

CADRE DE RÉFÉRENCE SUR LA GESTION DES DOCUMENTS D'ENCADREMENT

Documents cliniques

Janvier 2023

Remerciements

Ce document de référence n'aurait pu voir le jour sans la précieuse implication et la participation de :

- Annik Jobin, conseillère cadre à l'innovation et développement des outils cliniques (DSMREU)
- Chantal Careau, directrice adjointe des soins infirmiers à la qualité et l'évolution de la pratique (DSIEU)
- Christelle Robert, conseillère cadre au développement des outils cliniques (DSIEU)
- Claire Viau, agente administrative (DSIEU)
- Geneviève Boileau, chef du service des communications internes et externes (DRHCAJ)
- Hélène Jean-Baptiste, coordonnatrice service accueil et informations cliniques (DPSCS)
- Isabelle Francis, archiviste médicale (DSPEM)
- Jennifer Mascitto, chef de service - développement et évolution des pratiques (DSMREU)
- Mariana Contasel, archiviste médicale (DSPEM)
- Marie-France Castonguay, agente administrative (DSMREU)
- Marie-Hélène Faille, conseillère cadre au développement des outils cliniques (DSIEU)
- Maud Carrier, chef de la coordination des activités cliniques (DSIEU)
- Maude Lefebvre, archiviste médicale (DPSCS)
- Mélanie Caron, chef de département de pharmacie (DSPEM)
- Nadège Henry, technicienne en administration (DSPEM)
- Patrice Amyot, conseillère cadre à l'innovation et développement des outils cliniques (DSMREU)
- Roxanne Héroux, conseillère cadre à l'innovation et développement des outils cliniques (DSMREU)
- Sandra Chapados, chef de département de pharmacie (CMDP)
- Sylvie Girard, technicienne en documentation (DSPEM)
- Sylvie Brais, technicienne en administration (DG)
- Valérie Morin, technicienne en documentation (DPSCS)

À tous, nous leur adressons nos remerciements pour leur contribution au développement des meilleures pratiques.

Les personnes ayant participé à l'élaboration de ce document sont identifiées dans la dernière section « Historique ».

© Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest, 25 janvier 2023.
Reproduction autorisée avec mention de la source.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES ACRONYMES	5
AVANT-PROPOS.....	6
INTRODUCTION	7
1. OBJECTIFS.....	8
2. CHAMPS D'APPLICATION	8
2.1 DOCUMENTS D'ENCADREMENT VISÉS	8
2.2 DOCUMENTS D'ENCADREMENT RELIÉS À DES ACTIVITÉS DE NATURE MÉDICALE ET/OU PHARMACOLOGIQUE	9
2.3 DOCUMENTS D'ENCADREMENT EXCLUS	9
2.4 PARTICULARITÉS PROPRES AUX DOCUMENTS D'ENCADREMENT RÉGIS PAR DES DROITS D'AUTEUR.....	9
2.5 PARTICULARITÉS PROPRES AUX DOCUMENTS D'ENCADREMENT RÉGIONAUX	9
2.5.1 <i>Outil clinique élaboré par un autre établissement</i>	9
2.5.2 <i>Outil clinique élaboré par le CISSS de la Montérégie-Ouest</i>	9
3. RÔLES ET RESPONSABILITÉS.....	10
3.1 DIRECTEURS, GESTIONNAIRES ET CHEFS DE DÉPARTEMENTS MÉDICAUX	10
3.2 EMPLOYÉS ET MÉDECINS	10
3.3 CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII), CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CM).....	10
3.4 CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES, PHARMACIENS ET SAGES-FEMMES (CMDPSF), COMITÉ DE PHARMACOLOGIE DU CMDPSF	10
3.5 COMITÉ DE CONCERTATION DES DIRECTEURS ADJOINTS (CCDA)	11
3.6 COMITÉ DE DIRECTION.....	11
3.7 COMITÉ EXÉCUTIF DE GOUVERNANCE.....	11
3.8 PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL	11
3.9 COMITÉ DE COORDINATION DES OUTILS CLINIQUES (CCOC).....	11
3.10 SOUS-COMITÉS DE COORDINATION DES OUTILS CLINIQUES DES DIRECTIONS CLINIQUES (MINI-CCOC)	11
3.11 ARCHIVISTE MÉDICALE RESPONSABLE DES FORMULAIRES CLINIQUES	12
3.12 RESSOURCES DES DIRECTIONS CONSEIL (APPR, CONSEILLÈRE EN SOINS)	12
3.13 SERVICE DE GESTION DOCUMENTAIRE.....	12
4. TYPES DE DOCUMENT D'ENCADREMENT ET DÉFINITIONS.....	12
5. ANALYSE DE LA DEMANDE ET ÉLABORATION DU CONTENU	16
5.1 IDENTIFICATION DU BESOIN	16
5.1.1 <i>Création, harmonisation ou annulation d'un document d'encadrement</i>	16
5.1.2 <i>Révision d'un document d'encadrement</i>	17
5.1.3 <i>Choix du type de document d'encadrement</i>	17
5.2 ANALYSE ET PRIORISATION DE LA DEMANDE	17
5.2.1 <i>Analyse et priorisation de la demande par le gestionnaire demandeur</i>	17
5.2.2 <i>Analyse et priorisation de la demande par un mini-CCOC ou le CCOC</i>	17
5.2.2.1 Pour les outils concernant une seule direction clinique.....	17
5.2.2.2 Pour les outils à portée transversale ou concernant plus d'une direction clinique	18
5.3 ÉLABORATION DU CONTENU.....	18
5.4 MISE EN PAGE GÉNÉRALE	19
5.5 MISE EN PAGE DES OUTILS CLINIQUES RÉGIONAUX OU ISSUS DE PARTENARIATS	19
5.6 IDENTIFICATION DES RÉFÉRENCES	20

5.7	GESTION DES ANNEXES	20
6.	CONSULTATION ET APPROBATION/ ADOPTION.....	21
6.1	INSTANCES DE CONSULTATION, RECOMMANDATION, APPROBATION ET ADOPTION.....	21
	Tableau 1 : Partage des responsabilités consultation, recommandation, approbation et adoption	22
6.2	LISTE DES PERSONNES AYANT COLLABORÉ À LA RÉDACTION ET AU PROCESSUS DE CONSULTATION	24
6.3	CONFIRMATION DE L'APPROBATION/ADOPTION D'UN DOCUMENT	24
6.4	CONFIRMATION DE L'APPROBATION/ADOPTION D'UNE RÉVISION D'UN DOCUMENT	25
7.	TRADUCTION D'UN DOCUMENT D'ENCADREMENT EN ANGLAIS	25
8.	FORMULAIRES CLINIQUES PROVISOIRES.....	25
9.	DOCUMENTS D'ENCADREMENT UTILISÉS OU DIFFUSÉS SANS APPROBATION/ADOPTION	26
9.1	FORMULAIRES CLINIQUES UTILISÉS SANS APPROBATION/ADOPTION PRÉALABLE	26
9.2	DOCUMENTS D'ENCADREMENT DIFFUSÉS ET/OU UTILISÉS SANS APPROBATION/ADOPTION PRÉALABLE.....	26
10.	NUMÉROTATION DES DOCUMENTS D'ENCADREMENT	26
10.1	ATTRIBUTION D'UN NUMÉRO UNIQUE	26
	Tableau 2 : Gestion des codes d'identification des documents d'encadrement	27
10.2	NOMENCLATURE DE SAUVEGARDE DES FICHIERS	28
10.3	REGISTRE DES DOCUMENTS D'ENCADREMENT APPROUVÉS	28
11.	DIFFUSION ET CONSERVATION.....	29
11.1	DIFFUSION DES DOCUMENTS D'ENCADREMENT	29
11.2	GESTION DES VERSIONS ANTÉRIEURES DES DOCUMENTS D'ENCADREMENT	29
11.3	PROCESSUS D'APPROVISIONNEMENT DES DOCUMENTS D'ENCADREMENT (SI APPLICABLE)	30
11.4	CONSERVATION DES DOCUMENTS D'ENCADREMENT	30
12.	PROCESSUS D'ÉLABORATION ET D'APPROBATION/ADOPTION EN RÉSUMÉ	30
13.	LISTE DES ANNEXES.....	30
14.	RÉFÉRENCES	31
	ANNEXE A	34
	ACRONYMES DES SECTEURS ET PARTENAIRES DU CISSS DE LA MONTÉRÉGIE-OUEST	34
	ANNEXE A (SUITE)	35
	ANNEXE A (SUITE)	36
	ANNEXE B	38
	TRAJECTOIRE ILLUSTRANT LA GESTION DES DOCUMENTS D'ENCADREMENT	38

Liste des abréviations et des acronymes

APPR	Agent de planification, de programmation et de recherche
BAnQ	Bibliothèque et Archives nationales du Québec
CCDA	Comité de concertation des directeurs adjoints
CCOC	Comité de coordination des outils cliniques
CESS	Centre d'expertise en santé de Sherbrooke
CII	Conseils des infirmières et infirmiers
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CM	Conseil multidisciplinaire
CMDPSF	Conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes
CMQ	Collège des médecins du Québec
DCAP	Direction des communications et des affaires publiques
DPSCS	Direction des programmes de soins critiques et spécialisés
DRHDOAJ	Direction des ressources humaines, du développement organisationnel et des affaires juridiques
DSIEU	Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire
DSMREU	Direction des services multidisciplinaires, de la recherche et de l'enseignement universitaire
DSPeM	Direction des services professionnels et de l'enseignement médical
GRM	Gestion des ressources matérielles
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
LSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
Mini-CCOC	Comité de coordination des outils cliniques par direction clinique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OC	Ordonnance collective
OIIQ	Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec
OIPI	Ordonnance individuelle pré-imprimée
PIV	Programme d'identification visuelle
PROHE	Protocole hors établissement
ROAE	Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements

Avant-propos

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest emploie près de 10 000 personnes et 550 médecins, ayant les privilèges de pratiquer dans l'établissement, à travers plus de 128 installations. Il offre des services généraux et des soins courants de première ligne et se dédie également aux services spécialisés en milieux hospitaliers, en centres d'hébergement et en centres de réadaptation. À ce titre, le CISSS de la Montérégie-Ouest a des responsabilités régionales pour la réadaptation physique, la déficience intellectuelle, le trouble du spectre de l'autisme et la dépendance.

La mission du CISSS de la Montérégie-Ouest, en lien avec celle du ministère de la Santé et des Services sociaux, consiste à maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessible un ensemble de services de santé et sociaux intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec.

Introduction

L'utilisation de documents d'encadrement cliniques (outils cliniques) au sein du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest permet d'atteindre divers objectifs tels qu'encadrer les pratiques cliniques, favoriser l'accessibilité des soins et des services à la population desservie par l'établissement et assurer des soins et services de qualité et sécuritaires. Pour ce faire, les documents doivent être regroupés par types, définis clairement et répertoriés de façon à en faciliter la recherche et l'utilisation. Le présent document vise à baliser les documents d'encadrement cliniques élaborés et utilisés dans l'établissement.

La gestion des documents d'encadrement constitue l'un des axes fondamentaux d'une démarche d'amélioration continue de la qualité. À cet effet, notons qu'Agrément Canada ainsi que les ordres professionnels encouragent les établissements à procéder à la rédaction de documents encadrant les activités cliniques. Il convient ainsi de déterminer des modes de classification, de diffusion ainsi que de mise à jour des documents. Conscient de l'importance d'une telle activité pour l'organisation, le CISSS de la Montérégie-Ouest favorise une approche structurée et intégrée de gestion des documents d'encadrement. Ces modalités permettront, au fur et à mesure des mises à jour, une reclassification des écrits formalisant les orientations de l'établissement, et ce, dans les différentes directions. Il appert primordial de doter l'organisation d'un processus clair et facilement disponible, en temps opportun, pour l'ensemble du personnel.

