



CENTRE HOSPITALIER RESTIGOUCHE

**RAPPORT SUR L'ORGANISATION
ET LE FONCTIONNEMENT**

CONFIDENTIEL - AVIS AU PDG
PROCESSUS D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ



Simon Racine MD
Consultant

Mars 2017

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE EXECUTIF	1
MANDAT	3
ATTENTES DU RESEAU DE SANTE VITALITE ET DU MINISTERE DE LA SANTE	3
METHODOLOGIE	4
<i>PARTIE I</i>	6
ORIENTATIONS STRATEGIQUES	6
MINISTERE DE LA SANTE	6
RESEAU DE LA JUSTICE	8
RESEAU DE SANTE VITALITE	10
<i>PARTIE II</i>	11
CENTRE HOSPITALIER RESTIGOUCHE	11
MISSION ET ORIENTATIONS STRATEGIQUES	11
OBJECTIFS SPECIFIQUES ET PLANS D'ACTION ANNUELS	13
ORGANISATION DES SERVICES	14
FONCTIONNEMENT	16
INTERDISCIPLINARITE	33
RESPECT DES DROITS DES PATIENTS	34
RELATIONS AVEC LES PARTENAIRES	37
CLIMAT DE TRAVAIL	39
<i>PARTIE III</i>	45
CONCLUSION	45
RECOMMANDATIONS	46
- RESEAU DE SANTE VITALITE	47
- DIRECTION DU CENTRE HOSPITALIER RESTIGOUCHE	48
- DIRECTION MEDICALE ET MEDECIN-CHEF DU RESEAU DE SANTE VITALITE	51

SOMMAIRE EXECUTIF

Dans le cadre de l'implantation de son plan de modernisation et de transformation, le Réseau de santé Vitalité a entrepris de revoir son offre de services. Il vise notamment à arrimer ses façons de faire aux meilleures pratiques qui prévalent en santé mentale au Canada, à maximiser l'utilisation de ses ressources et à améliorer l'accessibilité à ses services.

En janvier 2017, la décision a été prise de donner un mandat à un consultant externe dans le but de faire un état de situation visant à alimenter ses stratégies et ses plans d'action, en vue de maintenir l'excellence, la qualité et la sécurité des soins attendus dans un milieu de psychiatrie tertiaire et légale.

Une méthodologie d'analyse de cas a été utilisée, basée sur des entrevues, la revue de documentation et l'observation. Plus de 180 personnes ont été rencontrées en séances générales et près de 130 personnes ont été vues en entrevue individuelle. Tous les niveaux internes ont été rencontrés de même que les partenaires externes du secteur des soins primaires, les représentants du Ministère de la Santé, du Tribunal en santé mentale et de la Défense des droits des malades psychiatriques.

Les personnes rencontrées se sont montrées ouvertes et collaboratives pour identifier les zones d'amélioration et les pistes d'action qui permettraient de positionner le Centre hospitalier Restigouche parmi les centres de traitement canadiens les plus avant-gardistes.

Néanmoins, certaines initiatives ont été amorcées dans le passé pour développer un hôpital résolument orienté vers le rétablissement. Cependant, force est de constater que ces tentatives ont régressé au cours des dernières années, de sorte que la prestation des services, le travail en équipe interdisciplinaire et le climat de travail se sont progressivement détériorés.

Les dimensions abordées durant le mandat ont été les suivantes :

- Orientations stratégiques Ministère de la Santé / Réseau de santé Vitalité
- Centre hospitalier Restigouche
 - L'organisation et le fonctionnement
 - L'interdisciplinarité
 - Le respect des droits des patients

- Le climat de travail
- Les relations avec les partenaires

Suite à l'analyse de l'information recueillie, les principaux constats ont été dégagés et des recommandations ont été formulées :

- Au Réseau de santé Vitalité
- À la Direction du Centre hospitalier Restigouche
- À la Direction médicale et au médecin-chef

Les recommandations pour le Réseau de santé Vitalité touchent notamment les orientations qui devront être privilégiées pour la mise en place d'un Centre d'excellence et d'un réseau de services intégré, de même que l'officialisation d'un comité des patients et d'un représentant des patients.

Au niveau de la direction du Centre hospitalier Restigouche, les recommandations ont été orientées sur le développement d'une co-gestion médico-administrative, sur l'implantation d'un modèle de soins orienté sur la réadaptation et le rétablissement, sur le déploiement d'un plan d'intervention multidisciplinaire, sur l'implication accrue du patient et de sa famille, sur une structure efficace de coordination du continuum de soins avec le secteur des soins primaires et de l'hébergement, sur la clarification des rôles et responsabilités, sur la clarification et la reconnaissance des rôles des préposés et des agents correctionnels, sur le rehaussement des compétences cliniques et de gestion, sur le déploiement de l'interdisciplinarité, et sur d'autres recommandations, dans le but d'améliorer les soins et services au patient, et la sécurité des patients et du personnel.

Au niveau de l'organisation médicale, les principales recommandations concernent la mise à jour des divers règlements et politiques qui régissent la pratique médicale, la mise en place de mécanismes d'évaluation de la pratique médicale, une plus grande implication dans l'équipe interdisciplinaire et sur les unités de soins, l'implantation d'un protocole standardisé pour l'unité d'évaluation et une implication accrue au Centre de santé mentale communautaire de même qu'auprès des partenaires régionaux et provinciaux.

Le Réseau de santé Vitalité et les équipes du Centre hospitalier Restigouche sont conscients qu'il faut émerger définitivement d'une culture asilaire, principalement orientée sur l'internement, et qu'il faut évoluer rapidement, à l'échelle de l'organisation, vers une culture de soins et de services axée sur le rétablissement et le support à un projet de vie pour chaque patient.

MANDAT

ATTENTES DU RESEAU DE SANTE VITALITE ET DU MINISTERE DE LA SANTE

Des évènements récents, et d'autres plus répétitifs qui interpellent la prestation des soins et des services au Centre hospitalier Restigouche, ont amené la direction du Réseau de santé Vitalité à prendre des moyens supplémentaires pour s'assurer de la qualité des soins et des services, et de la sécurité des patients et du personnel.

Conjointement avec le Ministère de la Santé, la direction du RSV a décidé de recourir à un consultant externe pour établir un état de situation et faire les recommandations nécessaires sur l'organisation et le fonctionnement au Centre Hospitalier Restigouche, dans la but d'alimenter les stratégies et les plans d'action qui permettront de maintenir l'excellence, la qualité et la sécurité des soins et services attendus dans un milieu de soins tertiaires.

Déclaration d'intérêts

Le consultant n'a aucun lien de connaissance avec les personnes qui oeuvrent aux divers niveaux du Réseau de santé Vitalité ou du Centre hospitalier Restigouche, à l'exception du Président-directeur général et de la Vice-présidente aux Services cliniques avec qui le consultant a effectué quelques visites pour Agrément Canada au cours des dernières années.

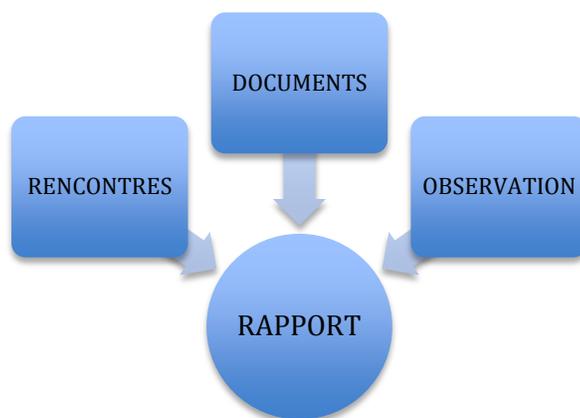
METHODOLOGIE

La méthodologie utilisée est basée sur l'approche d'étude de cas, évaluée comme la plus appropriée et la plus répandue dans ce genre de situation difficile à analyser. Elle fait appel à une approche davantage qualitative, impliquant de nombreuses rencontres individuelles et de groupe, pour comprendre les processus organisationnels, recueillir les perceptions et discuter des enjeux et des finalités.

La démarche a été complétée par une analyse exhaustive de la documentation disponible et pertinente à l'objet du mandat. Enfin, il y a eu de nombreuses occasions d'observer les intervenants directement dans leur milieu, le consultant ayant passé plus de 20 jours sur place.

L'étude de cas permet d'analyser en profondeur des phénomènes dans leur contexte, c'est là sa plus grande force, et doit déboucher sur un diagnostic et une décision.

La triangulation des sources d'information (rencontres, documentation, observation) valide et renforce les constats et le diagnostic.



Après le lancement de la démarche par le Président-directeur général du Réseau de santé Vitalité auprès de l'ensemble du personnel, un communiqué a été diffusé et des rencontres générales ont rassemblé plus de 180 personnes, sur un total de près de 350 personnes oeuvrant au Centre hospitalier Restigouche.

En cours de réalisation du mandat, plus de 130 personnes ont été rencontrées de façon individuelle ou en petit groupes, selon leur demande. Les personnes occupant des fonctions de responsabilités et les médecins, psychiatres et médecins omnipraticiens, ont été invités sur rendez-vous, et les autres personnes rencontrées se sont présentées spontanément ou ont pris rendez-vous après qu'une invitation générale ait été lancée.

Des personnes de tous les niveaux ont été rencontrées, notamment des membres de la direction du Réseau de santé Vitalité et de la direction du Centre hospitalier Restigouche, des gestionnaires, les psychiatres, du personnel infirmier (infirmières, infirmières auxiliaires, préposés, agents correctionnels), autres professionnels et personnel de support (ressources humaines, qualité / risques, entretien). Des représentants du Ministère de la santé ont aussi été rencontrés, du Centre de santé mentale communautaire, de même que la Directrice des services de défense des droits des malades psychiatriques et le Président du Tribunal de la Santé mentale.

Un mandat complémentaire a été confié à un psychiatre de l'Université de Sherbrooke pour analyser certains aspects de la pratique médicale des psychiatres du CHR avec un rapport prévu en mars 2017.

Mise en garde

Il ne s'agit pas d'un mandat d'enquête ni de vérification.

L'approche d'analyse de la situation retenue se veut ouverte et transparente, visant à supporter les équipes dans leur compréhension de la mission de l'établissement, de la vision qui s'en dégage et des valeurs convenues qui devraient se pratiquer au quotidien.

C'est une occasion privilégiée pour stimuler la mise en place des meilleures pratiques, une culture d'amélioration continue et de sécurité des patients et du personnel, en lien avec les orientations stratégiques et les objectifs poursuivis.

PARTIE I

ORIENTATIONS STRATEGIQUES

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Orientations du Ministère de la Santé - Plan ministériel

En 2011, le Ministère de la Santé a amorcé la mise en place de son *Plan d'action pour la santé mentale au Nouveau-Brunswick 2011-2018*.

Pour concrétiser la transformation envisagée, le *Plan d'action* énonce sept (7) grands objectifs :

1. Transformer la prestation de services par la collaboration
2. Réaliser son potentiel grâce à une approche personnalisée
3. Réagir à la diversité
4. Travailler en collaboration et promouvoir le sentiment d'appartenance : famille, lieu de travail, collectivité
5. Améliorer les connaissances
6. Réduire la stigmatisation par une sensibilisation accrue
7. Améliorer la santé mentale de la population

Ces orientations sont alignées sur les objectifs stratégiques de la Commission de la santé mentale du Canada, tels qu'énoncés dans son *Plan Stratégique 2017-2022*.

Perspectives pour le Centre hospitalier Restigouche

Au-delà de ces orientations, une rencontre avec des représentants du Ministère de la Santé au début du présent mandat en janvier 2017 a permis de mettre en évidence certains éléments structurants pour le CHR :

- le Ministère considère que le CHR devrait accélérer le mouvement pour assumer pleinement son rôle de Centre d'excellence en psychiatrie tertiaire et en psychiatrie légale, basé sur les meilleures pratiques et l'évolution des soins et services en santé mentale au Canada

- le Ministère considère qu'il devient pressant pour le CHR de développer un réseau intégré de services avec le secteur des soins primaires et les partenaires des services de psychiatrie provinciaux
- néanmoins, le Ministère note que, nonobstant l'ouverture et la collaboration des autorités du RSV et de la direction du CHR, plusieurs situations vécues récemment n'ont pas démontré la capacité des équipes en place de s'inscrire dans cette lignée, par exemple :
 - malgré l'expertise spécifique du CHR en psychiatrie légale au niveau provincial, la collaboration médicale a fait défaut (psychiatres du CHR absents) lors de deux journées spécifiques en psychiatrie légale (mai et juin 2016 à Bathurst et Moncton) organisée conjointement par le Ministère de la Santé et le Ministère de la Justice et de la Sécurité publique. Un rapport de ces 2 journées a été produit, intitulé « *Working Towards a Shared Vision for Forensic Mental Health Services in NB* »
 - lors de la démarche du Ministère de la Santé pour relocaliser les criminels les plus dangereux, et non criminellement responsables, détenus au pénitencier fédéral Shepody de Dorchester, l'entente de relocalisation et de prise en charge a échoué en raison du manque d'engagement des psychiatres du CHR
 - la collaboration des psychiatres du CHR sera à nouveau sollicitée et fortement attendue du Ministère de la Santé dans les ententes qui surviendront prochainement dans la mise en place d'une approche intégrée avec le nouveau Centre d'excellence en santé mentale des Jeunes qui sera érigé à proximité du CHR

Lors des deux journées organisées sur les enjeux liés à la psychiatrie légale en mai et en juin 2016 à Bathurst et à Moncton, les éléments suivants se sont dégagés de façon prioritaire, provenant autant des intervenants du réseau de la santé que du milieu de la justice, et concernent le CHR :

- des hospitalisations liées aux évaluations pour aptitude à comparaître qui ne sont pas nécessaires
- l'absence d'obtention d'un consentement avant d'entreprendre un traitement
- une utilisation inadéquate des ressources
- des problèmes d'accessibilité aux services tertiaires
- la tolérance de la violence au travail suite à des agressions d'patients
- le manque de cohésion et de continuité entre la psychiatrie légale du CHR et les autres zones de la province

- un certain nombre d'patients hospitalisés au CHR pourraient et devraient bénéficier d'un projet de vie et de services adaptés dans la communauté mais ne sont pas accompagnés adéquatement dans un véritable projet de rétablissement
- un manque de communication entre les divers partenaires impliqués en psychiatrie légale
- trop de personnes porteuses d'un problème de santé mentale sont judiciairisées et non traitées adéquatement
- une expertise en psychiatrie légale au CHR qui ne s'inscrit pas dans un réseau intégré de services
- le manque d'implication des patients et familles dans le continuum de soins.

