



**ACCREDITATION  
AGRÉMENT**  
CANADA  
Qmentum

---

# Rapport d'agrément

---

## Réseau de santé Vitalité Health Network

Bathurst, NB

Dates de la visite d'agrément : 19 au 24 juin 2022

Date de production du rapport : 10 novembre 2022

## Au sujet du rapport

Réseau de santé Vitalité Health Network (nommé «l'organisme» dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Dans le cadre de ce processus permanent d'amélioration de la qualité, une visite a eu lieu en juin 2022. Ce rapport d'agrément repose sur l'information obtenue dans le cadre de cette visite et sur d'autres données fournies par l'organisme.

Les résultats du processus d'agrément sont fondés sur l'information reçue de l'organisme. Agrément Canada se fie à l'exactitude des renseignements qu'il a reçus pour planifier et mener la visite d'agrément, ainsi que pour préparer le rapport d'agrément.

## Confidentialité

Ce rapport est confidentiel et sera traité en toute confidentialité par Agrément Canada conformément aux conditions générales convenues entre votre organisme et Agrément Canada pour le Programme d'évaluation.

En vue de favoriser la transparence et la reddition de compte, Agrément Canada encourage l'organisme à divulguer le contenu de son rapport d'agrément au personnel, aux membres du conseil d'administration, aux usagers, à la communauté et aux autres partenaires.

Toute modification du rapport d'agrément compromettrait l'intégrité du processus d'agrément et est strictement interdite.

## Un mot d'Agrément Canada

Au nom du conseil d'administration et du personnel d'Agrément Canada, je tiens à féliciter chaleureusement votre conseil d'administration, votre équipe de direction et tout le monde de votre organisme d'avoir participé au Programme d'agrément Qmentum. Le programme Qmentum est conçu de manière à s'intégrer à votre programme d'amélioration de la qualité. En l'utilisant pour appuyer et favoriser vos activités d'amélioration de la qualité, vous l'utilisez à sa pleine valeur.

Le présent rapport d'agrément comprend le type d'agrément qui vous est décerné, ainsi que les résultats finaux de votre récente visite, de même que les données découlant des outils que votre organisme a soumis. Veuillez utiliser l'information contenue dans ce rapport et dans votre plan d'amélioration de la qualité du rendement, disponible en ligne, pour vous guider dans vos activités d'amélioration.

Si vous avez des questions ou si vous voulez des conseils, n'hésitez pas à communiquer avec votre gestionnaire de programme.

Je vous remercie du leadership et de l'engagement continu que vous témoignez à l'égard de la qualité en intégrant l'agrément à votre programme d'amélioration. C'est avec plaisir que nous recevrons vos commentaires sur la façon dont nous pouvons continuer de renforcer le programme pour nous assurer qu'il demeure pertinent pour vous et vos services.

Au plaisir de continuer à travailler en partenariat avec vous.

Sincères salutations,



Leslee Thompson  
Directrice générale

## Table des matières

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Sommaire</b>   | <b>1</b>  |
| Décision relative au type d'agrément  | 1         |
| Au sujet de la visite d'agrément  | 2         |
| Analyse selon les dimensions de la qualité  | 6         |
| Analyse selon les normes  | 7         |
| Aperçu par pratiques organisationnelles requises  | 10        |
| Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs  | 20        |
| <b>Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises</b>                 | <b>23</b> |
| <b>Résultats détaillés de la visite</b>   | <b>25</b> |
| Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires   | 26        |
| Processus prioritaire : Gouvernance   | 26        |
| Processus prioritaire : Planification et conception des services                              | 28        |
| Processus prioritaire : Gestion des ressources  | 30        |
| Processus prioritaire : Capital humain  | 31        |
| Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité  | 33        |
| Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes   | 35        |
| Processus prioritaire : Communication   | 36        |
| Processus prioritaire : Environnement physique  | 38        |
| Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence                            | 40        |
| Processus prioritaire : Soins de santé centrés sur les personnes                              | 41        |
| Processus prioritaire : Cheminement des clients   | 44        |
| Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux                                      | 46        |
| Résultats pour les normes portant sur des populations spécifiques, par processus prioritaires | 47        |
| Ensemble de normes : Santé et bien-être de la population - Intégration horizontale des soins  | 48        |
| Résultats pour les normes sur l'excellence des services                                       | 50        |
| Ensemble de normes : Analyses de biologie délocalisées - Secteur ou service                   | 52        |
| Ensemble de normes : Gestion des médicaments (Pour les visites de 2021) - Secteur ou service  | 53        |
| Ensemble de normes : Imagerie diagnostique - Secteur ou service                               | 56        |
| Ensemble de normes : Laboratoires médicaux - Secteur ou service                               | 58        |