1. Objectifs

Les objectifs du Cadre de référence sont les suivants :

- Définir des types de documents d'encadrement afin d'assurer une harmonisation;
- Se doter d'une vision commune et proposer des modalités uniformes quant à la gestion des documents d'encadrement qui régissent les pratiques cliniques au sein de l'organisation;
- S'assurer d'une cohérence par rapport à l'ensemble des outils cliniques produits, dans une optique d'harmonisation et de vulgarisation;
- S'assurer de bien encadrer l'ensemble du processus d'élaboration des documents d'encadrement, dans un souci de qualité et de cohérence des informations;
- Définir les rôles et les responsabilités des personnes impliquées dans les processus;
- Assurer une gestion efficace et efficiente, ainsi qu'un contrôle rigoureux des documents d'encadrement, en soutien aux objectifs cliniques;
- Soutenir le déploiement et le maintien d'inventaires des documents d'encadrement approuvés pouvant être utilisés au CISSS de la Montérégie-Ouest.

2. Champs d'application

Le présent document s'adresse à l'ensemble des personnes qui participent aux étapes du processus de gestion des documents d'encadrement : de l'identification du besoin à la conservation. Il établit l'ensemble des paramètres et des processus en ce qui concerne la gestion d'un document d'encadrement, et ce, dans le respect des normes inscrites au programme d'identification visuelle (PIV) du gouvernement du Québec et des règles de conception des formulaires cliniques du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

De plus, il vise à répondre aux exigences de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements ainsi qu'à d'autres lois et règlements pouvant venir baliser ce secteur.

2.1 Documents d'encadrement visés

Ce cadre de référence concerne les documents d'encadrement cliniques élaborés localement dans le CISSS de la Montérégie-Ouest et qui requièrent l'approbation/adoption d'une instance autorisée. Le terme « document d'encadrement » inclut **tous les outils cliniques** adoptés officiellement qui régissent la gouverne, la gestion, l'organisation du travail, la pratique professionnelle et le fonctionnement des services cliniques du CISSS de la Montérégie-Ouest. L'ensemble des documents concernés par ce cadre de référence est décrit au point 4 « Types de documents d'encadrement et définitions », à la page 11.

En ce qui concerne plus spécifiquement les formulaires cliniques, les formulaires normalisés du MSSS doivent être utilisés dans l'établissement (MSSS, 2020). Dans le cas où il n'y a pas de formulaire normalisé, l'établissement peut utiliser un formulaire local, c'est-à-dire élaboré par le CISSS de la Montérégie-Ouest. Les formulaires locaux seront abandonnés au fur et à mesure de la publication des formulaires normalisés du MSSS. Il en sera de même pour les formulaires élaborés par les anciennes composantes constituant le CISSS de la Montérégie-Ouest, ils seront remplacés progressivement par des formulaires harmonisés. Le présent cadre s'applique aux formulaires déposés au dossier de l'utilisateur géré par les services des archives médicales du CISSS de la Montérégie-Ouest ainsi qu'aux formulaires servant à documenter des activités de nature clinique, mais dont le dépôt n'est pas nécessairement requis au dossier de l'utilisateur. Il s'applique également, peu importe le support utilisé : papier, numérique, électronique, etc.

2.2 Documents d'encadrement reliés à des activités de nature médicale et/ou pharmacologique

Concernant l'ordonnance individuelle pré-imprimée (OIPI), l'ordonnance collective (OC), l'ordonnance collective délivrée hors établissement (OCHE), le protocole hors établissement (PROHE), la règle d'utilisation des médicaments ou tout autre document avec de l'information de nature pharmacologique, il faut se référer à la procédure administrative intitulée : « Élaboration et approbation des outils cliniques - Trajectoire liée à la partie médicale et pharmacologique » (Annexe I).

2.3 Documents d'encadrement exclus

Ce cadre de référence exclut les lois, les règlements et les documents d'encadrement produits par une autre instance que le CISSS de la Montérégie-Ouest, dont les documents et les outils publiés par le MSSS ou par les ordres professionnels (par exemple : le plan de traitement et le plan thérapeutique infirmier). Ce cadre de référence exclut également les dépliants organisationnels, les publications destinées aux usagers et tout autre document que ceux mentionnés au point 4 du présent cadre de référence.

Est aussi exclus, tout formulaire clinique en provenance du MSSS, d'un comité provincial parrainé par le MSSS ou d'un partenaire du réseau ainsi que tous les outils cliniques standardisés (INESSS, INSPQ, CMQ, OIIQ, etc.), car ils sont réputés être conformes aux lois, règlements et meilleures pratiques cliniques en vigueur. Cependant, l'utilisation de tels documents, de par leur portée clinique, doit être balisée par le comité de coordination des outils cliniques (CCOC).

2.4 Particularités propres aux documents d'encadrement régis par des droits d'auteur

À l'exception des outils cliniques standardisés et des outils publiés régis par des droits d'auteur, pour lesquels aucune modification n'est permise, le gestionnaire demandeur qui souhaite utiliser un outil clinique protégé par la *Loi sur le droit d'auteur* doit obtenir l'autorisation de l'auteur du document pour l'application d'un des deux scénarios suivants :

- Insertion du contenu du document dans un des gabarits officiels du CISSS de la Montérégie-Ouest en citant la source;
- Ajout du logo du CISSS de la Montérégie-Ouest sur le document original si celui-ci répond aux règles de mise en page du présent cadre de référence.

En cas de refus des deux scénarios par l'auteur du document, le gestionnaire demandeur doit obtenir l'approbation du CCOC pour l'utilisation du document tel quel sans modification.

2.5 Particularités propres aux documents d'encadrement régionaux

2.5.1 Outil clinique élaboré par un autre établissement

Les outils cliniques élaborés en partenariat avec le CISSS de la Montérégie-Ouest, approuvés et diffusés par un autre établissement (ex. : formulaire clinique du laboratoire du CISSS de la Montérégie-Centre) ne sont pas soumis aux processus prévus au présent document.

L'établissement émetteur est responsable de la numérotation et de la conservation de l'outil clinique en question.

2.5.2 Outil clinique élaboré par le CISSS de la Montérégie-Ouest

Les outils cliniques élaborés, en partenariat ou non avec d'autres établissements, approuvés et diffusés par le CISSS de la Montérégie-Ouest (ex. : Demande de services en réadaptation) sont soumis aux processus prévus au présent document. Dans ces circonstances, deux (2) options sont envisageables pour le logo :

- Utilisation du logo du gouvernement du Québec ([Intranet CISSSMO / Ma boîte à outils / Signature du gouvernement](#))

- Utilisation du logo du CISSS de la Montérégie-Ouest accompagné de cases à cocher identifiant les autres établissements pouvant en faire usage.

3. Rôles et responsabilités

3.1 Directeurs, gestionnaires et chefs de départements médicaux

- Prendre connaissance et appliquer les balises inscrites dans le présent cadre de référence;
- S'assurer de la diffusion du présent document aux personnes concernées ainsi que de l'application des balises qui en découlent;
- Assurer le suivi administratif en cas de non-respect des balises, des mécanismes d'adoption ou lors de la circulation de documents non approuvés;
- Signaler le besoin de création, d'harmonisation, de révision ou d'annulation d'un document d'encadrement, et ce, à titre de « gestionnaire demandeur ».

3.2 Employés et médecins

- Prendre connaissance et appliquer les balises inscrites dans le présent cadre de référence lors de l'élaboration de tout document d'encadrement;
- S'assurer de respecter et d'appliquer la chaîne d'approbation/adoption prévue;
- Signaler la circulation de documents non approuvés au CCOC ou aux mini-CCOC;
- Utiliser exclusivement les documents approuvés et en vigueur;
- Signaler tout besoin de création, d'harmonisation, de révision ou d'annulation d'un document d'encadrement;
- Utiliser les documents d'encadrement et outils cliniques pour lesquels il possède les connaissances et compétences requises à leur application et exercer son jugement clinique dans le choix des documents et outils.

3.3 Conseil des infirmières et infirmiers (CII), conseil multidisciplinaire (CM)

- Prendre connaissance et appliquer les balises inscrites dans le présent cadre de référence lors de l'élaboration de tout outil d'encadrement;
- S'assurer d'une bonne application et contribuer à la vigie par rapport aux outils cliniques découlant du cadre de référence, effectuer le suivi et la surveillance nécessaire, au besoin;
- Faciliter la diffusion de nouvelles pratiques et de nouveaux documents d'encadrement;
- Répondre aux responsabilités spécifiques à leur mandat au sein du CISSS de la Montérégie-Ouest.

3.4 Conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes (CMDPSF), comité de pharmacologie du CMDPSF

- Prendre connaissance et appliquer les balises inscrites dans le présent cadre de référence lors de l'élaboration de tout document d'encadrement;
- Assurer la conformité et approuver les documents d'encadrement soumis;
- S'assurer d'une bonne application et contribuer à la vigie par rapport aux outils cliniques découlant du cadre de référence, effectuer le suivi et la surveillance nécessaire, au besoin;
- Faciliter la diffusion de nouvelles pratiques et de nouveaux documents d'encadrement;
- Répondre aux responsabilités spécifiques à leur mandat au sein du CISSS de la Montérégie-Ouest.

3.5 Comité de concertation des directeurs adjoints (CCDA)

- Évaluer et analyser les documents d'encadrement relatif à la gestion des opérations cliniques, administratives ou de soutien s'adressant à plus d'une direction qui lui sont soumis;
- S'assurer de l'application opérationnelle des documents d'encadrement auprès des gestionnaires;
- Recommander les documents d'encadrement pour adoption au comité de direction.

3.6 Comité de direction

- Agir en tant que leader stratégique dans le développement et le maintien d'une organisation cohérente, coordonnée et optimale des services et des soins en adoptant/approuvant des documents d'encadrement pertinents et en s'assurant de leur respect;
- Adopter tout document d'encadrement relatif à la gestion des opérations cliniques, administratives ou de soutien s'adressant à plus d'une direction;
- Recommander le cheminement du document vers le comité exécutif de gouvernance et président-directeur général pour tout document d'encadrement découlant d'une loi, d'un règlement, d'une politique, d'une obligation ministérielle ou ayant un impact sur la gouvernance de l'établissement.

3.7 Comité exécutif de gouvernance

- S'assurer de la pertinence, de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services dispensés en recommandant les documents d'encadrement soumis.
- Recommander au président-directeur général l'adoption de tout document d'encadrement découlant d'une loi, d'un règlement, d'une politique, d'une obligation ministérielle ou ayant un impact sur la gouvernance de l'établissement

3.8 Président-directeur général

- S'assurer de la pertinence, de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services dispensés en approuvant les documents d'encadrement soumis ;
- Adopter tout document d'encadrement découlant d'une loi, d'un règlement, d'une politique, d'une obligation ministérielle ou ayant un impact sur la gouvernance de l'établissement.

