipe en lien avec le programme de lutte contre le cancer de l'établissement.

2.2 Les orientations fondamentales

Le tableau 1 résume ce qui est attendu des équipes interdisciplinaires/établissements à tous les niveaux.

| Tableau 1 : les orientations fondamentales |
|--|
| <p>Structure :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Un engagement formel de l'établissement et des diverses parties concernées 2. Une structure organisationnelle <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avec un organigramme ▪ Un comité de coordination du programme <p>Ressources :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3 Des ressources dédiées (humaines, médicaments, etc.) au programme : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Leadership médico-administratif (responsable médical/clinico-administratif) ▪ La présence d'équipes interdisciplinaires incluant les intervenants de soutien ▪ L'accès à une équipe de soins palliatifs. 4 Une formation continue à l'intention des membres de l'équipe interdisciplinaire. <p>Fonctionnement :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Le fonctionnement interdisciplinaire, les infirmières pivots et celles spécialisées en soins palliatifs 6. Une intégration avec les partenaires 7. Des stratégies définies pour favoriser la participation des personnes atteintes aux processus décisionnels <p>Démarche d'évaluation</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Un processus de standardisation et de contrôle de qualité : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une pratique selon les données probantes ▪ Un comité des thérapies du cancer ▪ Un mécanisme d'introduction des nouveaux médicaments ▪ Une application des normes (programme de dépistage du cancer du sein) 9. Un processus d'évaluation : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Du monitoring ▪ Des résultats ▪ De la satisfaction de la clientèle ▪ Un système d'information clinique et de gestion |

2.3 Les principes qui orientent les visites d'évaluation

- Une conformité sans compromis pour les critères retenus afin de viser l'excellence et l'atteinte des normes visées ;
- Tout doit être documenté et formalisé ;
- La conformité pour le niveau 3 est un préalable pour accéder au niveau 4 ;
- La visite est un cliché «instantané» saisi au moment de la visite d'évaluation et peut ne pas refléter ce que seront les équipes dans l'avenir ;
- La visite est l'occasion de partager des préoccupations et faire évoluer les équipes.

La Direction de la lutte contre le cancer du MSSS procède à une évaluation des établissements/équipes pour compléter la mise en place du PQLC. Les équipes des niveaux 3 et 4 ont un rôle important dans la lutte contre le cancer au Québec et leur désignation ne peut se résumer à une simple formalité. La réorganisation préconisée par le PQLC est majeure et essentielle si on veut offrir des soins et services de lutte contre le cancer de façon optimale à la population du Québec dans les années à venir.

Cette évaluation porte non sur l'individu ou le professionnel, mais sur l'équipe de professionnels qui possède une expertise, une organisation objectivable et qui travaille en interdisciplinarité. Le processus mis de l'avant est évolutif, ainsi, plusieurs des éléments vont demander un certain temps avant d'être pleinement opérationnels.

3. DESCRIPTION DU DEGRÉ DE CONFORMITÉ AUX ÉLÉMENTS DE LA SECTION G DE LA MATRICE

Les sections en blanc constituent les éléments essentiels auxquels les équipes doivent se conformer intégralement.

| <i>Éléments/exemples de conformité</i> | <i>Ce qui doit être objectivable lors de l'évaluation Niveau 3 et 4</i> |
|---|--|
| Désignation demandée <i>QG1</i> | Indiquer le siège tumoral ou la problématique particulière et le niveau souhaité. |
| 1. -La structure <i>QG2</i> | |
| Engagement de l'équipe à desservir le RUIS | Lettre signée par les coresponsables de l'équipe. |
| Engagement de l'établissement | Résolution du CA de l'établissement en soutien aux activités de l'équipe. |
| Engagement agence et du RUIS | Lettre signée par le président du RUIS. |
| Structure organisationnelle <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, 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. |
| Territoire desservi <i>QG4</i> | Description du territoire de desserte de l'établissement par rapport à celui de l'équipe. |
| 2. - Les ressources | |
| Responsable médical et responsable clinico-administratif <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 responsables; Description du comment 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 ?; |