|   |            |
|---|------------|
| Ensemble de normes : Obstétrique - Secteur ou service   | 60         |
| Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service                                 | 62         |
| Ensemble de normes : Réadaptation - Secteur ou service  | 64         |
| Ensemble de normes : Santé mentale - Secteur ou service   | 67         |
| Ensemble de normes : Santé mentale – Services communautaires et soutien offert aux usagers - Secteur ou service | 71         |
| Ensemble de normes : Santé publique - Secteur ou service  | 73         |
| Ensemble de normes : Services de traitement des dépendances - Secteur ou service                                | 76         |
| Ensemble de normes : Services périopératoires et interventions invasives - Secteur ou service                   | 78         |
| Ensemble de normes : Soins ambulatoires - Secteur ou service  | 80         |
| Ensemble de normes : Soins critiques - Secteur ou service   | 83         |
| Ensemble de normes : Soins de longue durée - Secteur ou service   | 88         |
| Ensemble de normes : Soins primaires - Secteur ou service   | 92         |
| Ensemble de normes : Télésanté - Secteur ou service   | 94         |
| Ensemble de normes : Traitement du cancer - Secteur ou service  | 97         |
| Ensemble de normes : Transfusions - Secteur ou service  | 100        |
| Ensemble de normes : Unité d'hospitalisation - Secteur ou service   | 101        |
| Ensemble de normes : Urgences - Secteur ou service  | 104        |
| <b>Résultats des outils d'évaluation</b>  | <b>110</b> |
| Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)   | 110        |
| Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers   | 114        |
| Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail  | 116        |
| Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur  | 118        |
| <b>Annexe A - Programme Qmentum</b>   | <b>119</b> |
| <b>Annexe B - Processus prioritaires</b>  | <b>120</b> |

## Sommaire

Réseau de santé Vitalité Health Network (nommé « l'organisme » dans le présent rapport) participe au programme Qmentum d'Agrément Canada. Agrément Canada est un organisme indépendant sans but lucratif qui établit des normes pour assurer la qualité et la sécurité des soins de santé et qui procède à l'agrément d'organismes de santé au Canada et dans le monde entier.

Dans le cadre du Programme d'agrément Qmentum, l'organisme a été soumis à un processus d'évaluation rigoureux. À la suite d'une auto-évaluation effectuée en profondeur, des visiteurs qui sont des pairs de l'extérieur de l'organisme ont mené une visite d'agrément pendant laquelle ils ont évalué le leadership, la gouvernance, les programmes cliniques et les services de l'organisme par rapport aux exigences d'Agrément Canada en matière de qualité et de sécurité. Ces exigences comprennent les normes d'excellence pancanadiennes, les pratiques de sécurité requises afin de réduire les dangers potentiels et les questionnaires servant à évaluer le milieu de travail, la culture de sécurité des usagers, le fonctionnement de la gouvernance et l'expérience vécue par l'utilisateur. Les résultats de toutes ces composantes font partie du présent rapport et sont pris en considération dans la décision relative au type d'agrément.