3.9 Comité de coordination des outils cliniques (CCOC)

- S'assurer de l'harmonisation des documents d'encadrement cliniques;
- Soutenir les sous-comités de coordination des outils cliniques dans leurs travaux;
- Assurer la pertinence, la qualité, la sécurité et l'efficacité des services dispensés en soumettant pour approbation/adoption les documents d'encadrement pertinents;
- Effectuer des recommandations en lien avec l'élaboration, l'approbation/adoption, le déploiement des documents soumis et s'assurer de leur respect;
- Soutenir les différentes instances d'approbation lorsque les outils d'encadrement leur ayant été soumis comportent des enjeux de conformité;
- Assurer une vigie sur la conformité des documents d'encadrement déposés dans l'Intranet.

3.10 Sous-comités de coordination des outils cliniques des directions cliniques (mini-CCOC)

- Collaborer à l'harmonisation des documents d'encadrement cliniques;
- Assurer le lien avec le comité de coordination des outils cliniques tout au long de la démarche;

- Contribuer à la pertinence, la qualité, la sécurité et l'efficacité des services dispensés en soumettant pour approbation/adoption les documents d'encadrement pertinents à la direction.

3.11 Archiviste médicale responsable des formulaires cliniques

- Vérifier la conformité des formulaires cliniques avec les règles de mise en page des formulaires cliniques et autres éléments du présent cadre de référence;
- Analyser le contenu des formulaires cliniques afin de s'assurer qu'il est conforme aux lois et règlements en vigueur en lien avec son domaine d'expertise;
- Valider les formulaires cliniques afin de détecter toute incohérence, incongruité ou élément pouvant entraver une complétion adéquate;
- Identifier les éléments des formulaires cliniques pouvant faire l'objet d'une harmonisation ou d'une normalisation;
- Consulter le comité de coordination des outils cliniques (CCOC) au besoin afin qu'il émette des recommandations;
- Informer les services d'archives médicales et autres parties prenantes de l'établissement des ajouts et retraits à l'inventaire officiel des formulaires approuvés.

3.12 Ressources des directions conseil (APPR, conseillère en soins)

- S'assurer que les outils d'encadrement développés sont cohérents avec les meilleures pratiques et respectent les lois, règlements et normes en vigueur;
- Soutenir les arrimages interdirections, s'il y a lieu;
- Guider les parties prenantes tout au long de la démarche;
- Apporter du soutien lors de situations difficiles et contribuer à l'identification de solutions.

3.13 Service de gestion documentaire

- Effectuer des recommandations en lien avec l'élaboration, l'approbation/adoption, le déploiement des documents soumis et s'assurer de leur respect;
- Vérifier la conformité des gabarits cliniques afin de s'assurer qu'ils soient conformes aux règles de mise en page et autres éléments du présent cadre de référence;
- Apporter du soutien lors de situations difficiles et contribuer à l'identification de solutions;
- Assurer une vigie sur la conformité des documents d'encadrement déposés sur l'Intranet.

4. Types de document d'encadrement et définitions

Afin d'assurer la qualité et la fluidité des différents processus qui ont cours à l'intérieur de l'établissement, il importe d'utiliser une terminologie autorisée au CISSS de la Montérégie-Ouest et dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux. Cette terminologie doit être connue et reconnue par les rédacteurs ainsi que par les utilisateurs et présenter un caractère homogène.

Aide-mémoire clinique

Document synthétisant les étapes ou les procédures à suivre pour accomplir une tâche donnée, afin de ne pas les oublier (Grand dictionnaire OQLF).

L'aide-mémoire est un résumé contenant les éléments essentiels à retenir sur un sujet. Il permet, entre autres, de décrire succinctement les étapes d'une démarche, de résumer ou de regrouper des informations sous la

forme d'un algorithme ou d'une fiche synthèse. Considérant que l'aide-mémoire résume des éléments, ce dernier doit obligatoirement faire référence à la source primaire ainsi qu'à son année de publication.

À noter, l'aide-mémoire ne peut être utilisé pour résumer le contenu d'un autre document d'encadrement adopté au Centre de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest. Si l'intention est de résumer le contenu d'un document d'encadrement CISSS de la Montérégie-Ouest, le résumé devra être présenté en annexe dudit document (se référer au point 5.7 Gestion des annexes, page 19).

Cadre de référence

Un cadre de référence est un ensemble de balises permettant à une organisation de diriger son action dans un ou plusieurs secteurs d'activités reliés à sa mission. Il est constitué de concepts et de définitions afin de convenir d'un langage commun. Il permet de clarifier la vision de l'organisation en matière de pratiques professionnelles et son positionnement à cet égard.

Directive clinique

Les directives cliniques sont définies comme « un plan d'action ou un mode d'action défini ».

La directive découle souvent d'une politique ou d'une procédure. Elle constitue un document d'encadrement à caractère obligatoire émanant d'une autorité administrative ou d'une direction-conseil qui détermine la ligne de conduite à adopter, l'orientation à suivre ou la façon de procéder dans des circonstances particulières.

Les directives cliniques sont des énoncés élaborés systématiquement pour aider les praticiens et les praticiennes de la santé dans la prise de décision en matière de soins de santé.

Formulaire clinique

Un formulaire clinique sert à la consignation de données cliniques et/ou clinico-administratives en lien avec la prestation de soins et services de santé et de services sociaux. Il fait référence à tout type de formulaires, insérés ou non au dossier de l'utilisateur, pour documenter un soin ou un service clinique offert ou qui concerne le profil de l'utilisateur. Il peut prendre la forme d'un document préétabli qui comporte des espaces dans lesquels sont inscrits les renseignements cliniques requis.

Lorsqu'un formulaire est associé à un autre document d'encadrement, celui-ci doit suivre le processus d'adoption prévu pour les formulaires cliniques au présent cadre de référence.

Guide

Document donnant des informations générales et pratiques qui suggèrent les assises, les balises et les étapes à suivre pour un processus donné, par exemple : guide utilisation, d'ajustement, d'implantation, d'élaboration, etc. (CISSS MCQ, 2017).

Selon l'INESSS, un guide de pratique est :

Outil d'aide pour la décision éclairée et partagée entre intervenant et patient, usager ou proche aidant lors de la prestation de soins et de services, constitué de recommandations fondées sur les meilleures données et savoirs disponibles (scientifiques, contextuels et expérientiels). (INESSS, 2017, repéré sur [INESSS Élaboration et adaptation des guides de pratique](#))

Méthode de soins

La méthode de soins englobe les techniques de soins et les procédés de soins. Elle décrit la technique à suivre, le matériel et l'équipement nécessaires ainsi que les gestes à poser pour exécuter l'activité. (OIIQ, 2014, repéré à [OIIQ Règle, méthode, protocole de soins infirmiers et ordonnance collective](#)). Les méthodes de soins peuvent concerner le personnel de soins infirmiers ou d'autres professionnels (ex. : inhalothérapeute). L'utilisation des méthodes de soins informatisées du Centre d'expertise en santé de Sherbrooke (CESS) est à privilégier.

Lorsqu'une technique de soins n'est pas disponible en ligne par le CESS, une méthode de soins peut être élaborée et insérée en ligne sur le site du CESS dans les méthodes d'établissement.

Ordonnance collective

L'ordonnance collective est une prescription donnée par un médecin, ou un groupe de médecins, à un groupe de professionnels de la santé ou des personnes habilitées. Elle permet au professionnel de la santé d'exercer certaines activités réservées ou autorisées à partir de l'évaluation professionnelle, sans avoir à obtenir une ordonnance individuelle du médecin, ni une évaluation médicale préalable. L'ordonnance collective porte sur les médicaments, les traitements, les examens ou les soins à donner à un groupe de personnes ou pour des situations cliniques déterminées. Elle précise les circonstances cliniques et les conditions dans lesquelles ils peuvent être faits ainsi que les contre-indications. (<https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/outils-cliniques/ordonnances-collectives>)

Les ordonnances collectives élaborées au CISSS de la Montérégie-Ouest doivent respecter les balises émises par le Collège des médecins du Québec dans la publication : Ordonnance collective – Guide d'exercice. (<http://www.cmq.org/page/fr/ordonnances-collectives.aspx>)

Ordonnance individuelle pré-imprimée

Prescription donnée par un médecin à une personne habilitée, ayant notamment pour objet les médicaments, les traitements, les examens ou les soins à donner à un patient, les circonstances dans lesquelles ils peuvent l'être de même que les contre-indications possibles (*Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin*, RLRQ, c. M-29, r. 25, art.2, al.1.).

Outre les médecins, les membres de différents ordres professionnels détiennent le droit de prescrire et sont considérés comme prescripteur autorisé. Un prescripteur autorisé peut également avoir recours à une ordonnance individuelle pré-imprimée, et ce, selon son champ d'exercices et ses activités réservées. (<https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/pharmaciens/medicaments/Pages/autres-prescripteur.aspx>)

Les prescriptions élaborées au CISSS de la Montérégie-Ouest doivent respecter les balises émises par le Collège des médecins du Québec dans son guide sur les ordonnances individuelles faites par un médecin. (<http://www.cmq.org/publications-pdf/2016-10-ordonnances-individuelles-faites-par-un-medecin>)

Outil clinique

Le terme outil clinique réfère à tout type de document qui sert à encadrer et soutenir la pratique clinique, pour assurer une prestation de soins et services sécuritaires et de qualité.

Le terme « Outil clinique associé » désigne, pour sa part, toute publication identifiée comme étant complémentaire à la mise en application du document d'encadrement.

Outil clinique standardisé

Outil clinique ayant fait l'objet de recherche et d'une validation rigoureuse de ses qualités métrologiques et qui est utilisé dans un contexte d'évaluation. Il est généralement conçu pour atteindre des objectifs d'évaluation précis.

Ce type d'outil sert généralement à dépister, recueillir des informations rigoureuses sur des aspects précis concernant l'usager ou mesurer l'évolution de certains paramètres de l'état de santé de la personne à des fins précises. Le respect des critères de passation ou de cotation, de même que des balises d'interprétation est requis afin de préserver la validité des résultats issus de l'outil et la pertinence de son utilisation. L'utilisation

de certains outils standardisés, ou leur interprétation, peut être restreintes à certaines professions, certains ordres professionnels, ou nécessiter une formation spécifique préalable.

Politique

Une politique est un cadre général présentant un ensemble de principes à appliquer, qui guide dans la réflexion, les prises de décisions, la gestion des activités et qui détermine les frontières de l'action. Elle définit les responsabilités et les attentes de l'établissement à l'égard de son personnel et de la population. Elle vise à préciser les normes juridiques et cliniques communes à tout le personnel, aux médecins et aux bénévoles et énonce les principes éthiques qui permettront de guider les soins. Chacune des politiques du CISSS de la Montérégie-Ouest concerne un élément important de la mission ou du fonctionnement de l'organisation. (Politique sur les balises pour l'appellation des documents, CRDI Montérégie-Est, 2009.)

Procédure

La procédure est une description des étapes de préparation, de réalisation ou d'évaluation d'une activité, de la détermination de leurs séquences et de leurs modalités d'exécution; elle indique aux membres de l'organisation comment effectuer une activité. Elle donne des directives présentées sous forme d'étapes logiques à suivre. Les procédures de l'établissement découlent habituellement d'une politique ou d'un autre document d'encadrement. (Grand dictionnaire terminologique, Office québécois de la langue française, <http://www.granddictionnaire.com>). La portée d'une procédure est établie selon si celle-ci s'applique à l'ensemble de l'établissement ou à plusieurs directions (procédure d'établissement) ou à un seul service dans l'établissement (procédure de service).