De plus, l'équipe des psychiatres du CHR, absente à ces deux journées, n'a pas réussi à reprendre ces éléments avec la direction et les équipes internes pour apporter des solutions aux problèmes énoncés.

Cela, ajouté à d'autres situations mentionnées plus loin, ternit la réputation du CHR, sans compter qu'une organisation de services qui n'est pas optimale ne bénéficie pas au patient en bout de ligne.

Le CHR dans son ensemble n'est pas perçu comme un leader et un bon partenaire.

RESEAU DE LA JUSTICE

Réflexions du réseau de la Justice

De son côté, le Ministère de la Justice et de la Sécurité publique a complété des travaux en 2010 et produit un rapport intitulé « *A Study on Forensic Assessments in New Brunswick* », afin de répondre à des enjeux de coordination des services pour les personnes nécessitant des évaluations pour aptitudes à comparaître, adresser les enjeux d'accessibilité aux services, de même que les coûts reliés aux évaluations pour aptitude à comparaître.

Parmi les recommandations qui se sont dégagées de ces travaux, et qui peuvent avoir un impact important sur l'offre et l'organisation des services de psychiatrie légale au CHR, on retrouve notamment les propositions suivantes :

- que des psychologues avec les qualifications nécessaires en psychiatrie légale, soient désignés par « *l'Attorney General* » pour compléter des évaluations pour aptitudes à comparaître, conformément à la Partie XX.1 du Code Criminel

- qu'une nouvelle structure de coûts soit établie et appropriée pour chaque profession qui effectue de telles évaluations
- que les Juges, les Procureurs de la Couronne et les Avocats de la Défense aient accès à la liste des psychiatres et des psychologues désignés par zone d'accessibilité aux services de santé dans la Province
- qu'une majorité d'évaluation des aptitudes à comparaître soient effectuées sur une base externe dans la communauté
- que la Province du Nouveau-Brunswick considère une relocalisation des services hospitaliers de psychiatrie légale plus près de Fredericton, Saint-John et Moncton, considérant que les 2/3 des demandes proviennent de ces secteurs
- qu'advenant que cette relocalisation ne puisse se faire, les activités de psychiatrie légale continuent au CHR à Campbellton et que des espaces soient dédiés dans les centres pénitenciers régionaux pour donner des services spécialisés, à la fois sous la responsabilité des Services Correctionnels en termes de sécurité, et sous la responsabilité du Ministère de la Santé pour les équipes médicales et psychiatriques
- que le Ministère de la Justice et de la Sécurité publique et le Ministère de la Santé familiarisent les Juges, les Procureurs de la Couronne et les Avocats de la Défense sur les services qui sont disponibles localement dans les communautés de la Province, pour mieux diriger les personnes qui ont besoin d'une évaluation, que se soit dans les pénitenciers régionaux, dans le Centre Jeunesse du Nouveau-Brunswick, dans le Centre Hospitalier Restigouche et dans l'Unité psychiatrique pour Enfant et Adolescent de l'Hôpital de Moncton
- que des ressources psychiatriques adéquates soient disponibles au Centre Jeunesse du Nouveau-Brunswick pour que les évaluations de la clientèle jeune soient effectuées dans un milieu sécuritairement aménagé pour les jeunes, permettant ainsi d'éliminer ou de diminuer les évaluations de cette clientèle au Centre Hospitalier Restigouche et à l'Unité psychiatrique Enfant et Adolescent de l'Hôpital de Moncton
- qu'advenant que la précédente recommandation ne puisse être actualisée, que le Centre Hospitalier Restigouche et l'Unité Psychiatrique Enfant et Adolescent de l'Hôpital de Moncton soient désignés par le Ministère de la Santé selon s. 141 (11) du « *Youth Criminal Justice Act* » comme endroits désignés pour la détention, le traitement et l'évaluation des jeunes
- que des unités mobiles de crise en santé mentale soient établies dans chaque centre municipal de la Province et dans les milieux ruraux, ce qui permettrait de donner des services plus adaptés à la situation, de dégager les forces policières et d'éviter le recours inutile aux services judiciaires criminels pour certaines personnes

- que le modèle de Cour de la Santé Mentale qui avait déjà été démarré à St-John, puis cessé, soit remis en place et répliqué aux autres grandes villes de la Province

Perspectives pour le Centre hospitalier Restigouche

Ces réflexions et ces travaux effectués au niveau du réseau de la Justice du Nouveau-Brunswick sont des éléments majeurs de l'environnement externe du Centre hospitalier Restigouche dont il faut tenir compte.

Ils représentent une menace importante au rôle actuel du CHR en psychiatrie légale et si des stratégies vigoureuses et soutenues ne sont pas mises en place à brève échéance pour améliorer les services et les liens avec les partenaires, les alliés de tous les niveaux feront défaut pour maintenir, développer et faire rayonner cette offre de services du CHR.

Au cours des rencontres effectuées à l'interne, les médecins psychiatres ne semblent pas réaliser une telle menace qui pourrait entraîner l'effritement des activités en psychiatrie légale au CHR et la perte de sa mission provinciale.

Il s'agit d'une situation critique pour le CHR et l'équipe des psychiatres en place.

RESEAU DE SANTE VITALITE

Orientations du Réseau de santé Vitalité

Dans son *Plan régional de santé et d'affaires 2015-2018* et le *Plan clinique* qui s'y rattache, le Réseau de santé Vitalité met l'emphase sur l'importance accordée à l'amélioration de l'utilisation des ressources et des services par l'entremise d'un réaligement en profondeur du système de prestation de soins et services.

Ces orientations visent à améliorer les services, les rapprocher des citoyens et assurer leur viabilité sur le plan financier et clinique.

Le RSV s'est aussi doté d'un Cadre de transparence 2014-2016 dans lequel il s'engage à communiquer au public de plus en plus d'informations en lien avec la prestation des services offerts et les résultats obtenus.

Au chapitre de la qualité et de la sécurité des soins et services, le RSV a obtenu le statut d'établissement agréé par Agrément Canada en 2013 et la prochaine visite est prévue au printemps 2017.

Enfin, la récente *Planification stratégique 2017-2020* intitulée *En route vers la modernisation et la transformation du système de santé (Janvier 2017)* vient coiffer l'ensemble de ces démarches, avec 5 grands enjeux à adresser :

1. L'amélioration des soins et des services de santé primaire intégrés et adaptés

2. L'adaptation des soins et des services de santé aux besoins et aux réalités variés de la population
3. L'amélioration continue de la qualité des soins et des services, de la sécurité et de la performance organisationnelle
4. L'engagement du personnel et du corps médical face à l'amélioration continue des pratiques cliniques, des soins et des services à la population
5. L'engagement du Réseau envers la population

Les valeurs qui y sont inscrites reposent sur le respect, la compassion, l'intégrité, l'imputabilité, l'équité et l'engagement.

Perspectives pour le Centre hospitalier Restigouche

Il a été constaté, lors de la rencontre de démarrage du présent mandat en janvier 2017, que le Réseau de santé Vitalité soutient intégralement la vision du Ministère de la Santé en ce qui a trait à la mission de Centre d'excellence en psychiatrie tertiaire et légale au Centre hospitalier Restigouche.

C'est dans cette lignée que le présent mandat a été octroyé, afin d'identifier les principales contraintes et les facteurs de succès les plus importants qui guideront la direction et les équipes, dans le déploiement du Centre d'excellence en psychiatrie tertiaire et légale, associé à un réseau de services intégré et dynamique dans ce domaine, tant au niveau du Réseau de santé Vitalité et que de la Province.

Enfin, l'ensemble des objectifs reliés aux orientations contenues dans les planifications ci-haut mentionnées du RSV s'appliquent en tous points au secteur de la psychiatrie tertiaire et légale du CHR.

PARTIE II

CENTRE HOSPITALIER RESTIGOUCHE

MISSION ET ORIENTATIONS STRATEGIQUES

Le Centre hospitalier Restigouche offre des services tertiaires en santé mentale à la population du Réseau de santé Vitalité et il a un mandat provincial en ce qui a trait à la psychiatrie légale.

Depuis 2015, l'hôpital occupe un nouvel immeuble, vaste et moderne, comptant dorénavant 60 lits en psychiatrie légale, 60 lits en réadaptation psychiatrique (continue, gériatrique) et 20 lits en réinsertion sociale, tous étant aménagés en chambres privées.

Ses principales activités se regroupent autour de :

- services spécialisés de réadaptation psychiatrique allant de moyen à long terme
- services de consultation et de stabilisation aux personnes qui souffrent de problèmes psychiatriques complexes avec ou sans autres maladies connexes
- services de psychiatrie légale (évaluation de l'aptitude à subir un procès et de la responsabilité criminelle)
- soins aux personnes qui ont obtenu un verdict de non-responsabilité criminelle en raison de troubles mentaux ou qui sont incapables de subir un procès.

La philosophie d'intervention énoncée du CHR repose sur le rétablissement global, l'épanouissement, le retour à l'autonomie et la réintégration en société des patients.

D'ailleurs, il y a quelques années, le CHR a amorcé l'implantation de son nouveau modèle de soins axé sur le rétablissement et il a bénéficié à ce moment d'une collaboration du Dr David Stayner, du programme de rétablissement et de santé communautaire de l'Université Yale du Connecticut.

Cet élan, comparable aux initiatives entreprises en ce sens dans la plupart des hôpitaux psychiatriques canadiens, s'est essouffé au cours des dernières années au point où il n'existe plus de stratégie globale et systématique sur le rétablissement au CHR.

Cette situation limite la possibilité pour chaque patient d'évoluer vers la reprise d'un projet de vie et d'un rôle citoyen.

Situation actuelle au Centre hospitalier Restigouche

Lors des rencontres réalisées au cours du présent mandat, les personnes de tous les niveaux, à de rares exceptions près, mentionnent souscrire aux orientations stratégiques d'un Centre d'excellence en psychiatrie tertiaire et légale, à un réseau intégré de services et il en est de même pour leur adhésion à une approche de soins axée sur le rétablissement.

Cette adhésion spontanée ne repose malheureusement pas sur une vision partagée, à l'échelle de l'hôpital, de ce qu'est ou devrait être un Centre d'excellence et un réseau intégré de services ni de ce que représente au quotidien le déploiement d'une stratégie organisationnelle axée sur le rétablissement.

La notion de rétablissement, qui fait partie d'un discours courant, ne se traduit pas par une approche structurée et bien intégrée de la part des équipes. Cet élément sera développé plus loin.

L'approche interdisciplinaire entre les psychiatres, le personnel infirmier et les autres professionnels est loin d'être valorisée, ni même comprise par tous, ni soutenue par processus bien établis dans l'ensemble des unités de soins. Les professionnels demeurent cependant actuellement les meilleurs gardiens d'une approche axée sur le rétablissement et sur le travail en équipe interdisciplinaire.

Le CHR doit considérer ses services comme un maillon dans la chaîne de la trajectoire de services d'un patient porteur d'une maladie mentale et non comme un milieu statique d'internement (approche asilaire). L'approche hospitalière traditionnelle, sur un modèle médico-nursing, est appelée à être remplacée par un modèle davantage axé sur la réadaptation et un continuum de soins efficace avec les partenaires des soins primaires et de l'hébergement.

Les rencontres effectuées avec les médecins, le personnel de gestion, les professionnels et le personnel des soins infirmiers démontrent que tous ces groupes d'intervenants n'ont pas une compréhension commune du rétablissement ni des stratégies à mettre en place pour en assurer l'implantation et le suivi.

Néanmoins, le Comité sur le rétablissement (Comité Ré-Action) a tenu à bout de bras une partie de la démarche amorcée il y a quelques années et continue de se réunir régulièrement pour adresser des situations qui lui sont soulevées dans une perspective de rétablissement.

Dans une stratégie organisationnelle structurée sur le rétablissement, ce comité, avec la redéfinition de son mandat, de son membership, de ses responsabilités et de son lien hiérarchique, pourrait jouer un rôle clé dans le pilotage de la démarche à remettre en branle.

OBJECTIFS SPECIFIQUES ET PLANS D'ACTION ANNUELS

L'intégration qui a entraîné la création du Réseau de santé Vitalité demeure relativement récente et tous les effets attendus de cette réorganisation du système de santé du Nouveau-Brunswick ne sont pas encore entièrement en place et laissent encore bon nombre de services dans une période d'ajustement aux nouvelles structures de fonctionnement et d'encadrement. Néanmoins, plusieurs approches et processus ont été harmonisés mais il demeure toujours des difficultés dans la coordination des rôles inter-directionnels et dans la standardisation des processus administratifs et cliniques du Centre hospitalier Restigouche.