Le présent rapport fait état des résultats à ce jour et est fourni dans le but de guider l'organisme dans sa volonté d'intégrer les principes de l'agrément et de l'amélioration de la qualité à ses programmes, à ses politiques et à ses pratiques.

Il convient de féliciter l'organisme pour son engagement à se servir de l'agrément pour améliorer la qualité et la sécurité des services qu'il offre à ses usagers et à sa communauté.

## Décision relative au type d'agrément

Réseau de santé Vitalité Health Network a obtenu le type d'agrément qui suit.

**Agréé**

L'organisme réussit à se conformer aux exigences de base du programme d'agrément.

## Au sujet de la visite d'agrément

- **Dates de la visite d'agrément : 19 au 24 juin 2022**

- **Emplacements**

Les emplacements suivants ont été évalués pendant la visite d'agrément. Tous les établissements et services de l'organisme sont considérés comme agréés.

1. (Bathurst) Centre de santé mentale communautaire / Community Mental Health Centre
2. (Campbellton) Centre de santé mentale communautaire / Community Mental Health Centre
3. (Caraquet) Centre de santé mentale communautaire / Community Mental Health Centre
4. (Edmundston) Centre de santé mentale communautaire / Community Mental Health Centre
5. (Grand-Sault) Centre de santé mentale communautaire / Community Mental Health Centre
6. (Kedgwick) Centre de santé mentale communautaire / Community Mental Health Centre
7. (Moncton) Centre de santé mentale communautaire / Community Mental Health Centre
8. (Richibucto) Centre de santé mentale communautaire / Community Mental Health Centre (Richicucto)
9. (Shippagan) Centre de santé mentale communautaire / Community Mental Health Centre
10. (Tracadie-Sheila) Centre de santé mentale communautaire / Community Mental Health Centre
11. Centre de santé communautaire de Saint-Isidore Community Health Centre
12. Centre de santé communautaire St.Joseph Community Health Centre
13. Centre de santé de Miscou Health Centre
14. Centre de santé de Paquetville Health Centre
15. Centre de santé de Pointe Verte - Chaleur Health Centre
16. Centre de santé des anciens combattants / Veterans' Health Centre (Moncton)
17. Centre de santé du Grand Moncton
18. Centre de santé Jacquet River Health Centre
19. Centre Hospitalier Restigouche Hospital Centre
20. Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont University Hospital Centre
21. Centre médical régional de Shediac Regional Medical Centre
22. Clinique de santé de Cocagne
23. Clinique médicale du Haut-Madawaska

24. Clinique médicale E. L. Murray
25. Clinique médicale Kedgwick
26. Clinique médicale Saint-Quentin
27. Clinique médicale Ste-Anne (Centre de santé Dr-Chanel-Dupuis)
28. Clinique pédiatrique (Dieppe)
29. Équipe enfants-jeunes (Campbellton) Centre de santé mentale communautaire / Community Health Centre
30. Équipe enfants-jeunes (Caraquet) Centre de santé mentale communautaire / Community Mental Health Centre
31. Équipe enfants-jeunes (Shippagan) Centre de santé mentale communautaire / Community Mental Health Centre
32. Équipe enfants-jeunes (Tracadie-Sheila) Centre de santé mentale communautaire / Community Mental Health Centre
33. Équipe enfants-jeunes Bureau Mill Road (Moncton)
34. Équipe enfants-jeunes Polyvalente A.J.S (St Quentin)
35. Équipe enfants-jeunes Polyvalente C.D.J (Edmundston)
36. Équipe enfants-jeunes Polyvalente E.S.N. (Bathurst)
37. Équipe enfants-jeunes Polyvalente L.J.R (Shediac)
38. Équipe enfants-jeunes Polyvalente M.F.R (Saint-Louis de Kent)
39. Équipe enfants-jeunes Polyvalente T.A. (Grand Sault)
40. Hôpital de l'Enfant-Jésus RHSJ† Hospital
41. Hôpital de Tracadie-Sheila Hospital
42. Hôpital et Centre de santé communautaire de Lamèque Hospital and Community Health Centre
43. Hôpital général de Grand-Sault / Grand Falls General Hospital
44. Hôpital régional Chaleur Regional Hospital
45. Hôpital régional d'Edmundston Regional Hospital
46. Hôpital régional de Campbellton Regional Hospital
47. Hôpital Stella-Maris-de-Kent Hospital
48. Hôtel-Dieu St-Joseph de Saint-Quentin
49. Santé publique (Bathurst) Public Health
50. Santé publique (Campbellton) Public Health
51. Santé publique (Caraquet) Public Health
52. Santé publique (Edmundston) Public Health