Processus

Un processus est une chaîne d'activités logiquement reliées et produisant un résultat déterminé. C'est un enchaînement ordonné d'activités à valeur ajoutée, déclenché par un événement et aboutissant à un résultat tangible pour la personne qui en bénéficiera. (European Foundation for Quality Management (EFMQ), http://www.qualiteperformance.org/recherche?search_api_views_fulltext=processus)

Le processus décrit, le plus souvent sous forme de schéma, les étapes à réaliser et leur séquence.

Programme

Un programme est un ensemble organisé, cohérent et intégré d'activités et de services réalisés simultanément ou successivement, avec les ressources nécessaires, dans le but d'atteindre des objectifs déterminés, en rapport avec des conditions spécifiques, et cela pour des clientèles ciblées. Il permet de se positionner et d'encadrer des pratiques données et des interventions à appliquer.

Un programme désigne un ensemble de services et d'activités organisé dans le but de répondre aux besoins de la population en matière de santé et de service sociaux ou, encore, aux besoins d'un groupe de personnes qui partagent une problématique commune.

(MSSS, 2004, repéré sur <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-710-01.pdf>)

Règle de soins

La règle de soins est un outil d'encadrement clinico-administratif qui donne des directives claires concernant la prestation de certains soins ou interventions dans l'établissement afin de rendre des services adéquats et efficaces aux usagers. La règle de soins s'applique à l'accomplissement d'activités professionnelles dans un champ professionnel spécifique des professionnels ou non-professionnels susceptibles de les accomplir. Elle détermine des conditions à respecter et donne des directives spécifiques liées à l'accomplissement de l'activité clinique visée. Elle a un caractère obligatoire, puisque les conditions et directives qui y sont énoncées doivent être respectées. La règle de soins peut aussi faire appel à divers outils d'encadrement clinique des soins infirmiers. (Définition adaptée de OIIQ, 2014, afin d'y inclure les autres professionnels susceptibles d'utiliser ce

type d'outil d'encadrement

https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/l_ordre/ordres_regionaux/SLSJNQ/2014/regle-methode-protocole-oc.pdf)

- Règle de soins infirmiers

La règle de soins infirmiers est considérée comme un outil privilégié utilisé pour encadrer certaines situations ou activités de soins infirmiers particulières dans le but d'assurer la qualité des soins infirmiers dans l'établissement de santé. Ces situations ou activités de soins infirmiers peuvent être liées, entre autres, à des décisions prises par l'établissement concernant la distribution des soins infirmiers.

- Règle de soins médicaux

Règle unique, qui concerne la façon de dispenser des soins et pouvant porter sur l'indication de tels soins.

- Règle d'utilisation des médicaments

Une règle d'utilisation des médicaments a pour objectif d'assurer la concordance du processus thérapeutique avec les standards scientifiques reconnus afin d'optimiser l'effet des médicaments. Elle contient minimalement les informations suivantes :

- Professionnels visés, indications (condition clinique, clientèle);
- Contre-indications;
- Directives (incluant la posologie);
- La voie d'administration et la durée de traitement;
- Précautions à prendre;
- Limites;
- Procédures et méthodes à suivre;
- Toute autre information jugée nécessaire dans le milieu, incluant les références scientifiques sur lesquelles elle s'appuie.

Règlement

Le règlement désigne un acte législatif émanant d'une autorité et est toujours commandé en vertu d'une loi. Les règlements, qui ont la même force exécutoire que les lois, stipulent normalement des règles d'application générale, touchant directement les activités de l'organisation, sans viser précisément certaines personnes ou situations particulières. Un règlement peut être appuyé par une politique ou une procédure afin de le rendre opérationnel auprès des personnes concernées. (Balises pour l'appellation des documents, CRDI Montérégie-Est, 2009).

5. Analyse de la demande et élaboration du contenu

5.1 Identification du besoin

5.1.1 Création, harmonisation ou annulation d'un document d'encadrement

Les demandes de création, d'harmonisation ou d'annulation d'un document d'encadrement proviennent de multiples sources à travers le CISSS de la Montérégie-Ouest. Elles peuvent résulter d'une nouvelle loi, d'une directive, d'un règlement provincial ou d'un besoin perçu par la direction, le conseil d'administration d'établissement, un gestionnaire ou un groupe d'intervenants dans un secteur donné. L'origine peut également être liée à un changement sur le plan des pratiques cliniques, de la publication de nouvelles lignes directrices, d'une réorganisation des trajectoires de soins et de services, d'un nouveau besoin clinique émanant de la clientèle, etc.

Afin d'assurer une gestion efficace des demandes, l'autorisation de procéder à la création, l'harmonisation ou l'annulation d'un document d'encadrement doit être entérinée par un

gestionnaire : directeur, directeur adjoint, cadre intermédiaire ou chef de département du CMDPSF. Cette personne est identifiée comme le « gestionnaire demandeur ».

La création d'un document d'encadrement local sous-entend **qu'il n'existe aucun document en provenance du MSSS, d'un comité provincial parrainé par le MSSS ou d'un ordre professionnel pouvant répondre au besoin identifié.**

5.1.2 Révision d'un document d'encadrement

Toute demande de révision d'un document du CISSS de la Montérégie-Ouest déjà en vigueur devra suivre les mêmes processus que pour une demande initiale de création, d'harmonisation ou d'annulation d'un document.

Le délai minimal à respecter avant de pouvoir effectuer une demande de révision d'un outil clinique du CISSS de la Montérégie-Ouest déjà adopté est fixé à 1 an après la date d'adoption dudit outil clinique, à moins d'un changement aux normes, règles ou lois provinciales ou lorsqu'il y a présence d'un enjeu de sécurité des usagers.

5.1.3 Choix du type de document d'encadrement

La demande de création d'un document d'encadrement doit inclure l'identification du/des type(s) de documents d'encadrement à créer. Il pourrait arriver que le demandeur ait de la difficulté à cibler le type de document d'encadrement à créer (ex. : politique vs une procédure, procédure vs processus, etc.). Le point 4 du présent document vise à guider cette décision. Dans les circonstances où une incertitude demeure, le gestionnaire demandeur est invité à communiquer avec les ressources des directions conseil (APPR, conseillère en soins) de leur secteur.

5.2 Analyse et priorisation de la demande

5.2.1 Analyse et priorisation de la demande par le gestionnaire demandeur

Le gestionnaire demandeur est responsable d'analyser les demandes émanant de sa direction (intradirection) et d'évaluer si celle-ci peut impliquer d'autres directions (interdirections). Pour cela, il doit :

- Cerner le besoin (pratiques actuelles, clientèles visées, objectifs poursuivis, retombées, etc.);
- Vérifier s'il existe déjà un outil pour répondre au besoin;
- Procéder à la priorisation de la demande et aux arrimages requis, au besoin.

Les demandes retenues et priorisées par le gestionnaire demandeur doivent être formulées au Comité de coordination des outils cliniques ou au sous-comité de coordination des outils cliniques de la direction concernée (CCOC ou mini-CCOC) selon la portée du document d'encadrement, en respectant la procédure établie au point 5.2.2 du présent document. Pour ce faire, il doit faire une requête Octopus - Outils cliniques Montérégie-Ouest (voir annexe II).

5.2.2 Analyse et priorisation de la demande par un mini-CCOC ou le CCOC

5.2.2.1 Pour les outils concernant une seule direction clinique

Les demandes doivent être acheminées au sous-comité de coordination des outils cliniques (mini-CCOC) de la direction clinique concernée :

- Mini-CCOC Dépendance
- Mini-CCOC DPD
- Mini-CCOC DPJASP
- Mini-CCOC DSHAPPA
- Mini-CCOC DSMREU

- Mini-CCOC DSSADG
- Mini-CCOC Santé mentale

Pour les directions cliniques qui n'ont pas de mini-CCOC, elles doivent acheminer leur demande directement au CCOC (voir point 5.2.2.2).

Le mini-CCOC doit :

- Évaluer la pertinence des demandes concernant les documents d'encadrement cliniques de la direction clinique concernée et les prioriser en tenant compte des divers travaux en cours au niveau de la direction;
- Soutenir le demandeur dans le choix du bon type de document pour répondre au besoin identifié.
- Identifier les parties prenantes requises et les consultations nécessaires;
- Référer la demande au CCOC si le document d'encadrement concerne plus d'une direction clinique (interdirections);
- Assurer le suivi global des travaux en cours sur l'élaboration et le respect des échéances par la tenue d'un tableau de bord;
- Aviser le gestionnaire demandeur de la priorisation ou non de sa demande.

5.2.2.2 Pour les outils à portée transversale ou concernant plus d'une direction clinique

Les demandes doivent être acheminées au CCOC via Octopus

Le CCOC doit :

- Évaluer la pertinence des demandes concernant les documents d'encadrement cliniques touchant plusieurs directions et/ou à portée transversale et les prioriser en tenant compte des divers travaux en cours au niveau organisationnel;
- Soutenir le demandeur dans le choix du bon type de document pour répondre au besoin identifié;
- Identifier les parties prenantes requises et les consultations nécessaires;
- Référer la demande au mini-CCOC si l'outil concerne une seule direction clinique;
- Assurer le suivi des travaux de la direction et respecter les échéances par la tenue d'un tableau de bord;
- Aviser le gestionnaire demandeur de la priorisation ou non de sa demande.

5.3 Élaboration du contenu

L'élaboration du contenu d'un document d'encadrement doit reposer sur les meilleures pratiques cliniques. De plus, il est nécessaire de respecter les lois et les règlements en vigueur au Québec.

Le contenu doit être rédigé simplement. Il est possible de résumer le contenu sous la forme d'un algorithme ou d'une fiche synthèse qui doit être présenté(e) en annexe de l'outil.

Toute élaboration d'un document d'encadrement doit respecter :

- L'utilisation du gabarit, selon le type de document, en vigueur (voir la section « Gabarits des documents d'encadrement » de la page [Cadre de référence sur la gestion des documents d'encadrement – Gabarits](#));
- Lois, règlements et normes en vigueur;
- L'utilisation des acronymes approuvés du CISSS (Annexe A);
- Les règles de gestion des ordonnances pharmaceutiques du CISSS de la Montérégie-Ouest;

- La mention « Document de travail » doit être insérée en filigrane et y demeurer jusqu'à l'adoption finale;
- Pour les formulaires cliniques seulement, les règles de mise en page des formulaires cliniques du CISSS de la Montérégie-Ouest (Annexe III).

Le gestionnaire demandeur doit identifier une personne-ressource, ou plus, pour élaborer le contenu. Il peut aussi constituer un comité de travail.

Les outils cliniques doivent respecter le champ d'exercices des professionnels et les activités autorisées aux non-professionnels. Les outils cliniques doivent avoir un contenu basé sur des résultats probants et les meilleures pratiques. Il est à noter qu'au minimum deux références scientifiques et/ou autres sources reconnues sont exigées et la liste des références doit apparaître dans le document (sauf pour les formulaires cliniques).

Le CCOC ou le mini-CCOC assignera une ou des ressources-conseil afin de :

- Soutenir la recherche de documents existants, de lignes directrices ou de résultats probants les plus récents;
- Soutenir le demandeur dans l'utilisation des gabarits, au besoin;
- Valider le contenu du document d'encadrement;
- Apporter du soutien pour réaliser les consultations et les démarches d'approbation/adoption.

5.4 Mise en page générale

Des gabarits correspondant à chaque type de document d'encadrement sont disponibles et sont accompagnés d'un guide de rédaction. Ces gabarits incluent d'emblée les différentes sections requises et les règles de rédaction et de mise en page en vigueur.