D'autre part, il n'existe pas à ce stade-ci d'objectifs opérationnels ou annuels spécifiques pour le CHR, approuvés par la direction du Réseau de santé Vitalité, ni de plans d'action partagés et communiqués avec les divers groupes d'intervenants du CHR. Conséquemment, il n'y a pas de tableau de bord de suivi de tels objectifs, ni de reddition de compte

structurée au comité de leadership du RSV, ce qui permettrait d'en suivre plus efficacement l'évolution et d'en communiquer les résultats à l'ensemble des équipes et même à la population.

Néanmoins, la nouvelle direction du CHR, en place depuis 6 mois, a identifié des objectifs opérationnels et des actions à mettre en place, dont certaines sont déjà en voie d'implantation. Les recommandations qui seront présentées à la fin du présent rapport vont compléter la démarche amorcée et proposer les moyens nécessaires pour réaliser les objectifs entérinés par l'équipe de leadership du Réseau de santé Vitalité.

ORGANISATION DES SERVICES

Environnement physique

Le Centre hospitalier Restigouche bénéficie d'une toute nouvelle construction qui regroupe toutes ses activités hospitalières et qui est relié par une passerelle à l'Hôpital régional de Campbellton. Seules les activités de consultations externes des psychiatres s'effectuent à l'extérieur du CHR, lesquelles s'effectuent au Centre de santé mentale communautaire.

Une passerelle relie le CHR à l'Hôpital Régional de Campbellton qui a une mission de soins généraux et spécialisés. Ce dernier comporte une unité de psychiatrie aigüe et un service de consultation pour ses patients hospitalisés qui sont desservis par les psychiatres du CHR. Ces activités ne font partie du présent mandat.

Une autre passerelle est déjà en place pour relier le CHR avec le Centre d'excellence en santé mentale des Jeunes dont la construction débutera sous peu.

Cette nouvelle construction offre un environnement sans pareil pour les patients et pour le personnel.

Structure organisationnelle

Direction

La structure d'encadrement de la psychiatrie tertiaire et légale au CHR repose sur une directrice qui relève du vice-président aux services communautaires et santé mentale.

Cette dernière est responsable de la coordination des soins infirmiers (infirmières, infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires, agents correctionnels), de la programmation clinique et de la diffusion des connaissances, des infirmières gestionnaires des 7 unités de soins (psychiatrie tertiaire et légale).

Elle est également responsable du personnel infirmier des Centres correctionnels de Madawaska et de Dalhousie.

Elle entretient des partenariats avec la structure médicale, les autres professionnels, les

autres directions et les partenaires externes du réseau de la santé et des autres secteurs (Commission de révision, Tribunal de la santé mentale, Direction des Services de défense des malades psychiatriques).

Un directeur des services professionnels est responsable des autres professionnels et de la réadaptation, incluant les ergothérapeutes, les nutritionnistes cliniques, les orthophonistes, les pharmaciens, les psychologues, les travailleurs sociaux et les récréologues.

Les ressources humaines, la qualité de la pratique infirmière, l'entretien ménager et les fonctions rattachées à la qualité et à la gestion des risques, sont quant à elles sous la responsabilité de responsables / directeurs / vice-présidents de la structure régionale.

Organisation médicale

Du côté médical, il y a un chef du département de psychiatrie au Centre hospitalier de Restigouche qui se rapporte à deux autorités médicales distinctes.

D'une part, le chef du département du CHR relève d'un directeur médical de la Zone 5, qui lui relève de la vice-présidente des services médicaux, formation médicale et recherche du Réseau de santé Vitalité.

Cette structure est responsable de l'organisation et de la coordination des services médicaux du département de psychiatrie en lien avec la mission et le fonctionnement du Centre hospitalier Restigouche.

D'autre part, le chef de département de psychiatrie du CHR se rapporte également au médecin-chef de la Zone 5, qui lui relève de la médecin-chef régionale du Réseau de santé Vitalité.

Cette structure est responsable de la qualité de la pratique médicale des membres du département de psychiatrie.

L'équipe compte 9 psychiatres sur un plan de 11 postes autorisés. Des médecins omnipraticiens, au nombre de 3, contribuent sur une base à temps partiel à l'évaluation et au suivi de la condition médicale physique des patients. Parmi les 9 psychiatres en place, la majorité d'entre eux ne possèdent pas de certification canadienne (Fellow du Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada), et aucun d'entre eux n'a complété d'année de formation complémentaire. Aucun des 9 psychiatres ne possède la spécialité du Collège Royal en psychiatrie légale.

Il n'existe pas de rôles clairement définis (consultant, cotraitant, etc.), ni de statut précis dans le département de psychiatrie (Règlement du département), pour les médecins omnipraticiens, et ils ne sont jamais invités, ne fût-ce qu'une fois par année, à participer aux réunions du département de psychiatrie pour faciliter la coordination des soins psychiatriques-médecins omnipraticiens.

Organisation des soins infirmiers

Le mode d'organisation des 7 unités de soins repose sur une infirmière gestionnaire (équivalent infirmière-chef, mais syndiquée), une infirmière guide clinique (assistante), des infirmières au chevet, des infirmières auxiliaires (3 unités sur 7), des préposés (7 unités sur 7) et des agents correctionnels (2 unités sur 7). Des infirmières ressources, au nombre de 4, viennent compléter l'équipe des soins infirmiers et sont réparties à travers les diverses unités.

Le personnel travaille sur de horaires de 12 heures. En période de pénurie, certains membres du personnel clinique sont appelés à étendre leur horaire de travail sur une période de 24 heures, ce qui devient inacceptable. Une évaluation de la situation devient nécessaire afin d'assurer une qualité des soins et une sécurité optimales pour les patients et le personnel.

Le modèle de soins actuel repose majoritairement sur le modèle hospitalier traditionnel médico-nursing. Au Canada, au cours des dernières années, l'évolution de la prestation des soins en psychiatrie a évolué vers un modèle interdisciplinaire davantage orienté sur la réadaptation.

Organisation professionnelle

Les professionnels relèvent d'un chef de service, qui eux relèvent d'un directeur des services professionnels régional.

On y retrouve des ergothérapeutes, des nutritionnistes cliniques, des orthophonistes, des pharmaciens, des psychologues, des travailleurs sociaux et des récréologues.

FONCTIONNEMENT

Le fonctionnement a été analysé à partir de la même structure et des mêmes catégories que celles utilisées dans la section précédente pour l'organisation des services.

Direction

La direction de la psychiatrie tertiaire et légale du CHR est assumée par une nouvelle directrice qui est en place depuis près de 6 mois.

Le fonctionnement de la direction s'appuie sur un comité de gestion qui regroupe l'ensemble des infirmières gestionnaires et les chefs de services des autres professionnels.

Au cours des derniers mois, elle s'est appliquée à faire son propre état de situation et à se mettre à l'œuvre sur les priorités qui en ont émergé. Ces dernières reposent sur :

- la sécurité des patients et du personnel

- l'engagement des partenaires internes
- le rendement des interventions
- le développement et l'utilisation des connaissances
- l'amélioration de l'accessibilité des services

Des actions ont commencé à être entreprises pour en assurer l'implantation et les recommandations du présent rapport, ajouté aux objectifs de la récente Planification stratégique 2017-2020 du Réseau de santé Vitalité, viendront orienter les objectifs opérationnels annuels à définir pour le CHR.

Elle a revitalisé le Comité santé et sécurité, et les partenaires syndicaux manifestent leur grande appréciation à cet égard.

Elle a également mis sur pied un comité sur la violence au travail, multidisciplinaire, impliquant des représentants syndicaux. Un représentant du département de psychiatrie sera invité sous peu à y participer.

Admissions

Toute demande d'admission au CHR est étudiée par le Comité d'admission, sauf pour les admissions au programme de psychiatrie légale qui sont ordonnées par la Cour.

Le processus d'admission s'effectue généralement par le personnel infirmier qui communique les informations au service des archives, lequel ouvre le dossier d'admission du patient. Aucun formulaire d'admission n'est rempli à l'admission au CHR et aucun consentement général aux soins n'est signé. C'est la commis aux archives qui avise le plus souvent le médecin d'une admission et qui se retrouve assez souvent aussi dans des situations qui amènent des refus des psychiatres de prendre en charge un patient parce qu'il y a eu des changements de garde et que la commis n'en a pas été avisée. C'est cette dernière qui cherche le plus souvent à trouver un médecin pour accepter l'admission d'un patient.

Les médecins omnipraticiens, en contrepartie, sont avisés dès l'admission du patient, s'assurent que la médication pour la condition physique sera disponible et viennent généralement compléter leur évaluation du patient dans les 24 à 48 heures.

Plusieurs dossiers des psychiatres demeurent incomplets suite à la sortie des patients qui ont obtenu leur congé, notamment sans note de sortie avec résumé de l'hospitalisation, de sorte que le service des archives se trouve en imposture lorsque des demandes de renseignements ou de copie de dossiers sont demandées, conformément aux politiques en vigueur, car il arrive parfois qu'il n'y a même pas eu de note au dossier du patient pendant plusieurs semaines et mois.

Un relevé est pourtant envoyé mensuellement au directeur médical de la Zone 5 et au chef du département de psychiatrie du CHR sur les dossiers incomplets pour chaque psychiatre, avec les délais encourus.

Les relevés du mois février montre qu'il y a 46 dossiers non complétés, dont le délai dépasse 365 jours, et qui s'étalent sur une période remontant jusqu'à l'année 2013. Un psychiatre a 28 dossiers présentant des retards de plus de 365 jours et un autre en a 12, ce qui représente à leur deux 87 % des dossiers en retard.

Il n'existe pas de Politique sur la tenue du dossier, sur le complètement des dossiers ni sur les délais de complétion.

Les admissions pour évaluation de la Cour sont comptabilisées indépendamment des autres admissions, de sorte qu'un patient qui a eu son congé de l'unité d'évaluation, après que son évaluation ait été complétée, sera réadmis une nouvelle fois s'il revient sur une autre unité de soins.

Si le patient est transféré d'une unité de soins à une autre, à l'exception de l'unité d'évaluation, il n'aura pas une nouvelle admission mais sera comptabilisé comme un transfert d'unité.

Cependant, le service des archives déplore que les transferts ne sont pas tous signalés en temps opportun et que les congés temporaires de quelques jours ne sont souvent pas signalés non plus au service des archives.

Organisation médicale

Règlements et Règles en vigueur

Il existe des *Règlements administratifs pour le Réseau de santé Vitalité*, datant de 2013 et approuvés par le Ministre de la Santé. Ils définissent tous les niveaux de l'administration du Réseau de santé Vitalité, incluant l'organisation médicale, les départements et les groupes médicaux, les modalités de nomination des médecins, les droits et les obligations des médecins, et les mécanismes disciplinaires.

Des *Règles du personnel médical*, encore en révision et non adoptées officiellement par le Conseil d'administration, viennent compléter l'encadrement de la pratique médicale des médecins oeuvrant au RSV et au CHR. Ils visent à préciser le fonctionnement des diverses structures de coordination médicale et des fonctions exercées notamment par les chefs de département ou de services.

Suite aux entretiens avec le chef du département de psychiatrie du Centre hospitalier Restigouche, il n'existerait pas de *Règlement* ni de *Règles de fonctionnement* spécifiques au département

Conformément à la réglementation médicale en vigueur, le département de psychiatrie

tient minimalement 4 réunions par années. Après discussion avec les psychiatres, et consultation des procès-verbaux des réunions du département de psychiatrie, les items traités lors des réunion départementales ne sont pas orientées pour aborder divers objectifs que l'on retrouve pourtant dans le *Règlements* du RSV et *Règles du personnel médical*, tels :

- l'arrimage avec les autres membres de l'équipe de soins et services
- les mécanismes de mise à niveau sur les meilleures pratiques
- les règles de soins ou les protocoles médicaux
- le fonctionnement en équipe interdisciplinaire

Évaluation de la pratique médicale

Mis à part un comité sur l'étude des décès, il n'existe pas de mécanismes structurés pour évaluer la pratique médicale individuelle ou collective dans le département de psychiatrie du CHR. Des approches d'évaluation de la pratique médicale reconnues et largement répandues telles - l'analyse de la pratique en groupe - l'analyse de la pratique en groupe avec *Peer Review* (confrontation aux données de la science) - et l'évaluation par critères explicites ne font pas partie du discours et sont totalement inexistantes.

Renouvellement des privilèges

Le processus de renouvellement des privilèges, qui a cours à tous les 2 ans, tient compte du programme de formation continue de chaque médecin, lequel doit comprendre 50 heures de formation continue par année ou 250 heures sur une période de 5 ans.

De plus en plus d'établissements de santé inscrivent dans l'obtention ou le renouvellement des privilèges des médecins leur obligation de respecter les règlements, règles et politiques de l'établissement, de même que leurs obligations de participer des comités médicaux, à l'enseignement et à la recherche, s'il y a lieu. On retrouve généralement dans les privilèges des médecins, lorsque l'ensemble de santé dans lequel ils oeuvrent couvre plusieurs sites, l'obligation de desservir ces sites, s'il y a lieu.

Dans le contexte de la volonté du Ministère de la Santé et du Réseau de Santé Vitalité de développer un réseau intégré de services en psychiatrie tertiaire et légale, il serait opportun de retrouver, lors de l'attribution ou du renouvellement des privilèges des médecins, leur obligation à desservir un tel réseau.