| <i>Éléments/exemples de conformité</i> | <i>Ce qui doit être objectivable lors de l'évaluation Niveau 3 et 4</i> |
|--|---|
| | Les responsables présentent les objectifs et les résultats attendus au cours de la prochaine année. |
| La composition de l'équipe répond aux exigences du mandat <i>QG6</i> | Tableau varie pour chaque siège tumoral ou problématique (voir document : « Évaluation des équipes suprarégionales dédiées à un siège tumoral ou une problématique particulière »). |

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 ≥ 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 hématopoiétique, 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 la problématique.
- D. UNE INFIRMIÈRE PIVOT EN ONCOLOGIE DOIT ÊTRE DÉDIÉE À L'ÉQUIPE :** le nombre total est en lien direct avec le volume d'activité de l'équipe.
- E. SOUTIEN DE L'ÉTABLISSEMENT :** 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.
- F. AJOUT AUX ACTIVITÉS ACADÉMIQUES ET DE RECHERCHES :** 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

| Éléments/exemples de conformité | Ce qui doit être objectivable lors de l'évaluation Niveau 3 et 4 |
|--|--|
| | <p>(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>Soutien <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>3. - Le fonctionnement</p> | |
| <p>Définir la trajectoire de soins et services pour une analyse des besoins des patients <i>QG8</i></p> <p>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> |
| <p>Procédure d'accès conviviale pour référence de personnes atteintes <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"> ▪ Simplicité de la procédure (Numéro de téléphone ou de Fax unique); ▪ On utilise une procédure de triage des consultations; ▪ Présence d'un guichet unique, identifié et convivial, (fait ou en élaboration); ▪ Information disponible sur le site Internet de l'établissement; ▪ Le patient peut obtenir un rendez-vous sur demande. Sinon, il y a un processus défini pour qu'il soit bien orienté. <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</p> |

| Éléments/exemples de conformité | Ce qui doit être objectivable lors de l'évaluation Niveau 3 et 4 |
|---|--|
| | des partenaires. |
| Interdisciplinarité Rencontres cliniques interdisciplinaires spécifiques <i>QG10</i> | Critères de conformité des rencontres : Objectifs de la rencontre : les sujets abordés peuvent être variables; Fréquence : Il y a des rencontres à un intervalle d'au plus 4 semaines; Présences : La participation est interdisciplinaire et ceci est objectivé par une liste de présences des différents professionnels; Documentation : un procès-verbal et un plan d'intervention interdisciplinaire sont rédigés; 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; L'équipe doit respecter les principes d'un fonctionnement interdisciplinaire et de confidentialité. |
| Fonctionnement intégré Mécanismes qui permettent d'assurer la continuité de services dans le milieu de vie du patient Vision réseau Ententes formelles Liens suprarégionaux <i>QG 11</i> | L'équipe doit expliquer comment elle fonctionne en réseau avec les équipes référentes : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Décrire le FSSE entre l'équipe et le réseau. La recherche clinique doit faire partie des objectifs de la vision réseau de l'équipe; ▪ La présence d'ententes formelles est souhaitable, mais non essentielle et on doit démontrer une intention d'en établir; ▪ Les liens d'interrelation doivent être démontrés : accès au PACS, au laboratoire, aux résultats de pathologie; ▪ Un accès au Comité de thérapie du cancer de l'équipe doit être possible pour les autres équipes du réseau, si requis; 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. |
| Participation de la personne atteinte <i>QG12</i> | 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. |
| Communications Équipe privilégiée des moyens de communication au sein de l'équipe, avec les médecins référents et avec | Les moyens de communication au sein de l'équipe sont multiples : réunions, communiqués, Internet, ...etc; Des outils existent pour transmettre l'information clinique à un médecin |