Important

Les gabarits des différents types de documents d'encadrement sont disponibles dans l'Intranet : [Cadre de référence sur la gestion des documents d'encadrement - Gabarits...](#)

Il est à noter que des mises à jour de ces gabarits sont faites régulièrement. C'est pourquoi il ne faut pas les enregistrer sur les postes de travail, mais plutôt utiliser les gabarits disponibles dans l'Intranet pour la rédaction de chaque nouveau document.

Le gestionnaire demandeur doit faire valider la conformité du document au programme d'identification visuelle par une agente administrative de son secteur qui connaît les règles entourant l'application du PIV. Au besoin, il peut se référer aux consignes d'utilisation du gabarit, à « ma boîte à outils » sur le PIV sur l'Intranet, à une agente d'information ou une personne-ressource du Service des communications.

De façon générale, le gestionnaire demandeur valide le contenu et la présentation du document afin de détecter toute incohérence, incongruité ou élément pouvant entraver la façon dont le document est compris ou complété.

Une fois ces étapes franchies, le document est réputé conforme et peut être soumis pour consultation, puis approbation/adoption.

5.5 Mise en page des outils cliniques régionaux ou issus de partenariats

Certains outils cliniques sont nécessaires pour assurer la coordination des services entre plusieurs établissements ou organismes. Dans ces situations, les parties concernées s'entendent sur le contenu et la

présentation de l'outil. Dans ces cas, les règles de mise en page peuvent être assouplies pour rencontrer, dans la mesure du possible, les besoins et normes des différents partenaires impliqués.

Toute demande d'utilisation de ce type d'outils cliniques doit être acheminée au CCOC.

5.6 Identification des références

Les références contenues dans un document d'encadrement doivent respecter les normes APA (American Psychological Association) pour les publications et écrits scientifiques.

Consulter l'Annexe VI – Méthodologie de présentation des références pour documenter les références utilisées pour la rédaction du contenu du document d'encadrement.

5.7 Gestion des annexes

L'annexe peut être utilisée comme contenu complémentaire d'un document ou pour résumer le contenu d'un document sous la forme d'un algorithme ou d'une fiche synthèse.

Le choix du type d'annexe demeure complexe et peut nécessiter une consultation auprès du CCOC, des mini-CCOC et/ou de la gestion documentaire.

Il existe deux types d'annexes :

- Annexes de type A, B, C :
 - Les annexes comportant des informations complémentaires au document d'encadrement sont identifiées au moyen d'une lettre (ex. : ANNEXES A, B, C). Elles sont paginées avec le document d'encadrement et font partie intégrante de ce dernier.
 - Si l'annexe vise à présenter le modèle d'un formulaire (ex. : AH-223) ou d'un autre document, le terme « MODÈLE » doit être inséré sur le document. L'insertion doit être dans le coin supérieur droit, en caractère (police) Arial, en majuscule, en taille 12 points.
- Annexes de type I, II, III :
 - Les annexes utilisées séparément du document d'encadrement (ex. : registre, résumé du document, arbre décisionnel, etc.), mais utilisées exclusivement en lien avec le document d'encadrement, sont identifiées au moyen d'un chiffre romain (ex. : ANNEXES I, II, III). Elles ne sont pas paginées avec le document d'encadrement et ne font pas partie de ce dernier. Les annexes identifiées au moyen d'un chiffre romain permettent de faciliter une utilisation individuelle tout en gardant un lien direct avec le document d'encadrement.
 - Les annexes de type « I, II, III » sont identifiées, dans le coin supérieur droit, par le numéro du document auquel elles se rattachent et du terme « ANNEXE » suivi du chiffre romain correspondant. Le tout doit être en caractère (police) Arial, en majuscule, en taille 11 points.

Les balises à respecter concernant tout type d'annexes sont les suivantes :

- Les annexes doivent être situées après les sections « Historique du document », soit à la toute fin du document d'encadrement.
- Il doit y avoir une mention de chaque annexe dans le texte du document.

À NOTER

Un document d'encadrement de type « aide-mémoire » ou « formulaire clinique » ne peuvent contenir d'annexe.

À NOTER

Aucun document d'encadrement ne peut être mis en annexe d'un autre document d'encadrement, car chaque document d'encadrement a sa propre numérotation.

6. Consultation et approbation/ adoption

Selon le contenu de l'outil, diverses consultations doivent avoir lieu (autres directions, experts techniques, experts cliniques, etc.). Il est important d'obtenir le plus large consensus possible en consultant toutes les parties prenantes impliquées. À cette étape, il est important de s'assurer que l'outil soit clair et d'identifier les arrimages nécessaires pour sa mise en application.

Le processus final approbation/adoption d'un document d'encadrement est la démarche conduisant à l'entrée en vigueur du document par décision administrative ou par recommandation officielle des instances d'adoption. Ainsi, une fois le document rédigé dans sa version finale, il doit être envoyé en consultation et adopté/approuvé. Pour ce faire, lorsque la rédaction est terminée, le document et les propositions concernant sa mise en œuvre sont transmis au gestionnaire demandeur. C'est ce dernier qui entreprend les démarches en vue de solliciter les instances de consultation requise et, par la suite, l'approbation/adoption du document par la/les instance(s) appropriée(s) (voir Tableau 1 ci-après).

IMPORTANT: Lorsque l'élaboration de plusieurs documents d'encadrement interreliés est terminée, chacun d'entre eux doit suivre le processus de consultation et d'approbation/adoption qui lui est propre (ex. : formulaire clinique associé à une procédure).

6.1 Instances de consultation, recommandation, approbation et adoption

- Direction(s) concernée(s) : adopte les documents relatifs au fonctionnement d'un secteur, d'un processus interne, administratif ou clinique.
- Service des affaires juridiques : instance consultative pour tout document d'encadrement en lien avec le consentement aux soins, tout formulaire d'engagement et d'autorisation signé par les usagers et tout autre document d'encadrement au besoin.
- Comité de concertation des directeurs adjoints : recommande au comité de direction tout document d'encadrement qui concerne une ou plusieurs.
- Comité de direction : adopte tout document d'encadrement qui concerne une ou plusieurs directions ou recommande le cheminement du document d'encadrement vers le comité exécutif de gouvernance.
- Comité exécutif de gouvernance (CEG) : recommande au président-directeur général l'adoption de tout document d'encadrement découlant d'une loi, d'un règlement, d'une obligation ministérielle ou ayant un impact sur la gouvernance de l'établissement.
- Président-directeur général (PDG) : adopte tout document d'encadrement découlant d'une loi, d'un règlement, d'une obligation ministérielle ou ayant un impact sur la gouvernance de l'établissement. Les documents transmis au PDG pour adoption sont recommandés préalablement par le comité de direction, puis par le CEG.

En conformité avec le *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements (ROAE, art. 6)*, le processus de consultation, de recommandation, d'approbation et d'adoption doit, le cas échéant, être soutenu par les conseils consultatifs : CMDPSF, CII, CM lorsque cela est applicable.

- CII : instance consultative pour les documents d'encadrement qui concernent la profession infirmière.
- CM : instance consultative pour les documents d'encadrement qui concernent les professions autres que médecins, dentistes, pharmaciens et infirmières.
- CMDPSF : recommande et approuve les documents d'encadrement qui concernent les actes des médecins, dentistes et pharmaciens
- Comité de pharmacologie du CMDPSF : recommande au CMDPSF les documents d'encadrement relatif à la pharmacologie et aux médicaments.

Le tableau ci-après (Tableau 1) présente les instances de consultation recommandées ainsi que les instances d'approbation/adoption obligatoires. Il est à noter que les délais d'acheminement des documents, pour un dépôt à des fins d'approbation/adoption, devront être respectés selon les règles de fonctionnement de régie interne propre à chaque instance d'approbation/adoption. Il est recommandé de consulter les calendriers publiés par chaque instance d'approbation/adoption.

Tableau 1 : Partage des responsabilités consultation, recommandation, approbation et adoption

Type	Instance(s) de consultation (en ordre chronologique)	Instance(s) recommandation/ approbation/ adoption (en ordre chronologique)
Aide-mémoire clinique	• Directions touchées/impliquées • Pharmaciens¹ • Chefs médicaux²	• Comité de pharmacologie¹ • Exécutif du CMDPSF² Si concerne une seule direction : • Direction émettrice Si concerne plus d'une direction : • Direction volet conseil qui correspond au professionnel touché (DSMREU ou DSIEU)
Cadre de référence	• Directions touchées/impliquées • Services des affaires juridiques³	• Comité de pharmacologie¹ • Exécutif du CMDPSF² • Comité de concertation des directeurs adjoints • Comité de direction • Comités exécutif de gouvernance • Président-directeur général
Directive	• Directions touchées/impliquées • Pharmaciens¹ • Chefs médicaux²	• Comité de pharmacologie¹ • Exécutif du CMDPSF² Si concerne une seule direction : • Direction émettrice Si concerne deux directions : • Directions émettrices Si concerne trois directions et plus : • Comité de concertation des directeurs adjoints • Comité de direction
Formulaire clinique	• Directions touchées/impliquées • Pharmaciens¹ • Chefs médicaux² • Services des affaires juridiques³	• Comité de pharmacologie¹ • Exécutif du CMDPSF² • Archiviste médicale responsable des formulaires cliniques
Guide	• Directions touchées/impliquées • Pharmaciens¹ • Chefs médicaux² • CM	• Comité de pharmacologie¹ • Exécutif du CMDPSF² Si concerne une seule direction : • Direction émettrice Si concerne deux directions : • Directions émettrices Si concerne trois directions et plus : • Comité de concertation des directeurs adjoints • Comité de direction
Méthode de soins	Sans objet, ce document d'encadrement est publié par le <i>Centre d'expertise en santé de Sherbrooke (CESS)</i>	

Type	Instance(s) de consultation (en ordre chronologique)	Instance(s) recommandation/ approbation/ adoption (en ordre chronologique)
Ordonnance individuelle pré-imprimée Ordonnance collective	• Directions touchées/impliquées • Pharmaciens¹ • Chefs médicaux²	• Comité de pharmacologie¹ • Exécutif du CMDPSF² • Consulter la procédure administrative « Élaboration et approbation des outils cliniques – Trajectoire liée à la partie médicale et pharmacologique » (Annexe I)
Politique clinique	• Directions touchées/impliquées • Services des affaires juridiques³	• Comité de pharmacologie¹ • Exécutif du CMDPSF² • Comité de concertation des directeurs adjoints • Comité de direction • Comités exécutif de gouvernance • Président-directeur général
Procédure clinique	• Directions touchées/impliquées • Pharmaciens¹ • Chefs médicaux²	• Comité de pharmacologie¹ • Exécutif du CMDPSF² Si concerne une seule direction : • Direction émettrice Si concerne deux directions : • Directions émettrices Si concerne trois directions et plus : • Comité de concertation des directeurs adjoints • Comité de direction
Processus clinique	• Directions touchées/impliquées • Pharmaciens¹ • Chefs médicaux²	• Comité de pharmacologie¹ • Exécutif du CMDPSF² Si concerne une seule direction : • Direction émettrice Si concerne deux directions : • Directions émettrices Si concerne trois directions et plus : • Comité de concertation des directeurs adjoints • Comité de direction
Programme	• Directions touchées/impliquées • CM	Si concerne une seule direction : • Direction émettrice Si concerne deux directions : • Directions émettrices Si concerne trois directions et plus : • Comité de concertation des directeurs adjoints • Comité de direction
Règle de soins	• Directions touchées/impliquées • CII • CM	• Direction volet conseil qui correspond au professionnel touché (DSMREU ou DSIEU)
Règle d'utilisation des médicaments	• Directions touchées/impliquées	• Comité de pharmacologie • Exécutif du CMDPSF

Type	Instance(s) de consultation (en ordre chronologique)	Instance(s) recommandation/ approbation/ adoption (en ordre chronologique)
Règlement	• Directions touchées/impliquées • Pharmaciens¹ • Chefs médicaux² • Services des affaires juridiques³	• Comité de pharmacologie¹ • Exécutif du CMDPSF² • Comité de concertation des directeurs adjoints • Comité de direction • Comités exécutif de gouvernance • Président-directeur général

¹ Si le document fait référence ou concerne un médicament.