Il en est de même pour les obligations spécifiques attendues des médecins dans l'exercice de leur pratique médicale, qui devraient elles aussi se retrouver dans l'attribution de leurs privilèges, en lien avec les dimensions qui doivent être améliorées (ex. visites médicales, tenue de dossiers, présentation devant le Tribunal de la santé mentale et la Commission

de révision, etc.). Si on ne réussit pas à inscrire directement de telles attentes dans les privilèges des médecins, il y aura alors lieu d'inscrire de telles dimensions dans les règlements et règles à adopter par le conseil d'administration, et le médecin sera tenu de s'y confirmer.

De plus, la tendance se généralise à l'effet que lorsque ces éléments sont précisés avant l'obtention ou le renouvellement des privilèges, chaque peut être médecin à signer sa demande d'obtention ou de renouvellement de privilèges avec de telles obligations, ce qui lui permet d'être bien informé de ce qui est attendu de lui, et permet à la direction d'y recourir en cas d'inobservance.

Il ne semble pas exister de mécanismes pour assurer une coordination des activités de formation continue pour les aligner sur les priorités organisationnelles, de sorte que chacun choisit ses thèmes de formations. Il n'y a donc pas de mécanismes en place pour développer des expertises spécifiques en lien avec les orientations et les objectifs organisationnels poursuivis, afin d'alimenter l'instauration des meilleures pratiques basées sur les données probantes, notamment en lien avec l'approche interdisciplinaire, le rétablissement et l'amélioration continue des pratiques médicales.

Psychiatrie légale

Au niveau de la psychiatrie légale, le problème de la présence des médecins sur l'unité d'évaluation a été mis en lumière, autant à l'interne que par les partenaires externes du réseau de la Justice.

Il existerait une perception parmi les psychiatres à l'effet que les évaluations pour aptitude à comparaître, qui doivent être complétées à l'intérieur d'une période maximale de 30 jours, doivent obligatoirement prendre 30 jours et qu'il n'y a pas lieu alors de se presser pour les compléter même si l'impact peut devenir important pour le patient, notamment pour celui qui souffre d'une maladie mentale nécessitant traitement et qui évoluera vers un verdict de non responsabilité criminelle. Cette façon de procéder amène certains psychiatres à ne voir le patient sous évaluation qu'en approchant la fin de son séjour de 30 jours.

À titre d'exemple, il est survenu récemment un cas clairement documenté d'un patient qui n'a pas été vu par le psychiatre durant la période de 30 jours de sa présumée évaluation, et le personnel a vu son état de santé se détériorer sans obtenir les soins médicaux requis, le psychiatre ne s'étant pas présenté durant toute la période d'évaluation.

Des plaintes officielles ont également été déposées par des patients ou leur famille, pour des absences de visites médicales s'étalant sur plusieurs jours et même des semaines, dans des cas où ces derniers ont constaté que le patient n'était évidemment pas été traité adéquatement.

Il n'existe pas de mécanismes pour « faire le tri » des demandes d'évaluation lors de la référence par la Cour, alors que plusieurs situations ont été rapportées à l'effet qu'une décision du psychiatre dès l'admission aurait pu être établie, sans que les autres profession-

nels ne soient sollicités, alors que d'autres cas nécessitent de leur côté une évaluation multidisciplinaire.

Certains milieux canadiens ont commencé à former des psychologues pour procéder à des évaluations pour aptitude à comparaître, à l'exception des cas les plus complexes nécessairement, et la législation du Nouveau-Brunswick permet cette possibilité dans la mesure où les psychologues concernés sont « désignés » à cette fin par l'*Attorney General* de la Province.

Plusieurs exemples ont été mentionnés pour étayer la situation ci-haut mentionnée, renforcée par plusieurs situations vécues au niveau du Tribunal de la santé mentale et à la Commission de révision. Ces deux instances soulèvent également que les psychiatres ne se présentent pas toujours aux auditions, contrairement à ce qu'ils retrouvent lorsqu'ils siègent dans d'autres milieux (Bathurst, Moncton, etc.). Dans un cas notamment, un psychiatre pourrait faire l'objet d'un outrage au Tribunal en n'ayant pas donné suite à un ordre du Tribunal de santé mentale de traiter son patient. Les faits rapportés mentionnent que lors de la première audition, le psychiatre ne s'était pas présenté et que le Président du Tribunal a émis un ordre de traitement parce que il s'était rendu compte que patient avait une condition psychiatrique qui n'avait pas été traitée, le médecin ne l'ayant pas vu durant sa période d'évaluation. Lors de la deuxième audition, le psychiatre n'avait pas donné suite à l'ordre du Tribunal.

Implication des médecins

L'approche asilaire semble encore prédominer au niveau d'une majorité des membres de l'équipe médicale du CHR, dans le sens où de façon majoritaire l'approche en est davantage une d'internement plutôt qu'une approche résolument orientée sur le rétablissement et l'émergence d'un projet de vie pour chaque patient. Ceci est confirmé par les membres des équipes cliniques qui sont en place dans les unités de soins, autant le personnel des soins infirmiers et les professionnels.

Comme groupe médical, les psychiatres ne sont pas les porteurs d'une approche axée sur le rétablissement ni sur le travail en équipe interdisciplinaire. Il s'agit d'une majorité, et non de la totalité des médecins. Il faut souligner l'implication et le suivi rigoureux effectué par quelques-uns d'entre eux.

Deux freins importants se dressent face à l'implication des médecins. Il s'agit de la formation médicale et du mode de rémunération.

- *Formation médicale et philosophie contemporaine des soins en psychiatrie*

La formation doctorale en psychiatrie de plusieurs membres de l'équipe médicale s'est effectuée à l'extérieur du Canada et, en l'absence d'une culture interdisciplinaire de soins au cours de leur formation, et d'une approche axée sur le rétablissement comme c'est le cas au Canada, ils ne semblent pas en lien avec l'évolution de la formation et de la pratique médicale en psychiatrie des dernières années. De

plus, il n'existe pas de démarches à date ni de modes d'organisation concertés dans le département de psychiatrie pour pallier à cette discordance. Réaliser un Centre d'Excellence en psychiatrie tertiaire et légale, et un Réseau intégré de services dans de telles circonstances est un défi de taille, sinon un échec prévisible.

- *Système de rémunération*

Les modes de rémunération actuels des psychiatres du département ne contribuent pas à la réalisation des objectifs organisationnels visés. Non seulement il n'y contribue pas, ils sont un incitatif négatif pour plusieurs des psychiatres, ce qui influence leur présence sur les unités, à leur implication dans l'équipe interdisciplinaire, et à leur implication directe des patients et à la recherche des meilleures pratiques.

Certains sont salariés à 37,5 heures / semaine (5), d'autres ont orienté leur pratique en milieu privé avec le maintien de quelques 10 heures / semaine de pratique au CHR (3), et un autre a orienté sa pratique en milieu privé avec des heures d'affectation hospitalières sous forme de vacances ou autre mode de rémunération.

Paradoxalement, les psychiatres salariés ne sont pas plus présents sur les unités ni plus impliqués dans l'équipe interdisciplinaire, alors que la notion d'incitatif négatif joue habituellement davantage chez les médecins rémunérés à l'acte.

Il ne semble pas exister de mécanisme de surveillance (relevé hebdomadaire, feuille de temps validée, etc.) pour s'assurer que les psychiatres effectuent la prestation de services attendue et remplissent leurs obligations professionnelles et contractuelles.

D'autre part, la pratique à l'unité de psychiatrie légale est rémunérée de façon substantielle, au cas, et en sus des autres modes de rémunération en place, et provient d'un autre ministère que celui de la santé. Tous les psychiatres sont affectés à l'unité d'évaluation.

Leadership médical

La structure médicale en place, avec un chef du département de psychiatrie local, ne réussit pas à pousser l'instauration des meilleures pratiques, à stimuler l'approche multidisciplinaire et à assumer un leadership clinique au CHR, malgré un mandat bien défini pour le département, pour le chef du département et pour les médecins d'un département, tels qu'énoncé dans les *Règlements* du RSV et dans les *Règles* du personnel médical.

Rien ne laisse transparaître une forme de vie départementale, sauf pour les 4 réunions statutaires annuelles, qui devrait être axée sur une organisation et une qualité optimale des soins, et sur des activités d'évaluation de la pratique professionnelle.

Certains psychiatres, minoritaires dans le groupe médical, perçoivent la nécessité d'une

vie départementale et d'un plus grand leadership.

Cependant, leur petit nombre parmi l'ensemble des effectifs médicaux, et le fait qu'ils ne veulent pas s'impliquer dans les postes de responsabilité avec les résistances en place, ne permet pas de renverser la vapeur et de changer les choses. De telles tentatives auraient été entreprises dans le passé mais l'ensemble des psychiatres n'aurait pas suivi.

Présence sur les unités de soins et dans les rencontres multidisciplinaires

On pourrait penser que les psychiatres salariés sont davantage une force en terme de présence et d'implication sur les unités. Comme mentionné précédemment, il n'en est rien.

Tout le personnel de toutes les unités de soins mentionne que les médecins, salariés ou non, ont une présence très faible, et non régulière en général, et que les interventions qui ont lieu lors de leurs brèves visites se limitent souvent à demander des nouvelles des patients à un intervenant, avec peu ou pas de notes au dossier médical.

L'absence d'évaluation périodique des patients sous leur responsabilité, à quelques exceptions près, est soulignée par le personnel de soins infirmiers comme étant pratique courante, ce qui ne bénéficie pas au traitement et à l'évolution clinique du patient.

Cela ne contribue pas non plus à une implication active et efficace du psychiatre dans les rencontres interdisciplinaires.

D'ailleurs, le personnel tout autant infirmier que professionnel, dénonce l'absence des psychiatres dans les réunions d'équipe interdisciplinaire, ce qui affecte la mise en place d'un véritable plan d'intervention multidisciplinaire, axé sur le rétablissement et convenu le patient et sa famille.

Le mandat confié au psychiatre consultant de l'Université de Sherbrooke au cours des dernières semaines devrait apporter des informations supplémentaires sur certains aspects de la pratique médicale des psychiatres et sur la tenue des dossiers médicaux.

Avec le mode d'organisation que se sont donné les 9 effectifs médicaux en place actuellement en psychiatrie, ce manque d'implication n'a aucune chance de transformer l'offre de soins et des services de psychiatrie tertiaire et légale au CHR, et encore moins de supporter un Centre d'excellence et d'en assurer le rayonnement.

Un tel état de fait n'est pas sans être préjudiciable pour les patients. Une situation a été rapportée à l'effet qu'une patiente qui s'était désorganisée au cours des 2 à 3 semaines suivant son admission sur l'unité d'évaluation. Cette patiente n'a eu aucune visite médicale depuis son admission, et elle s'est retrouvée devant la Commission d'examen avec une décision qui aurait pu être toute autre si elle avait été prise en charge médicalement et traitée efficacement au cours des semaines précédentes. Pris devant la situation de se présenter à la Commission d'examen sans avoir vu la patiente, le psychiatre concerné se serait fié aux notes de l'infirmière pour présenter son évaluation à la Commission, sans

avoir jamais vue la patiente.

Par peur de représailles, des membres du personnel refusent de documenter des situations comme celle mentionnée plus haut, et qui semblent très nombreuses dans les échanges survenus en cours de réalisation du présent mandat.

D'autres événements récents ont été documentés, et viennent supporter l'ampleur du problème. Au-delà de l'exemple mentionné précédemment, un autre événement documenté mentionne qu'une patiente admise le 29 novembre 2016 sur l'unité d'évaluation, n'avait pas encore été vue le 9 décembre 2016 (soit 10 jours plus tard). À l'appel du personnel infirmier auprès du psychiatre traitant, lors d'un épisode où la patiente a dû être mise en isolement et qu'elle a blessé 3 employés, ce dernier a raccroché la ligne téléphonique alors que l'on recherchait urgemment une orientation et une prise en charge médicale. Le lendemain, le même psychiatre aurait mentionné au personnel que « c'est normal de se faire frapper en psychiatrie ».

Pour apporter un élément d'objectivité supplémentaire sur cet aspect de non présence, un relevé de présence des psychiatres et des médecins omnipraticiens a été effectué de façon indépendante sur une période d'une semaine, allant du mercredi au mardi suivant (18 au 24 janvier 2017), durant la réalisation du présent mandat.

Même si certains psychiatres savaient qu'un tel relevé avait lieu, ajouté au fait qu'ils savaient qu'il y avait un consultant dans l'hôpital et qu'un psychiatre de l'extérieur était à regarder certains aspects de leur pratique médicale, le relevé ne fait que confirmer les dires maintes fois évoqués par l'ensemble du personnel clinique rencontré.

À titre d'exemple, un psychiatre qui occupe une fonction de responsabilité dans la structure médicale, et qui a 17 patients sous sa responsabilité répartis dans plusieurs unités de soins à vocation différente, n'en a vu aucun durant la semaine sous observation.

Un autre n'a pas vu 10 de ses patients, un autre n'a pas vu 7 de ses patients, et plusieurs visites se sont déroulées sur une période de quelques minutes seulement. Il y a aussi 2 psychiatres qui ont vu 7 patients sur une même unité durant une période estimée à environ 30 minutes au total.

Évidemment, il s'agit là d'indicateur grossier et non d'une étude temps / mouvement chronométrée, mais elle est suffisamment alarmante pour nécessiter des actions énergiques.