53. Santé publique (Grand-Sault) Public Health
54. Santé publique (Kedgwick) Public Health
55. Santé publique (Moncton) Public Health
56. Santé publique (Richibucto) Public Health
57. Santé publique (Sackville) Public Health
58. Santé publique (Shediac) Public Health
59. Santé publique (Shippagan) Public Health
60. Santé publique (Tracadie-Sheila) Public Health
61. Services de traitement des dépendances / Addiction Services (Bathurst)
62. Services de traitement des dépendances / Addiction Services (Edmundston)
63. Services de traitement des dépendances / Addiction Services (Tracadie)
64. Services régionaux de traitement des dépendances / Regional Addiction Services (Campbellto)
65. Siège social - Réseau de santé Vitalité

- **Normes**

Les ensembles de normes suivants ont été utilisés pour évaluer les programmes et les services de l'organisme pendant la visite d'agrément.

***Normes relatives à l'ensemble de l'organisme***

1. Gouvernance
2. Leadership
3. Prévention et contrôle des infections

***Normes portant sur des populations spécifiques***

4. Santé et bien-être de la population

***Normes sur l'excellence des services***

5. Analyses de biologie délocalisées - Normes sur l'excellence des services
6. Gestion des médicaments (Pour les visites de 2021) - Normes sur l'excellence des services
7. Imagerie diagnostique - Normes sur l'excellence des services
8. Laboratoires médicaux - Normes sur l'excellence des services
9. Obstétrique - Normes sur l'excellence des services
10. Réadaptation - Normes sur l'excellence des services
11. Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Normes sur l'excellence des services
12. Santé mentale - Normes sur l'excellence des services

13. Santé mentale – Services communautaires et soutien offert aux usagers - Normes sur l'excellence des services
14. Santé publique - Normes sur l'excellence des services
15. Services de traitement des dépendances - Normes sur l'excellence des services
16. Services périopératoires et interventions invasives - Normes sur l'excellence des services
17. Soins ambulatoires - Normes sur l'excellence des services
18. Soins critiques - Normes sur l'excellence des services
19. Soins de longue durée - Normes sur l'excellence des services
20. Soins primaires - Normes sur l'excellence des services
21. Télésanté - Normes sur l'excellence des services
22. Traitement du cancer - Normes sur l'excellence des services
23. Transfusions - Normes sur l'excellence des services
24. Unité d'hospitalisation - Normes sur l'excellence des services
25. Urgences - Normes sur l'excellence des services









• **Outils**

L'organisme a utilisé les outils suivants :

1. Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail
2. Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers
3. Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)
4. Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur

## Analyse selon les dimensions de la qualité

Agrément Canada définit la qualité des soins de santé à l'aide de huit dimensions de la qualité qui représentent les principaux éléments de la prestation des services. Chaque critère des normes est lié à une dimension de la qualité. Le tableau suivant énumère le nombre de critères liés à chaque dimension qui ont été cotés conformes, non conformes ou sans objet.