| Éléments/exemples de conformité | <i>Ce qui doit être objectivable lors de l'évaluation</i> <i>Niveau 3 et 4</i> |
|--|--|
| les partenaires <i>QG13</i> | référant; L'équipe utilise des moyens pour communiquer avec ses partenaires pour favoriser le transfert des connaissances et l'évolution des pratiques. |
| Gestion Rencontres administratives <i>QG14</i> | 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. |
| Rencontres de soutien | L'équipe doit décrire les mécanismes/rencontres mis en place pour soutenir ses membres du point de vue psychosocial. |
| 4. -Démarche d'évaluation | |
| Responsable de l'évaluation <i>QG15</i> Résultats de l'analyse du responsable de la qualité Démarche faite <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.) |
| Qualité <i>QG16</i> Équipe a élaboré des normes et guides d'investigation et de traitement basés sur données probantes (algorithme) Et participation aux activités de la DLCC | 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; Des membres de l'équipe ont participé aux activités de la DLCC pendant les 2 dernières années. |
| Bases de données <i>QG17</i> Analyse des données | Des bases de données existent et elles sont fonctionnelles, c'est-à-dire que des analyses peuvent être faites. |
| Gestion de la qualité 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. |
| Introduction de nouveaux | Le processus existe et est respecté. |

| <i>Éléments/exemples de conformité</i> | <i>Ce qui doit être objectivable lors de l'évaluation Niveau 3 et 4</i> |
|--|--|
| médicaments | |
| Évaluation de la satisfaction <i>QG19</i> | Fournir les résultats de l'évaluation avec mesures prises en équipes pour pallier aux lacunes. |
| Présence d'un processus analytique fonctionnel qui permet rétroaction <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. |
| 5 - Accès au plateau technique de pointe <i>QG21</i> | Le plateau disponible doit être conforme selon l'avis des experts évaluateurs. |
| 6 – Activités | |
| Activités cliniques <i>QG22</i> | Les diverses activités cliniques doivent démontrer une spécialisation. |
| Enseignement 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. |
| Formation continue <i>QG24</i> Niveau 3 : équipe globale Niveau 4 : intervenants avec barème 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"> ● les membres de l'équipe ● le réseau 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 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. |
| Recherche Clinique Fondamentale Évaluative <i>QG 25</i> | 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) |

| <i>Éléments/exemples de conformité</i> | <i>Ce qui doit être objectivable lors de l'évaluation Niveau 3 et 4</i> |
|--|--|
| <p>(pour recevoir le qualificatif de recherche, une activité 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 dans l'équipe</p> <p>Niveau 4 → les trois types de recherche dans l'équipe avec, pour les professionnels de niveau F, une implication significative dans un type de recherche et leadership souhaité</p> | <p>La recherche clinique doit être significative : au moins 15 malades par années pour le niveau 3 et 30 par années pour le niveau 4 (pour les sièges fréquents).</p> <p>La recherche fondamentale doit être effectuée dans l'établissement, pas en collaboration seulement. Le chercheur doit être un membre de l'équipe, être chercheur principal ou avoir un rôle déterminant dans une recherche en partenariat (niveau 3 et 4)</p> <p>La recherche évaluative doit répondre aux critères ci-contre pour être considérée comme valable. Les thèmes d'une recherche évaluative peuvent être : L'étude d'indicateurs, d'un taux de complications, d'utilisation de soins et services. Les études épidémiologiques, l'analyse critique des besoins et une révision d'un programme sont acceptées.</p> <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>Publications <i>QG26</i> Contribution à une publication Niveau 3 : équipe Niveau 4 : les professionnels avec F Trois dernières années</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 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. NB : À défaut d'une référence standardisée, produire la lettre d'acceptation de l'article.</p> |
| <p>Rayonnement <i>QG27</i> Collaboration avec la DLCC Collaboration avec le CEPO Leadership dans l'évolution des pratiques, la formation médicale et le transfert des connaissances Niveau 3: équipe globalement Niveau 4: les professionnels avec F</p> | |