Présence et implication dans les activités du Centre de santé mentale communautaire

Les psychiatres effectuent les consultations externes en psychiatrie au Centre de santé mentale communautaire, sur des horaires qui varient de 1/2 journée à 1 1/2 journées / semaine, parfois 2 jours dans pour certains psychiatres. Les membres de l'équipe du Centre ne savent pas quel est le temps convenu pour la présence des psychiatres, de sorte qu'elle compose avec l'offre de services individuelle de chaque psychiatre qui peut varier d'une semaine à l'autre. Il arrive assez souvent que certains psychiatres annulent des journées de consultations, ce qui pose préjudice aux patients qui sont remis plusieurs

semaines plus tard et qui ont parfois besoin d'ajustement de médication ou de compléter des formulaires de tous sortes, sans compter la surcharge du personnel administratif qui reçoit les critiques des patients.

Le Centre de crise ne bénéficie de la présence d'aucun psychiatre et il en est de même pour l'équipe FACT qui devrait compter sur l'implication régulière d'un psychiatre. Le support aux équipes professionnels n'est pas structuré et ces derniers doivent « quémander » auprès des quelques psychiatres les plus collaborateurs un support pour certains patients qui requièrent une collaboration momentanée d'un psychiatre.

D'autres psychiatres qui sont sur place, devant une demande de l'équipe de professionnels, n'ont pour toute réponse « envoie-le à l'urgence ».

Les délais pour obtenir une consultation en psychiatrie au Centre de santé mentale communautaire s'élèvent en moyenne à 3 mois, et davantage pour certains psychiatres, de même que lorsque des cliniques complètes sont reportées.

Pratique médicale

Des membres du personnel clinique sur certaines unités de soins mentionnent qu'une évaluation médicale annuelle n'est pas effectuée pour les patients dont la durée de séjour se chiffre en termes d'années, et qu'il en est de même pour les prescriptions de médicaments pour lesquelles le personnel doit s'acharner pour qu'elles soient effectuées. À défaut de renouvellement par le médecin, le pharmacien continue de servir la médication pour ne pas pénaliser le patient.

D'autres situations ont été mentionnées lors des rencontres :

- « cela peut prendre 4 à 6 heures pour qu'un psychiatre réponde à un appel d'une unité de soins durant les heures régulières »
- « une visite éclair s'effectue souvent sur l'unité de soins, le psychiatre demandant à l'infirmière s'il est arrivé quelque chose de spécial au cours des dernières semaines, sans regarder le dossier, ni voir le patient, puis s'en va »
- un membre du personnel qui a été frappé par un patient et qui a fait appel au médecin traitant s'est fait répondre par le psychiatre « je verrai ça demain »

L'objet du mandat actuel n'est pas d'enquêter sur ces situations mais le fait de mentionner quelques-uns des nombreux exemples qui ont été rapportés démontre que le problème de non-présence régulière des psychiatres et d'une contribution professionnelle défailante dans l'équipe interdisciplinaire (évaluation, prise en charge médicale, plan interdisciplinaire, etc.) ne peut que porter préjudice aux patients du CHR.

D'ailleurs, le rapport des plaintes reçues au CHR pour l'année 2016 fait état de plusieurs plaintes liées à l'absence du psychiatre : « pas vu son psychiatre depuis son admission », « a vu son psychiatre une fois », « psychiatre ne vient pas quand il a dit qu'il vien-

drait ».

Cette non-présence des psychiatres sur les unités de soins, en plus de leur absence dans l'élaboration et le suivi des plans d'intervention interdisciplinaires, et qui devrait se faire avec la participation du patient et s'il y a lieu, de sa famille, ne peut qu'entraîner un plan de traitement médical qui n'est pas optimal et contribuer indirectement à la montée de la violence des patients envers le personnel au cours des derniers mois et des dernières années.

Centre d'excellence en psychiatrie tertiaire et légale

Il ne se dégage pas de leadership médical d'équipe pour porter la vision et le déploiement d'un Centre d'Excellence en psychiatrie tertiaire et légale, orienté sur les meilleures pratiques et le rayonnement. Il en découle qu'en l'absence d'une équipe médicale cohésive pour supporter un tel objectif, la mobilisation des autres équipes cliniques et professionnelles ne sera pas au rendez-vous et le patient en sera l'ultime perdant. Un Centre d'Excellence en psychiatrie ne peut voir le jour sans un leadership médical affirmé.

Réseau de services intégré

Il n'existe pas non plus de fonctionnement en réseau avec les partenaires de psychiatrie des hôpitaux de courte durée de la province, malgré un mandat provincial en psychiatrie légale, et ces derniers se plaignent de ne pas bénéficier d'une expertise qui devrait au rendez-vous et de l'absence d'un support qui soient accessibles pour leur clientèle qui pourrait bénéficier de la spécialisation du CHR. Et il ne semble pas exister non plus de volonté parmi les psychiatres d'en développer un réseau intégré de services. Le refus des psychiatres du CHR de participer à la démarche du Ministère de la Santé sur les enjeux de la psychiatrie légale au Nouveau-Brunswick en 2016, tel que mentionné au début, en dit long sur leur non implication dans le développement d'un véritable réseau intégré de services.

Le développement d'un réseau d'expertise en psychiatrie tertiaire et légale est souhaité par le Ministère de la Santé, le Réseau de santé Vitalité et la direction du Centre hospitalier Restigouche. De telles attentes s'inscrivent dans la foulée d'autres réseaux intégrés de services qui existent déjà dans la province, tels ceux en oncologie, en néphrologie, en cardiologie et en soins primaires. Le Centre d'excellence en santé mentale des jeunes qui sera sous peu en cours de réalisation à proximité du CHR est un autre exemple inspirant qui est porté par la direction du Réseau de santé Vitalité mais qui ne semble avoir d'influence sur l'équipe médicale en place au CHR.

Enseignement et recherche

Le département de psychiatrie participe déjà à des stages pré-prégradués que certains étudiants en médecine viennent effectuer pour une courte durée au CHR.

Le rapatriement imminent de la formation post-doctorale en psychiatrie à l'Université de Moncton, qui s'effectue actuellement à l'Université de Sherbrooke au Québec, devrait pouvoir profiter de toutes les expertises spécialisées en psychiatrie du Nouveau-Brunswick, dont celle en psychiatrie tertiaire et légale du CHR. Ceci ne semble pas susciter d'enthousiasme actuellement parmi les psychiatres du CHR et lors des rencontres avec eux, aucun ne s'est identifié comme pouvant travailler à organiser un stage dans son domaine d'expertise, notamment en psychiatrie légale pour laquelle le CHR a une mission provinciale.

Il y a cependant un psychiatre qui est responsable des stages des étudiants pré-gradués et il a convoqué une rencontre des psychiatres sur le sujet au cours des derniers mois et aucun d'entre eux ne s'est présenté.

Au niveau de la recherche, que ce soit en terme de recherche initiée localement ou de participation à des projets de recherche multicentriques sous la responsabilité de chercheurs extérieurs au CHR, il n'existe pas d'activité de recherche connue à l'échelle de l'établissement. Le service de psychologie se prépare pour une accréditation canadienne au cours des 2 prochaines années et cette reconnaissance permettrait au service de recevoir des étudiants au doctorat qui pourraient être appelés à réaliser un projet de recherche durant cette période de leur formation.

Néanmoins, des espaces et des aménagements physiques ont été prévus dans la récente construction du CHR pour la recherche.

Soins infirmiers

Des efforts de transformation de l'offre de soins et services ont été déployés il y a quelques années par la direction des soins infirmiers du CHR mais force est de constater que les bonnes personnes ne se sont pas retrouvées à la bonne place, que la vitesse du changement a été trop rapide et que le pilotage d'ensemble a fait défaut. La résultante qui en a découlé se traduit aujourd'hui par un retard dans la transformation initialement amorcée (ex. approche axée sur le rétablissement supportée par un expert américain du Connecticut) et par un clivage qui s'est installé entre le personnel du terrain et les dirigeants.

Stigmates d'un passé récent

Certaines infirmières gestionnaires et des membres du personnel infirmier ressentent encore les stigmates du régime de direction des soins infirmiers de cette époque, et dont les pratiques ont semé le désarroi parmi eux. Des blessures sont encore vives, notamment chez les personnes qui l'ont vécu le plus directement et le plus durement, avec pour conséquences des périodes de décompensation et d'absences prolongées. Ces personnes n'ont pas encore accepté le manque de support et le manque d'objectivité face aux situations et dommages vécus.

Descriptions des rôles et responsabilités

Plusieurs mentionnent le manque de ressources (pénurie ou coupure de poste), le temps supplémentaire et l'absentéisme important du personnel (maladie et autre). Néanmoins, la structure des postes et la répartition du personnel selon la vocation des diverses unités de soins mérite d'être analysée avant tout ajout de ressources.

Cette situation est aggravée par le fait que les rôles respectifs des membres de l'équipe des soins infirmiers ne sont pas clairement définis et compris, et que les compétences de chaque titre d'emploi n'ont pas été développées pour s'arrimer avec la spécialisation des soins qui se développe un peu partout au Canada.

Structure et affectation du personnel

Le personnel infirmier critique la structure qui a entraîné la mise en place au cours des deux dernières années d'infirmière-guides (assistantes) et d'infirmières-ressources en appui à l'infirmière gestionnaire. Ils mentionnent largement qu'il y a plus « de chefs que d'indiens ». Néanmoins, avec une approche visant à rehausser les compétences du personnel infirmier et à soutenir les meilleures pratiques en psychiatrie, l'optimisation de cette structure mérite d'être évaluée.

Cette notion de manque de personnel devient l'obstacle ou l'excuse pour ne pas se mobiliser et s'investir davantage dans le positionnement organisationnel. Voilà pourquoi il devient primordial de bien préciser les orientations et les objectifs opérationnels poursuivis, les communiquer à tous les niveaux et prévoir des stratégies de la gestion du changement.

Il existe une méthode de répartition de la charge de travail au niveau des soins infirmiers mais cette dernière mériterait d'être revue et arrimée avec les pratiques en cours dans d'autres milieux canadiens semblables.

Manque de collaboration médicale

Des membres du personnel infirmier mentionnent que les Kardex (plans de soins) ne sont pas à jour dans certaines unités et qu'il arrive que les renseignements qui y sont contenus ne correspondent plus à l'état du patient depuis une bonne période de temps. Ils mentionnent aussi qu'il est plus facile de rejoindre un pharmacien pour ajuster une médication ou procéder à une represcription d'une prescription échue que de rejoindre le médecin traitant.

Dans le secteur des soins de plus longue durée, les prescriptions devraient être renouvelées au moins à tous les ans mais dans quelques cas ces renouvellements n'auraient pas été fait depuis 2014 et même 2012 dans un cas.

Au niveau du fonctionnement, ce sont les infirmières guides cliniques qui complètent les plans thérapeutiques infirmiers et les plan d'intervention multidisciplinaires.

Cadres infirmiers

Les quelques infirmières gestionnaires qui gèrent 2 unités mentionnent être débordées, ne plus avoir de temps pour suivre l'évolution des patients et supporter les rôles de leur personnel. Elles se sentent coincées entre leur ancien rôle d'infirmière chef d'équipe et leur rôle de gestionnaire porteur de la vision de l'organisation, de l'implantation des objectifs organisationnels et de l'animation de leurs équipes. Elles mentionnent avoir moins de temps pour leurs équipes, alors qu'elles ne tablent pas suffisamment sur la présence d'une infirmière guide et d'une infirmière ressource.

Elles ont mentionnées être conscientes de l'évolution de leur rôle et que le rehaussement de leurs compétences dans leur rôle de gestion et de leader d'équipe devient une nécessité.

Le fait que les infirmières gestionnaires soient syndiquées pose des limites aux dirigeants pour en faire des partenaires qui sont intégrées à part entière dans la hiérarchie administrative et la ligne d'imputabilité.

Les gestionnaires mentionnent également que la gestion de l'absentéisme, décentralisée à leur niveau, laisse voir que la compréhension de l'application des politiques qui y sont rattachées peut varier d'un gestionnaire à l'autre, ce qui peut générer un sentiment d'injustice au niveau de certaines équipes ou groupes d'employés.

La très grande majorité des personnes rencontrées mentionnent la nécessité d'une communication transparente et continue à tous les niveaux. Néanmoins, il ne semble pas que tous les gestionnaires ou responsables de tous les services (unités de soins, services médicaux, etc.) réunissent régulièrement (ex. 1 fois / mois) les membres de leurs équipes pour communiquer les orientations, les décisions et les projets en cours, de même que pour animer la réalisation des objectifs d'équipe reliés à l'amélioration continue de la qualité et à une prestation sécuritaire des soins.

Approche orientée sur le rétablissement

La notion du rétablissement est dans le discours et affirmé de façon généralisée. Néanmoins, il n'existe pas de définition partagée par tous, pas d'objectifs suffisamment définis et partagés pour guider sa dissémination ni d'indicateurs de mesure pour en apprécier le degré d'implantation.

Il y a néanmoins un Comité sur le modèle du rétablissement, créé en 2008 et renommé Comité Ré-Action en 2014. Ce comité continue de se réunir sur une base régulière.

Formation et rehaussement des compétences

Le personnel infirmier peut s'inscrire à des formations individuelles mais il n'existe pas de coordination ni de convergence des activités de formation de groupe ou individuelle en appui aux orientations prioritaires du CHR (ex. rehaussement des compétences en santé

mentale, formation sur le rétablissement, développement des pratiques basées sur les données probantes, travail d'équipe, etc.) dans le positionnement du Centre d'excellence en psychiatrie tertiaire et légale.

Le personnel infirmier devrait être en mesure d'évaluer la condition physique et mentale de chaque patient, effectuer des entrevues structurées axées sur des objectifs de rétablissement et intervenir selon des approches reconnues, telles l'approche motivationnelle et l'approche cognitivo-comportementale.