| Dimension de la qualité  | Conforme    | Non Conforme | S.O.      | Total       |
|--|-------------|--------------|-----------|-------------|
|  Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.) | 111         | 4            | 0         | 115         |
|  Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)                           | 151         | 8            | 0         | 159         |
|  Sécurité (Assurez ma sécurité.)  | 822         | 35           | 21        | 878         |
|  Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)                                  | 185         | 10           | 1         | 196         |
|  Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)            | 577         | 46           | 2         | 625         |
|  Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)                          | 134         | 1            | 2         | 137         |
|  Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)                      | 1318        | 66           | 7         | 1391        |
|  Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)                            | 80          | 2            | 0         | 82          |
| <b>Total</b>   | <b>3378</b> | <b>172</b>   | <b>33</b> | <b>3583</b> |

## Analyse selon les normes

Les normes Qmentum permettent de cerner les politiques et les pratiques qui contribuent à fournir des soins sécuritaires et de haute qualité qui sont gérés efficacement. Chaque norme est accompagnée de critères qui servent à évaluer la conformité de l'organisme par rapport à celle-ci.

Les normes relatives à l'ensemble de l'organisme portent sur la qualité et la sécurité à l'échelle de l'organisme dans des secteurs comme la gouvernance et le leadership, tandis que les normes portant sur des populations spécifiques et sur l'excellence des services traitent de populations, de secteurs et de services bien précis. Les normes qui servent à évaluer les programmes d'un organisme sont choisies en fonction du type de services offerts.

Ce tableau fait état des ensembles de normes qui ont servi à évaluer les programmes et les services de l'organisme ainsi que du nombre et du pourcentage de critères pour lesquels il y a conformité ou non-conformité, et ceux qui sont sans objet, pendant la visite d'agrément.

| Ensemble de normes                                 | Critères à priorité élevée * |              |      | Autres critères |              |      | Tous les critères<br>(Priorité élevée + autres) |              |      |
|--|------------------------------|--------------|------|-----------------|--------------|------|---|--------------|------|
|  | Conforme                     | Non Conforme | S.O. | Conforme        | Non Conforme | S.O. | Conforme  | Non Conforme | S.O. |
|  | Nbre (%)                     | Nbre (%)     | Nbre | Nbre (%)        | Nbre (%)     | Nbre | Nbre (%)  | Nbre (%)     | Nbre |
| Gouvernance  | 50<br>(100,0%)               | 0<br>(0,0%)  | 0    | 36<br>(100,0%)  | 0<br>(0,0%)  | 0    | 86<br>(100,0%)                                  | 0<br>(0,0%)  | 0    |
| Leadership   | 50<br>(100,0%)               | 0<br>(0,0%)  | 0    | 94<br>(97,9%)   | 2<br>(2,1%)  | 0    | 144<br>(98,6%)                                  | 2<br>(1,4%)  | 0    |
| Prévention et contrôle des infections              | 40<br>(100,0%)               | 0<br>(0,0%)  | 0    | 31<br>(100,0%)  | 0<br>(0,0%)  | 0    | 71<br>(100,0%)                                  | 0<br>(0,0%)  | 0    |
| Santé et bien-être de la population                | 4<br>(100,0%)                | 0<br>(0,0%)  | 0    | 33<br>(94,3%)   | 2<br>(5,7%)  | 0    | 37<br>(94,9%)                                   | 2<br>(5,1%)  | 0    |
| Gestion des médicaments (Pour les visites de 2021) | 88<br>(91,7%)                | 8<br>(8,3%)  | 4    | 43<br>(91,5%)   | 4<br>(8,5%)  | 3    | 131<br>(91,6%)                                  | 12<br>(8,4%) | 7    |
| Analyses de biologie délocalisées **               | 38<br>(100,0%)               | 0<br>(0,0%)  | 0    | 48<br>(100,0%)  | 0<br>(0,0%)  | 0    | 86<br>(100,0%)                                  | 0<br>(0,0%)  | 0    |
| Imagerie diagnostique                              | 66<br>(97,1%)                | 2<br>(2,9%)  | 0    | 63<br>(92,6%)   | 5<br>(7,4%)  | 1    | 129<br>(94,9%)                                  | 7<br>(5,1%)  | 1    |
| Laboratoires médicaux **                           | 72<br>(100,0%)               | 0<br>(0,0%)  | 0    | 104<br>(99,0%)  | 1<br>(1,0%)  | 0    | 176<br>(99,4%)                                  | 1<br>(0,6%)  | 0    |