² Si le document concerne les actes des médecins, dentistes et pharmaciens.

³ Si le document concerne le consentement aux soins, les engagements ou les autorisations signées par les usagers

⁴ À la discrétion des directions touchées/impliquées ou si le document à une portée transversale

Les instances d'approbation/adoption peuvent émettre quatre niveaux de décision :

Approbation/adoption tel quel :	Le document est approuvé et peut être diffusé.
Approbation/adoption avec modifications mineures :	Le document est approuvé sous condition que les modifications mentionnées soient effectuées. Note : Pour les formulaires cliniques, la version finale corrigée doit être validée par l'archiviste médicale responsable des formulaires.
Non approuvé avec modifications majeures :	Le document n'est pas approuvé, car il y a des modifications majeures. Les modifications doivent être effectuées et le document soumis à nouveau à l'instance d'adoption.
Refus approbation/adoption:	Le document n'est pas approuvé et les motifs sont expliqués par l'instance (document déjà existant, harmonisation nécessaire, il ne répond pas aux lois et aux règlements en vigueur, etc.).

6.2 Liste des personnes ayant collaboré à la rédaction et au processus de consultation

Une fois le processus d'élaboration et de consultation complété, la direction responsable du document doit compléter la section prévue à cette fin dans chaque document d'encadrement.

Exemple :

Processus d'élaboration/Révision		
Rédigé par	Inscrire les prénom, nom et titre	AAAA-MM-JJ
Révisé par	Inscrire les prénom, nom et titre	AAAA-MM-JJ
Personnes consultées	Inscrire les prénom, nom et titre	AAAA-MM-JJ
	Inscrire les prénom, nom et titre	AAAA-MM-JJ
	Inscrire les prénom, nom et titre	AAAA-MM-JJ
	Inscrire les prénom, nom et titre	AAAA-MM-JJ

6.3 Confirmation de l'approbation/adoption d'un document

Une fois le processus d'approbation/adoption complété, la direction responsable du document doit compléter la section prévue à cette fin dans chaque document d'encadrement.

Exemple :

Historique du document		
Approuvé par	Inscrire le prénom, nom et titre Le Comité de coordination clinique	AAAA-MM-JJ
Approuvé par	Inscrire le prénom, nom et titre Le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	AAAA-MM-JJ
Approuvé par	Inscrire le prénom, nom et titre Le Comité de pharmacologie du CMDP	AAAA-MM-JJ
Commentaires	Inscrire vos commentaires	

6.4 Confirmation de l'approbation/adoption d'une révision d'un document

Lors d'une révision, il est important de conserver l'historique précédent du document. Il est suggéré de modifier le tableau « Historique du document » pour conserver les noms et les dates antérieurs. Nous recommandons également de modifier le titre du processus de recommandation pour « Processus de recommandation de la révision du document » afin d'y écrire les noms des nouvelles parties prenantes et les dates de la révision et d'ajouter un tableau « Approbation de la révision du document ». Il s'agit d'une suggestion et cette dernière pourrait être adaptée en fonction du type de document. Ce qui importe est de conserver l'historique complet des personnes ayant participé à l'élaboration initiale et à la révision du document, et ce, de façon chronologique.

Exemple :

Historique du document		
Recommandé par	Inscrire les prénom, nom et titre	AAAA-MM-JJ
Approuvé par	Inscrire les prénom, nom et titre	AAAA-MM-JJ
Révisions recommandées par	Inscrire les prénom, nom et titre	AAAA-MM-JJ
Révisions approuvées par	Inscrire les prénom, nom et titre	AAAA-MM-JJ

Processus de recommandation de la révision du document		
Recommandé par	Inscrire les prénom, nom et titre	AAAA-MM-JJ

Approbation de la révision du document		
Approuvée par	Inscrire les prénom, nom et titre	AAAA-MM-JJ

7. Traduction d'un document d'encadrement en anglais

Après l'approbation/adoption d'un document d'encadrement destiné à être utilisé par les usagers, une demande de traduction peut être soumise à l'agent de soutien au Programme d'accès en langue anglaise du CISSS de la Montérégie-Ouest, Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques : traduction.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca

À noter que, lors de la traduction d'un formulaire clinique, l'en-tête et le bas de page n'ont pas à être traduits, ils demeurent en français (sauf le titre).

8. Formulaires cliniques provisoires

Tout gestionnaire souhaitant utiliser un formulaire clinique sur une base provisoire pourra le faire pourvu qu'il complète toutes les étapes prévues au point 5 du présent cadre de référence. Cependant, le formulaire clinique provisoire ne pourra être traduit en anglais avant que la version finale ne soit établie.

Un délai maximal de trois mois peut être autorisé avant de soumettre la version finale du formulaire au CCOC ou au mini-CCOC. Durant cette période maximale de trois mois, les professionnels peuvent utiliser le formulaire pour documenter leurs activités cliniques et celui-ci sera déposé au dossier des usagers. La mention « provisoire » est inscrite immédiatement après le numéro de formulaire.

Cette pratique devrait constituer une situation d'exception et être utilisée avec parcimonie.

Cette disposition n'est pas possible pour tous les formulaires faisant référence à un médicament dans lequel cas, le formulaire clinique doit absolument avoir été adopté en version finale avant son utilisation.

9. Documents d'encadrement utilisés ou diffusés sans approbation/adoption

9.1 Formulaires cliniques utilisés sans approbation/adoption préalable

Tout formulaire clinique utilisé dans l'établissement sans avoir été approuvé, au préalable, sera retourné aux professionnels ou aux équipes cliniques pour retranscription des informations sur un formulaire approuvé. Le gestionnaire responsable du secteur sera également avisé de la situation.

9.2 Documents d'encadrement diffusés et/ou utilisés sans approbation/adoption préalable

À moins de circonstances exceptionnelles mettant en péril la santé et la sécurité des usagers, tout document d'encadrement diffusé ou utilisé sans avoir respecté le processus d'approbation/adoption prévu au présent cadre de référence verra son utilisation annulée et sa diffusion cessée. Un membre du CCOC ou d'un des mini-CCOC avisera la/les directions(s) émettrice(s) de l'enjeu afin que la situation soit corrigée dans les meilleurs délais.

10. Numérotation des documents d'encadrement

10.1 Attribution d'un numéro unique

Chaque document d'encadrement adopté/approuvé par les instances prévues au présent cadre de référence doit porter un code alphanumérique d'identification unique. Aucun document d'encadrement qui n'est pas encore adopté/approuvé, à l'exception des OIPI et des OC pour lesquelles le CMDPSF exige une numérotation avant approbation/adoption, ne devrait être numéroté et mis en circulation.

Le code alphanumérique d'identification du document d'encadrement est composé de trois (3) parties, les deux (2) premières étant obligatoires et la troisième optionnelle. Chacune des parties du code sera séparée par un tiret.

La première partie du code alphanumérique identifie le type du document (obligatoire) et, si requis, inclut l'acronyme d'une direction ou la mention « CISSMO ».

La deuxième partie représente un numéro séquentiel propre au CISSS de la Montérégie-Ouest et unique à chaque document (obligatoire).

- Les documents élaborés et approuvés par le CISSS de la Montérégie-Ouest seront numérotés à l'aide d'une séquence numérique et devront contenir de 3 à 5 chiffres.
Ex. : le document *Cadre de référence sur la gestion des documents d'encadrement* portera le numéro CDR-10000.

La troisième partie sert à identifier une annexe en utilisant le format ANNEXE XX (XX indiquant le numéro de l'annexe).

- Si nécessaire, cette partie permet une distinction des documents rattachés à un même document d'encadrement. Ainsi, une série de documents sera automatiquement réunie par son numéro séquentiel.
Ex. : le document *Politique - Dotation des personnes salariées* portera le numéro : POL-10001, alors que les annexes qui en découlent porteront les numéros suivants : POL-10001-ANNEXE I

Les responsables de la numérotation s'occupent également de la conservation de toutes les versions Word et PDF des versions actuelles et antérieures des documents. Ils doivent également faire les mises à jour dans leur inventaire respectif et informer les services concernés. Pour les formulaires cliniques, l'archiviste médicale responsable s'occupe également de faire les mises à jour dans l'inventaire officiel du CISSS de la Montérégie-Ouest et d'informer les services d'archives médicales des installations concernées.

Voir Annexe IV pour la liste des responsables.

Tableau 2 : Gestion des codes d'identification des documents d'encadrement

Type	Nomenclature	Numérotation gérée par
Aide-mémoire clinique (si concerne une seule direction)	AMC-Acronyme de la direction-10000	Direction émettrice
Aide-mémoire clinique (si concerne plus d'une seule direction)	AMC-CISSMO-10000	DSIEU ou DSMREU
Cadre de référence	CDR-10000	Service de gestion documentaire
Directive	DIR-10000	Service de gestion documentaire
Formulaire clinique	CLI-60000	Archiviste médicale responsable des formulaires
Guide	GUI-10000	DSMREU
Méthode de soins	Sans objet : Étant donné que ce document d'encadrement est publié par le Centre d'expertise en santé de Sherbrooke (CESS)	
Ordonnance collective	OC-6000	DSIEU
Ordonnance individuelle pré-imprimée	OIPI-XXX	Département de pharmacie
Politique	POL-10000	Service de gestion documentaire
Procédure (si concerne une seule direction)	PRO-Acronyme de la direction-10000	Direction émettrice
Procédure (si concerne plus d'une seule direction)	PRO-10000	Service de gestion documentaire

Type	Nomenclature	Numérotation gérée par
Processus (si concerne une seule direction)	PRC- Acronyme de la direction-10000	Direction émettrice
Processus (si concerne plus d'une seule direction)	PRC-CISSMO-10000	DSIEU ou DSMREU
Programme	PRG-10000	DSMREU
Règle de soins	RSI-6000	DSIEU
Règlement	REG-10000	Service de gestion documentaire

10.2 Nomenclature de sauvegarde des fichiers

Les fichiers des documents adoptés/approuvés doivent tous être enregistrés selon la nomenclature suivante :

- Code alphanumérique du document_Titre du document_Date adoption/révision (AAAA-MM)
Ex. : REG-10001_Règlement sur l'administration des médicaments_2017-03

Particularités pour les formulaires cliniques :

- La lettre « A » doit être insérée directement après le code alphanumérique pour différencier la version en anglais. Lors de l'enregistrement du document, il est à noter que le titre doit demeurer en français.
Ex. : CLI-11111A_Titre (2021-xx)
- Les lettres « NCR » doivent être insérées directement après le code alphanumérique pour indiquer qu'il s'agit d'un formulaire du CISSS de la Montérégie-Ouest en plusieurs copies (ex. : Copie blanche : Dossier de l'utilisateur; Copie jaune : Médecin traitant).
Ex. : CLI-11111NCR_Titre (2021-xx)

10.3 Registre des documents d'encadrement approuvés

Afin de pouvoir faire le suivi des numéros séquentiels uniques à chaque document, les directions ou services identifiés comme étant responsables de la gestion des numéros d'identification unique dans le Tableau 2, doivent tenir un registre des documents d'encadrement approuvés. Celui-ci doit contenir, au minimum, les éléments d'information suivants :

- Direction responsable;
- Numéro d'identification unique du document;
- Date d'approbation/adoption du document;
- Type de document;
- Titre du document;
- Emplacement de sauvegarde de la version finale du document approuvé.