Personnel professionnel

Le personnel professionnel en place demeure le gardien de l'approche centrée sur le rétablissement du patient, mais les efforts déployés par les professionnels demeurent limités en l'absence d'une approche concertée et structurée avec les médecins et le personnel infirmier.

Au niveau des services de pharmacie, les effectifs de pharmaciens qui représentaient 2 postes de pharmaciens antérieurement sont passés à un 1 poste à temps complet, occupé par 2 pharmaciens. Ce poste, intégré aux effectifs de l'Hôpital Régional de Campbellton, effectue en grande partie les activités associées à la distribution des médicaments au CHR, laissant peu d'espace pour la pharmacologie clinique et l'implication dans l'équipe interdisciplinaire et l'enseignement au patient et à la famille. Les deux pharmaciens rencontrés mentionnent l'impossibilité d'apporter un support clinique adéquat dans l'utilisation des médicaments au CHR.

Cette carence, couplée à la non-présence de psychiatres sur les unités de soins, crée une situation à risque pour les patients et ne permet pas un traitement médicamenteux optimal.

Services de support

Le secteur des ressources humaines et le secteur des soins infirmiers, deux secteurs majeurs dans la modernisation et la transformation des soins et des services d'un hôpital, ne semblent pas avoir été proactifs et n'ont pas été au premier plan de l'analyse des besoins, du rehaussement nécessaire des compétences et du déploiement des meilleures pratiques dans leur domaine.

Il n'y a pas eu, devant la situation qui prévaut au Centre hospitalier de Restigouche ces dernières années, et qui s'est détériorée progressivement, d'approche proactive de réflexion, de vision et de stratégies de ces deux directions pour en arriver à faire leur propre évaluation, de concert avec la direction en place, à revoir l'organisation du travail et à identifier les pratiques professionnelles à rehausser.

Service des Ressources humaines

Les deux personnes des ressources humaines qui sont localisées au CHR sont assignées aux relations de travail pour le niveau régional. L'une d'entre elles, la conseillère, apporte tout de même un support partiel à la directrice de la psychiatrie tertiaire et légale, ce qui est très apprécié mais nettement insuffisant.

Les systèmes d'information de ce service mettent en évidence un taux élevé d'absences-maladies et un nombre élevé de motifs reliés à des problèmes de santé non physiques.

De même, le taux de violence au travail du CHR figure parmi les plus élevés du RSV.

Les rôles et responsabilités des divers intervenants cliniques ne sont pas clairement définis, à jour et en lien avec les pratiques contemporaines. Les profils de compétences qui s'y rattachent ne sont pas à jour, sinon inexistantes.

Il existe plusieurs programmes de formation du personnel au CHR, dont la majorité d'entre eux sont orientés sur une prestation sécuritaire des soins, ce qui s'inscrit favorablement en lien avec les normes d'Agrément Canada.

Néanmoins, en dehors de la formation sur les éléments de sécurité des soins, des programmes de formation du personnel devraient être prioritaires parmi la formation offerte et être orientés sur le rehaussement des compétences professionnelles, le travail en équipe interdisciplinaire, le rétablissement et l'amélioration continue (objectifs, indicateurs de résultats).

De même, les gestionnaires ont besoin d'être mieux outillés et formés pour gérer les transformations et la modernisation des pratiques, avec le développement d'habiletés en leadership transformationnel et de performance. De leur côté aussi il y a lieu de dresser le profil des compétences attendues et procéder au rehaussement des compétences, facteur crucial dans la réussite d'une transformation organisationnelle et dans la gestion du changement.

Service des Soins infirmiers (pratiques professionnelles)

Au niveau des pratiques professionnelles-soins infirmiers, il n'y a personne de localisé au CHR, bien qu'une conseillère en soins infirmiers ait été identifiée récemment pour la santé mentale. Cependant, il semble que cette nouvelle conseillère en santé mentale n'ait aucune formation ni expérience particulière en santé mentale.

Il n'y a pas eu, au cours des dernières années d'évaluation des compétences du personnel infirmier dans le but d'apporter les rehaussements nécessaires en lien avec les meilleures pratiques en santé mentale qui prévalent au niveau canadien.

Les infirmières devraient être en mesure d'évaluer la condition physique et mentale de tout patient, maîtriser l'approche motivationnelle de même l'approche cognitivo-comportementale, tel que mentionné plus haut.

Qualité / Gestion des risques

Le personnel de l'équipe qualité / gestion des risques est très dynamique et bien outillé pour poursuivre les objectifs d'amélioration au niveau du RSV et supporter les diverses équipes des sites qu'il dessert. Cette équipe assure la coordination de tout le processus d'agrément en lien avec Agrément Canada.

Plusieurs systèmes d'information en place au niveau de cette équipe permettent d'avoir des données pour le site Centre hospitalier Restigouche. Ces données concernent notamment les incidents / accidents, les événements sentinelles, les normes d'Agrément Canada et les résultats des études de satisfaction de la clientèle dont la dernière date de novembre 2016.

Il semble néanmoins que les services cliniques utilisent peu les données et l'expertise de cette équipe.

Services d'entretien

Il existe un climat malsain au sein du service d'entretien ménager qui mérite une attention particulière. Les relations sont tendues avec le personnel d'encadrement et la gestion courante est objet de plusieurs critiques, que ce soit au niveau de la répartition du travail, du remplacement, de la gestion des absences-maladie ou de l'absence de reconnaissance.

De très nombreux exemples ont été soulevés à cet effet.

INTERDISCIPLINARITÉ

L'interdisciplinarité se définit comme étant l'art de faire travailler ensemble des personnes ou des équipes issues de diverses disciplines scientifiques.

Travailler ensemble : une équipe interdisciplinaire en psychiatrie se compose généralement de psychiatres, d'infirmières, de psychologues, de pharmaciens, de travailleurs sociaux, d'ergothérapeutes, de physiothérapeutes, de nutritionnistes, etc., ayant pour but commun d'élaborer et mettre en œuvre les plans d'intervention pour les patients, selon leur condition.

L'art de travailler ensemble : c'est toute la dynamique associée à la clarification des rôles, aux mécanismes de fonctionnement en équipe et surtout, à l'animation de l'équipe.

Il existe de tels fonctionnements au CHR, malheureusement à titre d'exception, plutôt qu'à travers une pratique dominante comme l'on pourrait s'attendre d'un centre qui prétend à un statut de Centre d'excellence.

L'absence décriée des médecins sur les unités de soins, un manque de clarification des rôles et responsabilités de chaque type de professionnel, un rehaussement nécessaire des compétences cliniques et un manque de leadership d'équipe et transformationnel au niveau des unités de soins sont autant d'écueils qui empêchent actuellement le développement à grande échelle d'une véritable approche interdisciplinaire.

Ici encore, c'est au patient qu'une telle approche bénéficie, ou qu'il en est privé actuellement, en termes de pertinence, de cohérence et de continuité des interventions.

Il n'existe pas de véritable plan d'intervention interdisciplinaire pour chaque patient.

Il ne semble pas exister non plus de suivis systématiques ou de plans d'intervention multidisciplinaires type pour guider les équipes cliniques.

RESPECT DES DROITS DES PATIENTS

Participation aux soins

La participation de l'patient et de ses proches dans son cheminement n'est pas suffisamment structurée pour que l'on puisse noter une implication objectivable de ces derniers.

Le récent sondage sur la satisfaction de la clientèle met notamment en évidence que près de la moitié des patients mentionnent désirer participer plus activement à leur plan d'intervention.

Agrément Canada a introduit plusieurs normes en regard de l'apport et de la participation des patients et des familles dans ses normes et critères, au cours des deux dernières années, et ces normes seront utilisées lors de la prochaine visite d'agrément prévue au printemps 2017.

Code d'éthique

Un Code d'éthique est en place et il décrit les droits et les responsabilités des patients et les comportements attendus du personnel.

Actuellement, il n'existe pas d'activités de recherche au CHR qui demanderaient un consentement du patient, et une évaluation par un comité d'éthique de la recherche.

Consentement

Le recours au consentement du patient ne semble pas être systématisé ni faire partie de la culture de soins au CHR. Les politiques en vigueur, touchant la contention, l'isolement et les fouilles, sont assez claires à l'effet d'obtenir le consentement du patient.

De très nombreux exemples sont mentionnés par le personnel et font état d'un manque de sensibilisation, voire de volonté, pour recourir au consentement de sorte que les politiques en vigueur ne sont pas intégralement appliquées.

Comme mentionné plus tôt, advenant qu'il faille administrer des soins contre le gré du patient, les psychiatres ne recourent pas systématiquement à une autorisation de détention ou à un Ordre du Tribunal pour traiter un patient contre son gré.

Il ne semble pas non plus exister d'outils de monitoring en place (statistiques, audit, etc.) pour mesurer le degré de conformité à ces politiques.

Déclaration des événements indésirable et divulgation

Il existe des politiques telles la *Politique sur la gestion des événements indésirables et sentinelles* et la *Politique sur la divulgation d'événements indésirables*.

Les déclarations d'événements indésirables font l'objet d'une sous-déclaration au CHR, ce qui résulte d'une culture qui repose encore davantage sur la peur du blâme que sur l'amélioration continue.

Patient partenaire

Au-delà du respect des droits des patients, l'évolution des soins et services en santé en santé mentale amène les équipes de psychiatrie à travers le Canada à dépasser le stade du respect des droits des patients et à considérer ce dernier comme un acteur central dans l'établissement et le suivi de son plan d'intervention.

Il existe un pair aidant actuellement au CHR et ce dernier collabore avec les équipes cliniques pour adapter certaines prestations de soins. Il ne semble toutefois pas exister de description de rôles et responsabilités ni d'évaluation de la contribution d'une telle ressource jusqu'ici.

Représentation des patients

Il existe un comité des patients, renommé Comité Phoenix en 2014, pour lequel il existe 2 compte rendus de rencontre au cours des 3 dernières années. Il n'y a pas de représentant indépendant des patients au CHR (personne indépendante des patients hospitalisés et du personnel).

Conséquemment, les patients et leurs familles n'ont aucun autre mécanisme de régulation pour l'expression de leurs droits que le recours au mécanisme des plaintes du RSV.

Approche orientée sur le rétablissement

Diverses étapes de désinstitutionalisation ont eu lieu au cours des dernières années parmi la clientèle du CHR.

Il ne semble pas toutefois exister de mécanisme continu d'évaluation de l'autonomie des patients et de leur capacité à migrer vers un projet de vie dans la communauté.

Conséquemment, plusieurs patients sont considérés *a priori* comme ne pouvant bénéficier d'aucune amélioration, de sorte que les plans d'interventions ne reflètent pas une approche axée sur le rétablissement ni un accompagnement structuré par tous les membres de l'équipe clinique et de soutien.

Tel que mentionné précédemment, une orientation axée sur le rétablissement a été introduite en 2009, avec l'apport d'un expert américain, et des stratégies ont été amorcées pour disséminer l'approche et former le personnel.

Les événements des dernières années au niveau de la direction des soins infirmiers du CHR ont entraîné une perte de vitesse importante et les effets systémiques se sont effrités. Le rétablissement est toujours dans le discours du personnel clinique, avec des définitions parfois différentes et sans stratégie globale au niveau de l'ensemble du CHR.

Entre-temps, la culture asilaire demeure coriace, même auprès de l'équipe médicale, et plusieurs patients sont considérés d'emblée comme non récupérables alors que des exemples de « miracles » ont eu lieu suite à des équipes et à quelques médecins qui ont cru au potentiel de tels patients et qui les ont accompagnés dans un projet de vie qui les a conduit à vivre dans la communauté.

RELATIONS AVEC LES PARTENAIRES

Tribunal de la santé mentale

Tel que mentionné précédemment, plusieurs dossiers présentés devant le Tribunal de la santé mentale suite à une évaluation pour aptitude à comparaître démontrent que le suivi médical est inconstant et parfois absent durant toute la période d'évaluation, tout en rappelant ce cas cité précédemment où le psychiatre s'est représenté à une deuxième audition sans avoir donné suite aux recommandations de la première audition devant le Tribunal.

Le Président mentionne que dans les autres milieux offrant des services de psychiatrie dans la Province, la collaboration avec les psychiatres est excellente et leur disponibilité exemplaire.

Commission de révision

Il n'a pas été possible de rencontrer le président de la Commission d'examen durant l'exercice du présent mandat.

Direction de la Protection des Droits des patients psychiatriques

Au niveau de la Direction de la Protection des Droits des patients psychiatriques du Nouveau-Brunswick, les exemples pullulent sur des situations de non collaboration des psychiatres, et également du personnel infirmier, sur la réticence à demander un Certificat de détention ou un Ordre du Tribunal dans le meilleur intérêt du patient et de l'exercice de ses droits.

Malgré des tentatives répétées pour informer le personnel et les psychiatres sur le rôle de la Direction de la Protection des Droits des patients psychiatriques, rien n'y fait, et les conséquences font en sorte que le CHR est le milieu qui requiert le moins de demandes parmi tous les autres sites provinciaux ayant une mission en psychiatrie, et ce en dépit de la spécialisation du CHR dans ce domaine.

Pour illustrer le fait que les équipes ne recourent pas suffisamment aux ordres du Tribunal pour traiter un patient contre son gré, les données fournies par la Défenseure des Services de défense des droits des malades psychiatriques pour l'année 2016 démontrent que Campbellton est l'hôpital (malgré sa spécialisation) qui demande le moins d'ordres du Tribunal parmi les autres zones telles Bathurst, Edmundston, Moncton et Fredericton.