11. Diffusion et conservation

Lorsque le document d'encadrement adopté/approuvé est numéroté, il peut être diffusé. Le gestionnaire demandeur, ou autre personne de la direction responsable, est chargé d'établir les modalités de diffusion. Il est responsable de coordonner les étapes de mise en œuvre et de procéder à la diffusion du document d'encadrement aux personnes concernées. Il doit notamment prévoir les modalités d'information sur l'existence, la raison d'être et le contenu du document. Il se doit aussi d'organiser le soutien nécessaire à son appropriation et à son utilisation, dont la formation des destinataires le cas échéant. La direction responsable, en collaboration avec les directions-conseils ciblées et le Service des communications de la DRHDOAJ, doit faire annuler les documents antérieurs devenus obsolètes.

11.1 Diffusion des documents d'encadrement

Les documents d'encadrement adoptés/approuvés doivent être diffusés officiellement dans des lieux de dépôt uniques et accessibles à tous les employés. L'Intranet du CISSSMO est le lieu de dépôt privilégié pour les documents approuvés pour le CISSS de la Montérégie-Ouest. Les procédures de dépôt des documents d'encadrement sur l'Intranet sont déterminées par le service des communications et diffusées aux contributeurs Intranet de chaque direction. Se référer au [Guide d'édition Intranet – Éditeurs et contributeurs](#).

Tout dépôt d'un document d'encadrement sur l'Intranet doit être accompagné d'une note de service (voir annexe V pour un exemple) dans le but de préciser :

- Le contexte ayant mené à l'introduction/révision du document;
- La date d'entrée en vigueur;
- Les programmes/clientèles visées par le document;
- Les modalités prévues en lien avec la gestion du changement associée au document (ex. : formation du personnel, etc.);
- Les documents associés, s'il y a lieu;
- Les outils cliniques antérieurs annulés ou remplacés et le traitement qui doit en être fait;
- Toute autre particularité liée à l'utilisation du document.

Pour les formulaires cliniques seulement :

- La précision à savoir si le formulaire se complète sous format électronique, s'il y a lieu;
- Le processus pour se procurer le formulaire (modalités d'approvisionnement).

Le Service des communications demeure en soutien pour élaborer les meilleures stratégies de diffusion avec le gestionnaire demandeur.

11.2 Gestion des versions antérieures des documents d'encadrement

Le gestionnaire demandeur est responsable d'identifier les versions devenues obsolètes lorsque le nouveau document remplace des versions existantes. Pour identifier les documents à remplacer, le gestionnaire peut collaborer avec une ressource des directions conseil (APPR, conseillère en soins), le CCOC ou un mini-CCOC.

Pour faire retirer les documents des anciens Intranet (consulter la section « *Nos applications et liens Web* » de l'Intranet), une demande par courriel doit être effectuée au Service des communications, à l'adresse courriel "communications.ciassmo16@ssss.gouv.qc.ca", qui se chargera d'envoyer l'information aux personnes concernées responsables des anciennes plateformes. Cela doit être fait au même moment du dépôt du document, en précisant le titre du document à retirer et dans quel ancien Intranet il se trouve.

11.3 Processus d'approvisionnement des documents d'encadrement (si applicable)

Le gestionnaire demandeur est responsable d'établir le processus d'approvisionnement du document d'encadrement, en collaboration avec :

- Le CCOC ou le mini-CCOC et le conseiller cadre pour les outils cliniques;
- Le service des approvisionnements et des achats.

Ce processus est sous la responsabilité du Service des approvisionnements et des achats. Pour effectuer une demande, la *Demande de reprographie* de l'annexe VII doit être dûment complétée selon les modalités en vigueur.

11.4 Conservation des documents d'encadrement

Les documents d'encadrement approuvés et mis en vigueur doivent être conservés (incluant toutes les versions adoptées d'un même document), en version électronique, selon les modalités prévues au calendrier de conservation du CISSS de la Montérégie-Ouest approuvé par la Bibliothèque et Archives nationales du Québec (BAnQ). Le calendrier de règles de conservation des documents du CISSS de la Montérégie-Ouest est disponible sur l'Intranet dans la section *Règle et règlement*.

12. Processus d'élaboration et d'approbation/adoption en résumé

Une trajectoire illustrant les différentes étapes et instances est présentée à l'Annexe B.

1. Identification du besoin
2. Analyse et priorisation
3. Élaboration du contenu
4. Consultation
5. Approbation/adoption
6. Numérotation et conservation
7. Diffusion

13. Liste des annexes

ANNEXE A	: Acronymes approuvés du CISSS de la Montérégie-Ouest
ANNEXE B	: Trajectoire illustrant la gestion des documents d'encadrement
ANNEXE I	: Élaboration et approbation outils cliniques - Trajectoire médicale pharmacologique
ANNEXE II	: Demande de création, révision, annulation ou harmonisation d'un outil clinique
ANNEXE III	: Règles de mise en page des formulaires cliniques du CISSMO
ANNEXE IV	: Responsables de la numérotation des documents
ANNEXE V	: Gabarit note de service diffusion formulaire clinique
ANNEXE VI	: Méthodologie de présentation des références
ANNEXE VII	: Demande de reprographie

14. Références

Beauchamp, S., Duplantie, J.-P. (2012). *Vers une méthode d'élaboration des guides de pratique dans le secteur des services sociaux – Position du Comité sur les guides de pratique en services sociaux de l'INESSS*. Québec : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest, CMDP. (2017). *Règles de gestion des ordonnances pharmaceutiques*. Châteauguay: CISSS Montérégie-Ouest

Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de la Montérégie-Est. (2009). *Politique sur les balises pour l'appellation des documents*. St-Hubert : CRDI Montérégie-Est.

Centre de santé et de services sociaux Jardins-Roussillon, service de gestion documentaire. (En vigueur 2011-05-00). *Cadre de référence sur la rédaction et la gestion des règlements, politiques, procédures, directives et procédés internes et guide des étapes d'élaboration et dépôt des politiques et procédures*, (Cadre de référence version 2.0). Châteauguay : CSSS Jardins-Roussillon.

Fédération québécoise des Centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement. (2012). *Guide de pratique - Lexique*. Montréal, Québec : Fédération québécoise des CRDITED.

Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, RLRQ, c. O-7.2.

Loi sur l'accès aux documents publics et sur la protection des renseignements personnels, RLRQ, c. A-2.1.

Loi sur les archives, RLRQ, c. A-21.1.

Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ, c. S-4.2.

Office québécois de la langue française. (2012). Le grand dictionnaire terminologique (GDT). Repéré à <http://www.granddictionnaire.com>.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2014). Règle, méthode, protocole de soins infirmiers et ordonnance collective : des outils précieux et complémentaires. Repéré à https://www.oiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/l_ordre/ordres_regionaux/SLSJNQ/2014/regle-methode-protocole-oc.pdf.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2020). Circulaire 2014-022. Normes et pratiques de gestion.

Historique

Processus d'élaboration		
Rédigé par	Philippe Besombes, Directeur des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire (DSIEU)	2017-2018
	Chantal Careau, directrice adjointe des soins infirmiers à la qualité et l'évolution de la pratique (DSIEU)	
	Marie-Hélène Faille, conseillère cadre au développement des outils cliniques (DSIEU)	
	Christelle Robert, conseillère cadre au développement des outils cliniques (DSIEU)	
	Hélène Jean-Baptiste, coordonnatrice service accueil et informations cliniques (DPSCS)	
	Mélanie Caron, chef de département de pharmacie (DSPEM)	
	Patrice Amyot, conseillère cadre à l'innovation et développement des outils cliniques (DSMREU)	
	Isabelle Francis, archiviste médicale (DSPEM)	
Personnes consultées	Geneviève Boileau, chef du service des communications internes et externes (DRHCAJ)	2018
	Jennifer Mascitto, chef de service - développement et évolution des pratiques (DSMREU)	
	Mariana Contasel, archiviste médicale (DSPEM)	
	Marie-France Castonguay, agente administrative (DSMREU)	
	Maud Carrier, chef de la coordination des activités cliniques (DSIEU)	
	Nadège Henry, technicienne en administration (DSPEM)	
	Roxanne Héroux, conseillère cadre à l'innovation et développement des outils cliniques (DSMREU)	
	Sylvie Girard, technicienne en documentation (DSPEM)	
	Sylvie Brais, technicienne en administration (DG)	

Historique du document		
Approuvé par	Yves Masse, président-directeur général Comité de direction	2018-07-10

Processus de la révision		
Rédigé par	Annik Jobin, conseillère cadre à l'innovation et développement des outils cliniques (DSMREU)	2023-01-11
	Christelle Robert, conseillère cadre au développement des outils cliniques (DSIEU)	2023-01-11
	Claire Viau, agente administrative (DSIEU)	2023-01-11
	Hélène Jean-Baptiste, coordonnatrice service accueil et informations cliniques (DPSCS)	2023-01-11
	Maude Lefebvre, archiviste médicale (DPSCS)	2023-01-11
	Valérie Morin, technicienne en documentation (DPSCS)	2023-01-11

Personnes consultées	Sandra Chapados, chef de département de pharmacie (CMDP)	2021 / 2022
	Marie-Ève Bernard, adjointe au président-directeur général	
	Annie Poirier, adjointe au président-directeur général	
	Sophie Goneau, chef adjointe aux affaires professionnelles département de pharmacie (DSPEM)	
	Amélie Roy, conseillère en soins infirmiers -Volet dépendance et clientèle DPD- foyer de groupe en déficience physique de Longueuil (DSIEU)	
	Andreia Mendes, conseillère en soins infirmiers (DSIEU)	
	Pascale Maillette, agente planification, programmation et recherche (DSMREU)	
	Julie Vendette, agente planification, programmation et recherche (DSMREU)	
	Henrik Maeng, agent planification, programmation et recherche (DSMREU)	
	Céleste Côté, agente planification, programmation et recherche (DSMREU)	
	Valérie Émond, agente planification, programmation et recherche (DSMREU)	
	Patricia Rousseau, agente planification, programmation et recherche (DSMREU)	
	Audrey Galipeau, agente planification, programmation et recherche (DSMREU)	
	Sophie Lévesque, agente planification, programmation et recherche (DSMREU)	
	Émilie Vézina-Poirier, Technicienne en administration (DPSMD)	
	Manon Lacroix, consultante à la DPJASP	
	Mini-CCOC DPSMD santé mentale	
	Mini-CCOC DPSMD dépendance	
	Mini-CCOC DPSAPA (DSHAPPA/DSSADG)	
	Mini-CCOC DPD	
	Mini-CCOC DPJASP	
	Mini-CCOC DSMREU volet opération	
Approbation de la révision du document		
Recommandé par	Comité de concertation des directions adjointes	2022-12-21
Approuvé par	Comité de coordination clinique	2023-01-25
Commentaires	Modifications mineures 2024-03-12 Modifications mineures 2026-05-05	