La qualité des liens avec la Défenseure locale est à ce point difficile que plusieurs personnes ont occupé ce poste au cours des dernières années et elles ont dû quitter en raison de situations jugées inacceptables en regard du droit des patients et les piètres relations avec les équipes cliniques.

Clinique de santé mentale communautaire

Les psychiatres effectuent leurs consultations externes à la Clinique de santé mentale communautaire où se trouve une équipe interdisciplinaire qui offre des soins et services en lien avec le réseau des médecins de famille, le CHR, les résidences en santé mentale et le milieu de l'hébergement.

Il existe un Centre de crise, qui répond aux demandes d'évaluation urgentes et qui peut aller jusqu'à une évaluation à domicile. Il y a aussi une équipe FACT (Forensic Assertive Community Treatment) qui prend en charge les patients avec des troubles sévères et persistants qui ont eu leur congé du CHR.

Habituellement, un Centre de crise et une équipe FACT devrait bénéficier de la présence d'un psychiatre pour assurer une prestation de services adéquate et coordonnée.

Actuellement, aucun psychiatre ne participe au Centre de crise ni à l'équipe FACT.

De plus, malgré la proximité de l'équipe interdisciplinaire en place au Centre de santé mentale communautaire, il y a peu ou pas de collaboration au quotidien avec l'ensemble des psychiatres qui y effectuent leurs consultations.

Liens avec les autres hôpitaux ayant un service de psychiatrie

Les liens avec les autres hôpitaux ayant un service de psychiatrie ne sont pas valorisés par l'équipe médicale, sauf pour les services de consultation à l'Hôpital régional de Campbellton, de sorte que l'émergence d'un réseau intégré de service demeure à venir.

CLIMAT DE TRAVAIL

Rappel de l'évolution des soins et services en santé mentale au Canada

Au Canada et ailleurs dans le monde, l'évolution de l'acceptabilité sociale des patients atteints de problèmes de santé mentale s'est faite de façon parallèle avec l'évolution des traitements médicamenteux, des thérapies et d'une meilleure connaissance de la maladie.

De même, avec une prévalence de la maladie mentale établie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à une personne sur cinq, la recherche et l'adaptation des soins et services pour cette clientèle a influencé grandement l'organisation des soins et services au Canada.

Évolution de la culture du Centre hospitalier Restigouche

Émergeant d'un passé asilaire, comme les autres institutions psychiatriques au Canada, le CHR a toujours compté sur du personnel et des dirigeants soucieux de soulager la misère et la détresse associés aux problèmes de santé mentale de leurs concitoyens. Cette culture s'est manifestée par une sorte d'esprit de famille parmi le personnel, avec comme résultante des personnes qui parfois y ont travaillé durant plus de 30 à 40 ans.

Dans ce contexte, l'implication personnelle des membres du personnel prenait souvent le pas sur la spécialisation des ressources professionnelles. L'arrivée d'une main-d'œuvre plus jeune, formée davantage sur les pratiques de soins basées sur les meilleures pratiques et sur l'approche interdisciplinaire, crée des difficultés d'adaptation qui se traduisent pas des difficultés de rétention et, partant, de recrutement.

Cette situation crée un sentiment « que ce n'est plus comme avant », « qu'on n'a pas autant le goût de venir travailler qu'avant », « qu'on a perdu l'esprit de famille qui régnait dans l'ancien hôpital, avant les fusions », etc..

Rapport externe d'évaluation du climat de travail (Colette Consultants - 2015)

Un mandat d'évaluation du climat de travail a été confié à une consultante externe en 2015 suite à une plainte du Syndicat des infirmiers et infirmières du Nouveau-Brunswick.

Les principales conclusions du rapport reposaient sur l'urgence de rétablir un climat de confiance et de développer des attitudes saines, notamment en mettant en place une direction de la psychiatrie tertiaire et légale qui soit rassembleuse et capable de gérer les changements en cours. Les autres recommandations s'articulaient autour du mandat d'un comité paritaire sur le climat de travail.

L'évolution de la gestion au CHR

Les dernières années ont été marquées par une perte d'identité organisationnelle consécutive à la régionalisation des services et à la perception que les politiques et les modes de fonctionnement de l'ensemble régional ne s'appliquent pas intégralement au CHR.

En même temps, force est de constater que les pratiques de gestion contemporaines n'ont pas été valorisées ni implantées à tous les niveaux du CHR (ex. objectifs organisationnels partagés, des plans d'actions convenus et communiqués, des responsabilités clairement définies, du développement des compétences, des indicateurs de suivi des actions entreprises, etc.).

Plus particulièrement, des changements de direction sont survenus au cours des récentes années, avec un régime de gestion qui a laissé des traces indélébiles, suivi d'intérim nombreux, ce qui a eu pour effet de déstabiliser le climat et la culture organisationnelle.

L'épisode de direction qui a eu le plus d'impact sur le climat et la culture organisationnelle a eu cours il y a près de 3 ans. Les effets négatifs qui en ont découlé ont entraîné des blessures profondes qui sont encore présentes chez certaines personnes dans la structure clinique. Cela fait en sorte que les effets directs qu'ont vécu ces personnes continuent encore à avoir des effets collatéraux chez plusieurs autres collègues.

Même si la situation causale a été réglée par le départ des responsables en cause, les personnes atteintes considèrent que les dirigeants n'ont pas pris soin d'eux ni ne les ont accompagnés adéquatement. Leur référence au Programme d'aide aux employés (PAE) à l'époque des événements a été perçue comme une décharge et une banalisation de ce qu'elles vivaient, et non comme une reconnaissance à sa juste valeur de la souffrance dans laquelle ces personnes se trouvaient et se trouvent encore aujourd'hui pour quelques-unes d'entre elles.

Ces événements ont entraîné un manque de confiance profond envers les dirigeants et une démobilisation importante. Ce manque de confiance se répercute à l'échelle du CHR et il a été mentionné plus d'une fois que le respect et l'écoute entre les personnes au niveau des services et des unités de soins se sont dégradés au cours de ces dernières années.

Violence au travail

Les agressions physiques par les patients, vécues de façon régulière par le personnel, demeure une préoccupation centrale parmi tout le personnel clinique et le manque de personnel revient régulièrement autour de cet aspect, ce qui ne représente pas l'agent causal central. Les statistiques disponibles démontrent un taux élevé d'agressions de la part des patients au CHR, en comparaison d'autres milieux psychiatriques. Bien qu'un programme pour habiliter le personnel à gérer les comportements violents et agressifs (OMEGA) ait été implanté, il semble qu'il n'ait pas été soutenu de façon suffisamment continue pour en tirer les meilleurs effets.

Il y a lieu de continuer à répertorier les meilleures pratiques en ce sens ailleurs au Canada pour s'assurer que tout soit mis en œuvre pour limiter les cas de violence de la part des patients à des situations plus exceptionnelles. Comme mentionné précédemment, un plan d'intervention interdisciplinaire adapté pour chaque patient et un suivi rigoureux et régulier demeure le meilleur facteur de prévention.

Un comité sur la violence au travail a été mis sur pied récemment au CHR et ses travaux devraient entraîner des plans d'action efficaces pour améliorer sensiblement la situation. La participation d'un médecin sur ce comité permettrait notamment, lors de l'analyse des situations de violence qui sont survenues, de s'assurer que le traitement médical était adéquat et qu'une analyse de chaque situation fasse l'objet de recommandations, s'il y a lieu. Un comité provincial sur la violence au travail a également été mis sur pied récemment.

De plus, le service de sécurité est peu mis à contribution lors des « codes blanc » (agressions). Il y aurait lieu d'en faire les intervenants principaux, laissant au personnel clinique son lien thérapeutique avec le patient. Cela exigerait évidemment une formation adaptée sur les pathologies psychiatriques et sur la gestion des comportements violents et agressifs.

Le rôle des agents correctionnels mérite lui aussi d'être redéfini, selon la vocation des unités cliniques où ils se trouvent, afin d'en faire des membres de l'équipe clinique à part entière.

Tel que mentionné dans un chapitre précédent, le personnel se sent laissé à lui-même face aux épisodes d'agressivité des patients, en raison d'une prise en charge médicale dénoncée comme étant inadéquate, ce qui empêche d'en arriver à un plan d'intervention interdisciplinaire suffisamment intégré.

La situation qui se vit à l'unité d'évaluation (*forensic*) présente des caractéristiques particulières. Certains patients qui y sont référés pour évaluation par la Cour sont des criminels dangereux. Le personnel clinique de l'unité d'évaluation, malgré la présence d'agents correctionnels, se sent démuni et mal équipé en termes de protection pour faire à ces situations. Il réclame un équipement de protection suffisant et des moyens supplémentaires pour maîtriser les cas les plus violents et les plus dangereux. Plusieurs situations sont survenues où le personnel a été agressé sauvagement, blessé sérieusement, reçu des menaces de mort et parfois contaminé par des morsures d'individus porteur du HIV.

Cette unité doit composer avec l'ambivalence reliée à la cohabitation de l'approche thérapeutique et de l'approche de la gestion d'une dangerosité élevée chez des criminels (notion d'hôpital-prison). Deux membres de cette équipe ont déposé une plainte d'agression criminelle à la police pour une attaque sauvage qu'ils ont subie sur l'unité d'évaluation.

Le comité sur la violence au travail mis sur pied récemment au CHR adresse ces situations en priorité et les recommandations qui découleront de ses travaux devraient pouvoir être mises en application au cours des prochaines semaines.

Un tel climat de travail dans l'ensemble du CHR fait en sorte que la mobilisation de tous les niveaux d'intervenants du CHR, pour la réalisation d'un Centre d'excellence en psychiatrie tertiaire et légale, et pour l'implantation d'un réseau intégré de services, se trouve sérieusement compromise et que des stratégies costaudes devront être déployées afin de redresser la situation.

Les attentes du personnel

La rencontre initiale avec les représentants des différents syndicats du CHR a permis de mettre en évidence leur volonté de s'inscrire dans la vision d'un Centre d'excellence, de s'impliquer dans la transformation des services en cours et dans la promotion d'un milieu de travail sain et sécuritaire. Ils démontrent une préoccupation constante envers la qualité et la sécurité des soins.

Les représentants syndicaux ont alors mentionné que la nouvelle directrice de psychiatrie tertiaire et légale a contribué activement, depuis son arrivée, à recentrer le mandat du comité paritaire en santé et sécurité au travail et à créer un climat de confiance avec les partenaires syndicaux, ce qui s'est traduit par des améliorations dans l'organisation du travail.

De même, les rencontres générales avec le personnel des divers quarts de travail (*plus de 180 personnes*) ont démontré que le personnel était prêt à s'engager et à s'orienter sur le rétablissement du patient.

Ces rencontres générales avec le personnel en début de mandat a notamment mis en évidence des préoccupations autour de :

- la présence de plus en plus faible des psychiatres sur les unités de soins, avec mention répétée « médecins absents des unités de soins »
- un véritable travail d'équipe à déployer, dans la compréhension des rôles respectifs de chacun des acteurs (rôles et tâches bien définies, communication, respect mutuel)
- l'inquiétude sur la sécurité du personnel en lien avec des agressions par les patients qui sont banalisées par certains psychiatres
- un sentiment d'être moins heureux au travail qu'auparavant en raison de situations qui ne changent pas suffisamment rapidement
- une approche à valoriser auprès des patients qui ne devrait pas se concentrer sur l'historique du patient (statu quo de l'évolution) mais sur les progrès possibles et à réaliser (rétablissement)
- le développement des compétences, le développement et le transfert des connaissances

- la surcharge de travail du personnel infirmier associée aux absences, congés maladie et difficultés de recrutement

Lors des rencontres individuelles et en petits groupes (*près de 130 personnes*) il a été également mis en évidence que les compétences des gestionnaires et leurs habiletés de leader d'équipe n'ont pas été priorisées et qu'ils se retrouvent trop souvent mal outillés pour porter les orientations du CHR et du RSV, communiquer et animer leurs équipes autour des meilleures pratiques, de l'amélioration de la qualité, de la sécurité des soins et du rétablissement.

Les questions du personnel et leur insécurité sont ressenties de la même façon par les gestionnaires, ce qui démontre que les gestionnaires ne sentent pas mieux outillés que leur personnel pour mobiliser efficacement les équipes et maintenir une cohésion dans les stratégies organisationnelles.

Lors de ces rencontres individuelles ou de petits groupes, les personnes rencontrées ont aussi repris certains thèmes énoncés lors des rencontres générales et certaines autres :

- incompréhension et manque de reconnaissance des rôles respectifs des infirmières, infirmières auxiliaires et préposés
- le manque de communication continue à tous les niveaux
- le travail d'équipe à valoriser, à développer et à supporter
- le manque de prise en compte des problèmes de santé physiques courants par les équipes cliniques, de même que des effets métaboliques des antipsychotiques, même si des initiatives ont déjà été entreprises à ce dernier chapitre
- la perception de se voir imposer des politiques ou des procédures originant de l'Hôpital régional de Campbellton et qui ne sont pas adaptées à la réalité du CHR
- faible disponibilité sur place des psychiatres, non réponses aux appels, peu de support aux équipes
- la notion véhiculée par certains, et même par certains psychiatres, « qu'il est normal de se faire frapper par un patient » compte tenu du type de patients en psychiatrie
- la difficulté de se libérer pour la formation en raison d'une absence de remplacement
- laxité dans le concept de rétablissement qui peut aller jusqu'à une laxité dans l'administration des médicaments ou dans la tolérance des comportements inacceptables

Réputation du CHR

La bonne réputation d'une organisation favorise une culture identitaire forte et une fierté pour le personnel d'y œuvrer et pour les patients d'y être traités.