Annexe A

Acronymes des secteurs et partenaires du CISSS de la Montérégie-Ouest

ACRONYME	DÉFINITION
AAO	Accueil-analyse-orientation
AES	Approche École en Santé
AMI	Approche municipale intégrée
APEDRSM	Association des parents d'enfants en difficulté de la Rive-Sud de Montréal
APHRSO	Association des personnes handicapées de la Rive-Sud-Ouest
APTS	Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux
CA	Conseil d'administration
CAB/SAB	Centre d'action bénévole/Service d'action bénévole
CAFE	Crise-ado-famille-enfant
CAMI	Centres d'accès au matériel d'injection
CASA	Comptoir aides de suppléance à l'audition
CASI	Clinique ambulatoire de soins infirmiers
CAT	Centre d'abandon du tabagisme
CETED	Clinique d'évaluation des troubles envahissants du développement
CGR	Comité de gestion réseau
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée (privé conventionné)
CHU	Centre hospitalier universitaire
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CJ	Centre jeunesse
CJE	Carrefour Jeunesse Emploi
CLD	Centre local de développement
CLE	Centre local d'emploi
CM	Conseil multidisciplinaire
CME	Centre mère-enfant
CMDPSF	Conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes
CMR	Centre montréalais de réadaptation
CMQ	Collège des médecins du Québec
CPE	Centre de la petite enfance
CPQS	Commissaire aux plaintes et à la qualité des services
CR	Centre de réadaptation
CRÉ	Conseil régional des élus
CRÉTC	Clinique régionale d'évaluation des troubles complexes du développement
CRPAT	Centre de réadaptation pour les personnes alcooliques et toxicomanes
CRSP	Comité régional sur les services pharmaceutiques
CS	Commission scolaire
CSDGS	Commission scolaire des Grandes-Seigneuries
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de la santé et de la sécurité au travail
CSTL	Commission scolaire des Trois-Lacs
CSVT	Commission scolaire de la Vallée-des-Tisserands
CUC	Comité des usagers continué
CUCI	Comité des usagers du centre intégré
DCAP	Direction des communications et des affaires publiques
DCI	Dossier clinique informatisé

Cadre de référence sur la gestion des documents d'encadrement

Annexe A (suite)

ACRONYME	DÉFINITION
DG	Direction générale
DGA	Directrice générale adjointe aux programmes de soutien, administration et performance
DI	Déficiência intellectuelle
DIP	Déficiência intellectuelle profonde
DIS	Déficiência intellectuelle sévère
DL	Direction de la logistique
DL	Déficiência langagière
DLRI	Direction de la logistique et des ressources informationnelles
DLMG	Département local de médecine générale
DM	Déficiência motrice
DMS	Durée moyenne de séjour
DP	Déficiência physique
DPD	Direction des programmes Déficiences
DPHVS	Direction Projet Hôpital Vaudreuil-Soulanges
DPJASP	Direction des programmes Jeunesse et des Activités de santé publique
DPSAPA	Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées
DPSMD	Direction des programmes Santé mentale et Dépendance
DPSCS	Direction des programmes de soins critiques et spécialisés
DQEPE	Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DGA)
DRF	Direction des ressources financières
DRHDOAJ	Direction des ressources humaines, du développement organisationnel et des affaires juridiques
DRIM	Direction des ressources informationnelles de la Montérégie
DRL	Direction régionale des laboratoires
DRMG	Département régional de médecine générale
DSHAPPA	Direction des services d'hébergement pour les aînés et les personnes en perte d'autonomie
DSIEU	Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire
DSMREU	Direction des services multidisciplinaires et de l'enseignement universitaire
DSP	Direction de santé publique
DSPEM	Direction des services professionnels et enseignement médical
DSQ	Dossier Santé Québec
DSSADG	Direction des services de soutien à domicile et de la gériatrie
DST	Direction des services techniques
DVAC	Direction vaccination
EES	Entreprise d'économie sociale
EGI	Entente de gestion et d'imputabilité
EMFRS	Entraide pour les monoparentales et familles recomposées du Suroît
ETC	Équivalent temps complet
FEJ	Famille, enfance, jeunesse
FEVS	Fondation des enfants de Vaudreuil-Soulanges
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec
GAR	Gestion des activités de remplacement
GMF	Groupe de médecine de famille
HAL	Hôpital Anna-Laberge
HLM	Habitation à loyer modique
IAB	Initiative Amis des Bébés

Annexe A (suite)

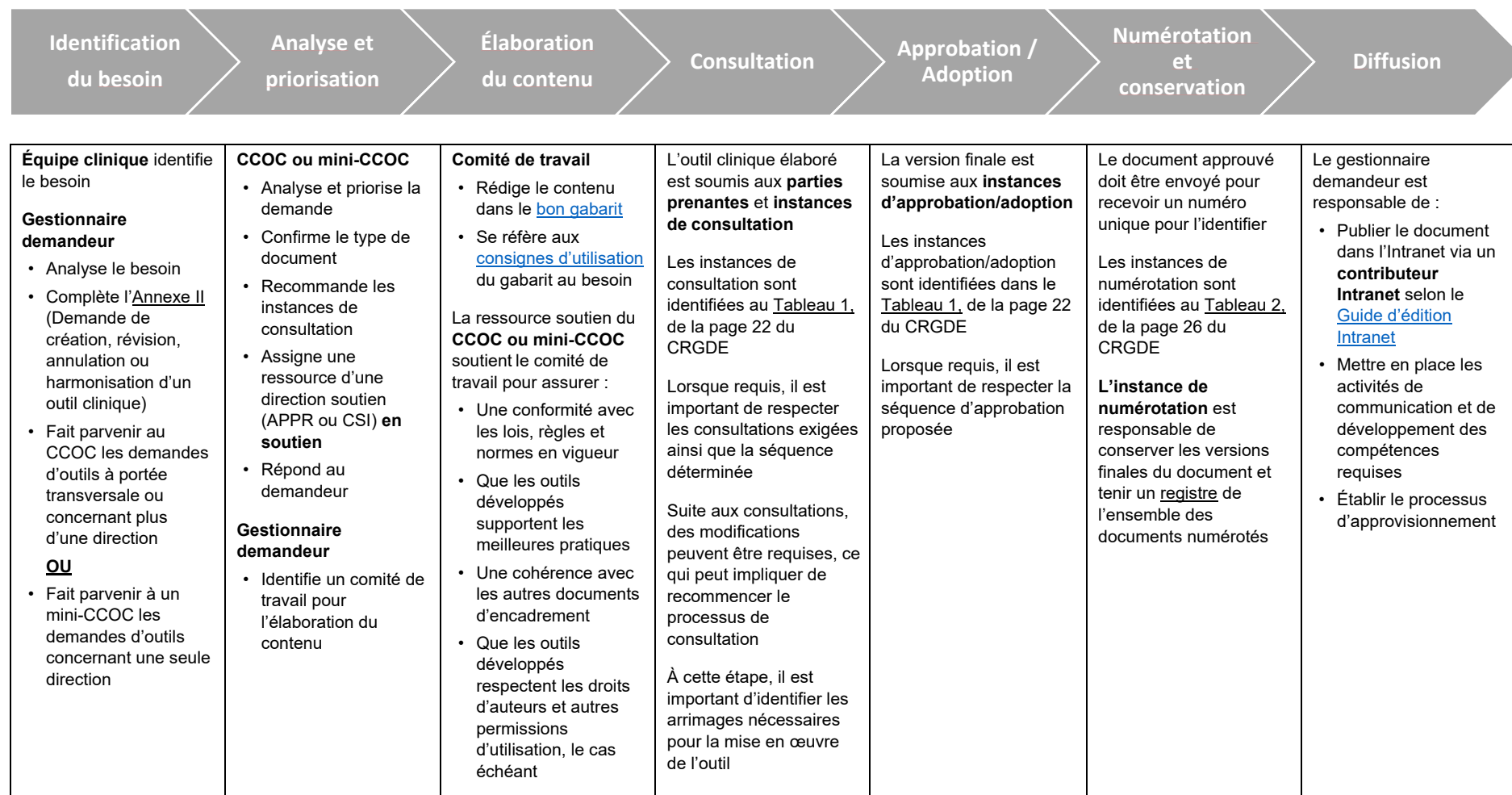
ACRONYME	DÉFINITION
INESSS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
INLB	Institut Nazareth et Louis-Braille
INSP	Institut national de santé publique
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
ISEHMS	Intégration sociale des enfants handicapés en milieu scolaire
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
JED	Jeunes en difficulté
JES	Jeunesse en santé
JTLG	Je tisse des liens gagnants
MAPAQ	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation
MELS	Ministères de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MOI	Main-d'œuvre indépendante
MRC	Municipalité régionale de comté
MSLA	Maison sous les arbres
MSSS	Ministères de la Santé et des Services sociaux
MTS	Maladies transmissibles sexuellement
OC	Organisme communautaire
OPERES	Organismes partenaires en réussite éducative et sociale
OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé
OUF (projet)	Oasis unique pour les familles
PAL	Plan d'action local (Santé publique)
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PAMSII	Programme d'accès au matériel stérile d'injection et d'inhalation
PATCOM	Programme d'accès aux technologies de la communication
PCNP	Programme canadien de nutrition prénatale
PCP	Pratiques cliniques préventives
PDG	Président-directeur général
PDGA	Président-directeur général adjoint
PE	Petite enfance
PEM	Plan d'effectifs médicaux
PES (a été changé pour PAMSII)	(voir PAMSII)
PI	Plan d'intervention
PIQ	Protocole d'immunisation du Québec
PMSD	Pour une maternité sans danger
PNSP	Programme national de santé publique
PQLC	Programme québécois de la lutte contre le cancer
PREM	Plan régional d'effectifs médicaux
PSI	Plan de services individualisé
PTAAC	Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité
PTI	Plan thérapeutique infirmier
RA	Résidence d'accueil
RAC	Résidence à assistance continue
RI	Ressource intermédiaire
RLS	Réseau local de services
RNI	Ressources non institutionnelles

Annexe A (suite)

RPTETA	Retrait préventif et affectation de la travailleuse enceinte ou qui allaite
RQSUCH	Relevé quotidien de la situation à l'urgence et en centre hospitalier
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
RTS	Réseau territorial de services
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
SAD	Soutien à domicile
SAT	Service des aides techniques
SCIAD	Suivi clinique intelligent à distance
SDA	Supervision des droits d'accès
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SMA	Santé mentale adulte
SMJ	Santé mentale jeunesse
SOLIDES	Société locative d'investissement et de développement social
SPFV	Soins palliatifs et de fin de vie
SRSOR	Services de Réadaptation du Sud-Ouest et du Renfort
TC	Trouble du comportement
TCRSP	Table de concertation régionale de santé publique
TCRSP	Table de concertation régionale de santé publique
TDAH	Trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité
TED	Troubles envahissants du développement
TGC	Trouble grave du comportement
TNCC	Table nationale de coordination clinique
TSA	Trouble du spectre de l'autisme
UCDG	Unité de courte durée gériatrique
UHB	Unité d'hospitalisation brève
UIB	Unité d'intervention brève
UMF	Unité de médecine familiale
UPA	Union des producteurs agricoles
URDM	Unité de retraitement des dispositifs médicaux
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
UTRF	Unité transitoire de récupération fonctionnelle

ANNEXE B

Trajectoire illustrant la gestion des documents d'encadrement



**Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest**

Québec