Plusieurs éléments ou situations qui sont survenues témoignent d'atteinte à la réputation du CHR ou à sa non reconnaissance :

- climat organisationnel détérioré
- violence de la part des patients et formes d'intimidation entre certains membres du personnel
- difficulté d'accessibilité aux services
- perçu comme un partenaire inconstant dans toute la trajectoire de services (autres zones, autres organismes de santé, secteur de la Justice, etc.)
- une non disponibilité des psychiatres, dénoncée largement à l'interne, par les partenaires externes et par des plaintes des patient

PARTIE III

CONCLUSION

L'étude de cas a permis de dégager des constats et des recommandations qui démontrent que le Centre hospitalier Restigouche est à une croisée des chemins vitale pour son futur.

D'un côté, si aucune action énergique n'est entreprise rapidement, la situation alarmante au CHR continuera de se détériorer, avec des conséquences qui s'annoncent dramatiques pour la qualité et la sécurité des soins, pour la sécurité des employés et pour le climat de travail, sans compter la piètre réputation de l'hôpital qui se dégradera encore.

D'un autre côté, en décidant de recourir à un regard externe pour faire un état de situation et dégager des constats qui conduisent à des recommandations et à des actions correctives, la direction du Réseau de santé Vitalité a fait preuve de courage en se placant sur cette voie et en s'engageant publiquement devant les équipes du Centre hospitalier Restigouche à donner suite aux recommandations qui allaient découler de la démarche.

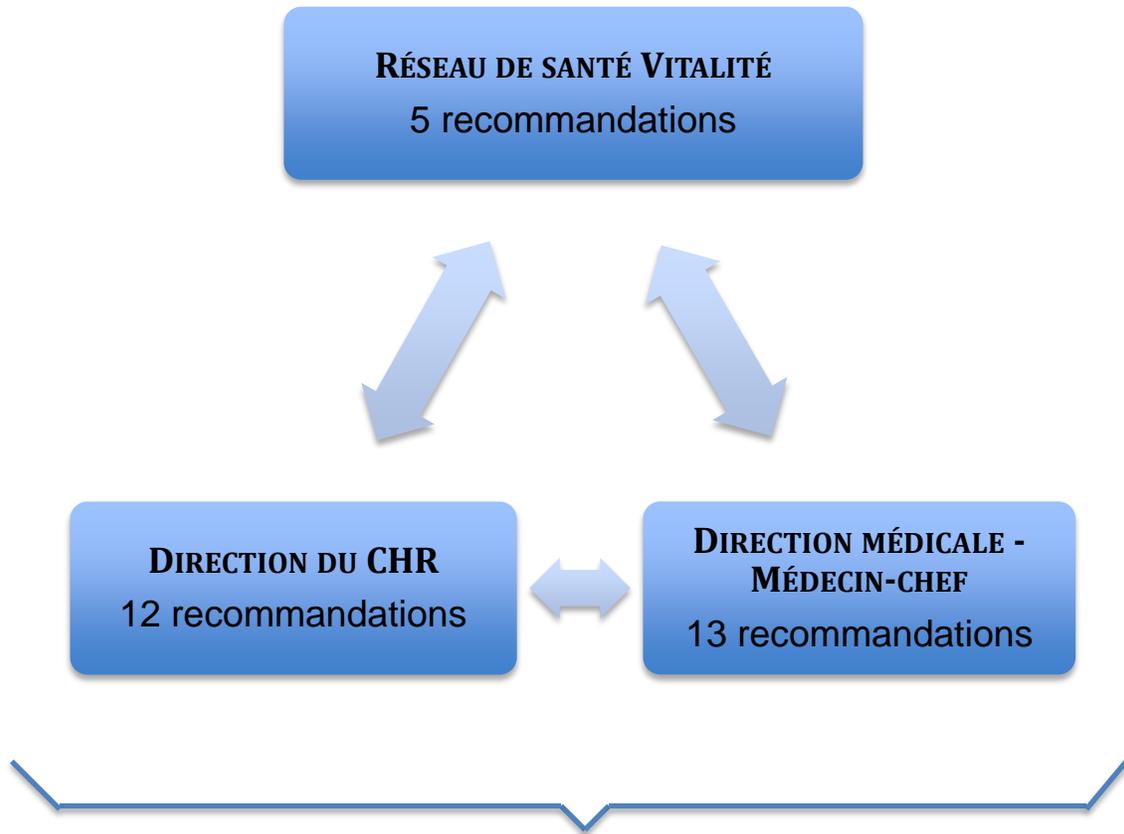
La vision est là, au niveau du Ministère de la Santé et du Réseau de santé Vitalité, et les orientations sont claires dans chacun de leur plan stratégique et de leur plan d'action. Les valeurs sont bien campées et l'équipe de leadership du Réseau de santé Vitalité et la direction du Centre hospitalier Restigouche sont fermement engagés à implanter les recommandations du présent rapport et celles du mandat complémentaire qui a été confié à un psychiatre de l'Université de Sherbrooke pour analyser certains aspects de la pratique médicale des psychiatres du CHR.

Conséquemment, à partir des recommandations qui suivent, l'équipe de leadership du Réseau de santé Vitalité et la direction du Centre hospitalier Restigouche sont en mesure d'établir des priorités et l'échéancier d'implantation de chacune d'entre elles, en s'assurant de donner suite rapidement aux recommandations les plus structurantes, telles la réorganisation médicale, la clarification des rôles et responsabilités du personnel clinique, le rehaussement des compétences, la structure de gestion intermédiaire, et la participation du patient et de sa famille dans l'implantation d'une culture axée sur le rétablissement.

Certaines de ces recommandations requièrent des actions immédiates pour préserver la qualité, et la sécurité des soins et du personnel.

L'équipe de leadership du Réseau de santé Vitalité et la direction du Centre hospitalier Restigouche se trouvent actuellement au cœur d'une gestion du changement qui est majeure pour Centre hospitalier Restigouche, et la cohérence de la parole et des actions, appuyée par un plan de communication qui supporte les plans d'action, sont des atouts incontournables pour la réussite de la transformation et de la modernisation envisagées.

RECOMMANDATIONS



Portée des recommandations

PILOTER
CONTINUER - ACCELERER



TOURNER
CONTINUER - ACCELERER



STOP
RECULER - REORIENTER



- RESEAU DE SANTE VITALITE

PILOTER
CONTINUER - ACCELERER



1. Préciser les orientations et les étapes de réalisation reliées à la de mise en place d'un :
 - 1.1. Centre d'excellence en psychiatrie tertiaire et légale
 - 1.2. Réseau intégré de services
2. En lien avec la Planification stratégique 2017-2020, les recommandations d'organismes extérieurs et les recommandations du présent rapport, établir des objectifs opérationnels pour le CHR et des indicateurs de résultats, et apporter les correctifs immédiats qui s'imposent
3. Donner à la direction du CHR le moyens nécessaires pour mobiliser les services support régionaux requis pour réaliser l'implantation des recommandations qui la concernent (notamment ressources humaines et pratiques professionnelles-soins infirmiers)
4. Mettre en place un comité des patients au CHR et nommer un représentant local des patients
5. Entretenir des partenariats efficaces avec le Ministère de la santé, le Ministère de la Justice et de la Sécurité publique, et le Ministère du développement social

- **DIRECTION DU CENTRE HOSPITALIER RESTIGOUCHE**

CONTINUER
TOURNER - ACCELERER



6. **Élaborer, avec les équipes concernées, les plans d'action qui découlent des orientations et des objectifs opérationnels établis par le Réseau de santé Vitalité, les faire approuver et les mettre en œuvre**
7. **Mettre en place, avec le secteur des communications, un plan de communication axé sur la transparence, la responsabilisation et la gestion du changement**
8. **Développer une co-gestion médico-administrative avec l'équipe médicale lorsque cette dernière aura mis en œuvre les recommandations qui la concernent**
9. **Implanter un modèle de soins et de services interdisciplinaire orienté sur la réadaptation et le rétablissement :**
 - 9.1. **appuyé par une évaluation continue du potentiel de retour dans la communauté de chaque patient**
 - 9.2. **identifier des indicateurs de mesure pour en suivre l'implantation**
10. **Appliquer les politiques sur le consentement et sur les mesures de contention et d'isolement et en mesurer la conformité (audits)**
11. **Déployer des stratégies pour l'implication active du patient et de sa famille**
12. **Accélérer la mise en place d'une structure efficace de coordination du continuum de soins et services avec le secteur des soins primaires et de l'hébergement**
13. **Avec les ressources du secteur des ressources humaines, revoir / déployer / mettre en place :**

- 13.1. un mécanisme pour adresser les blessures et la souffrance associées à un régime de gestion antérieur
 - 13.2. les rôles et responsabilités du personnel clinique
 - 13.3. les profils de compétences attendues pour chaque titre d'emploi
 - 13.4. les mécanismes nécessaires au fonctionnement en interdisciplinarité
 - 13.5. la civilité et la diminution de la violence au travail
 - 13.6. la clarification et la reconnaissance des rôles et responsabilités des préposés et des agents correctionnels
 - 13.7. l'uniformité et la cohérence des pratiques de gestion dans la gestion de la présence au travail
 - 13.8. analyser la structure d'encadrement du personnel infirmier qui repose sur des infirmières gestionnaires syndiquées
 - 13.9. les profils de compétences attendues des gestionnaires
 - 13.10. le leadership transformationnel des gestionnaires
 - 13.11. une culture objectifs – actions – responsabilités – échéanciers – mesure des résultats
 - 13.12. la structure de postes sur les unités de soins
 - 13.13. la méthode de répartition du personnel sur les unités de soins
14. **Avec les ressources du secteur des soins infirmiers, revoir et déployer :**
- 14.1. Le profil des compétences attendues d'une infirmière en psychiatrie et la mise à niveau des compétences des infirmières :
 - 14.1.1. Sur leur habileté des infirmières à effectuer l'évaluation de l'état physique et mental
 - 14.1.2. Sur leur appropriation de l'approche motivationnelle
 - 14.1.3. Sur leur appropriation de l'approche cognitivo-comportementale
15. **Avec le support du secteur des services professionnels, déployer :**

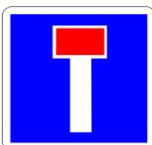
- 15.1. **Une stratégie d'implantation systématique de l'approche du rétablissement et des mécanismes de suivi**
- 15.2. **Un modèle d'intervention davantage orienté sur la réadaptation et le continuum de soins**
- 15.3. **Avec le support du secteur de la pharmacie, revoir :**
 - 15.3.1. **L'implication clinique des pharmaciens sur les unités de soins et dans l'équipe interdisciplinaire**

- 16. **Avec le support du secteur qualité / gestion des risques, réaliser / accentuer :**
 - 16.1. **La déclaration des incidents / accidents et leur divulgation**
 - 16.2. **L'analyse et le suivi des évènements sentinelles**
 - 16.3. **Des audits sur la conformité aux politiques (ex. consentement, contention, admission, etc.)**
 - 16.4. **L'élaboration et le suivi d'objectifs d'amélioration continue dans toutes les équipes**
 - 16.5. **La conformité aux normes d'accréditation externe (ex. Accréditation Canada)**

- 17. **Avec le support du secteur de l'entretien ménager, revoir :**
 - 17.1. **Les rôles et responsabilités attendus du personnel d'entretien**
 - 17.2. **La structure de gestion et d'accompagnement des équipes d'entretien**

- **DIRECTION MÉDICALE ET MÉDECIN-CHEF DU RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ**

STOP
REPARTIR - REORIENTER



18. **S'assurer, pour chaque médecin du Centre hospitalier Restigouche, d'une compréhension et d'une appropriation du rôle d'un médecin, d'un département médical, d'un chef de département médical, d'un médecin-chef et d'un directeur médical, en concordance avec les *Règlements* et les *Règles* en vigueur**
19. **Élaborer spécifiquement un *Règlement du département de psychiatrie du CHR* et des *Règles de fonctionnement*, incluant le statut des médecins omnipraticiens oeuvrant dans le département de psychiatrie**
20. **Développer un plan d'actualisation de la formation des psychiatres en conformité avec les exigences du *Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada* pour la psychiatrie générale et la psychiatrie légale**
21. **Implanter des mécanismes d'évaluation de la pratique médicale (étude de cas, Peer Review, critères explicites)**
22. **Assurer une présence assidue des psychiatres sur les unités de soins avec une participation active au sein de l'équipe interdisciplinaire**
23. **Établir un protocole pour les évaluations d'aptitude à comparaître**
24. **Collaborer activement avec le Tribunal en santé mentale, la Commission de révision et la Direction des Services de défense des malades psychiatriques**
25. **Introduire des attentes signifiées lors du renouvellement des privilèges des psychiatres et en assurer le suivi**
26. **Revoir les contrats de travail et les ententes particulières en lien avec les objectifs poursuivis**

- 27. Orienter les activités de formation continue sur les objectifs organisationnels et des objectifs de formation ciblés**

- 28. Implanter une co-gestion médico-administrative au CHR, supportée par une formation adaptée :**
 - 28.1. En gestion médico-administrative**
 - 28.2. Sur le travail en équipe interdisciplinaire**

- 29. Augmenter l'implication en enseignement et en recherche**

- 30. S'impliquer activement dans la mise en place d'un réseau intégré de services avec :**
 - 30.1. Les partenaires des soins primaires (Centre de crise, équipe FACT)**
 - 30.2. Les partenaires du réseau hospitalier et du réseau de la justice de la Province (psychiatrie tertiaire et légale)**