| Ensemble de normes  | Critères à priorité élevée * |               |      | Autres critères |               |      | Tous les critères<br>(Priorité élevée + autres) |               |      |
|---|------------------------------|---------------|------|-----------------|---------------|------|---|---------------|------|
|   | Conforme                     | Non Conforme  | S.O. | Conforme        | Non Conforme  | S.O. | Conforme  | Non Conforme  | S.O. |
|   | Nbre (%)                     | Nbre (%)      | Nbre | Nbre (%)        | Nbre (%)      | Nbre | Nbre (%)  | Nbre (%)      | Nbre |
| Obstétrique   | 69<br>(97,2%)                | 2<br>(2,8%)   | 2    | 87<br>(98,9%)   | 1<br>(1,1%)   | 0    | 156<br>(98,1%)                                  | 3<br>(1,9%)   | 2    |
| Réadaptation  | 37<br>(82,2%)                | 8<br>(17,8%)  | 0    | 66<br>(83,5%)   | 13<br>(16,5%) | 1    | 103<br>(83,1%)                                  | 21<br>(16,9%) | 1    |
| Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables                   | 83<br>(98,8%)                | 1<br>(1,2%)   | 4    | 40<br>(100,0%)  | 0<br>(0,0%)   | 0    | 123<br>(99,2%)                                  | 1<br>(0,8%)   | 4    |
| Santé mentale   | 43<br>(86,0%)                | 7<br>(14,0%)  | 0    | 89<br>(96,7%)   | 3<br>(3,3%)   | 0    | 132<br>(93,0%)                                  | 10<br>(7,0%)  | 0    |
| Santé mentale - Services communautaires et soutien offert aux usagers | 44<br>(97,8%)                | 1<br>(2,2%)   | 0    | 94<br>(100,0%)  | 0<br>(0,0%)   | 0    | 138<br>(99,3%)                                  | 1<br>(0,7%)   | 0    |
| Santé publique  | 46<br>(97,9%)                | 1<br>(2,1%)   | 0    | 65<br>(94,2%)   | 4<br>(5,8%)   | 0    | 111<br>(95,7%)                                  | 5<br>(4,3%)   | 0    |
| Services de traitement des dépendances                                | 46<br>(100,0%)               | 0<br>(0,0%)   | 0    | 82<br>(100,0%)  | 0<br>(0,0%)   | 0    | 128<br>(100,0%)                                 | 0<br>(0,0%)   | 0    |
| Services périopératoires et interventions invasives                   | 114<br>(99,1%)               | 1<br>(0,9%)   | 0    | 105<br>(96,3%)  | 4<br>(3,7%)   | 0    | 219<br>(97,8%)                                  | 5<br>(2,2%)   | 0    |
| Soins ambulatoires  | 43<br>(93,5%)                | 3<br>(6,5%)   | 1    | 76<br>(97,4%)   | 2<br>(2,6%)   | 0    | 119<br>(96,0%)                                  | 5<br>(4,0%)   | 1    |
| Soins critiques   | 57<br>(95,0%)                | 3<br>(5,0%)   | 0    | 103<br>(98,1%)  | 2<br>(1,9%)   | 0    | 160<br>(97,0%)                                  | 5<br>(3,0%)   | 0    |
| Soins de longue durée   | 39<br>(69,6%)                | 17<br>(30,4%) | 0    | 81<br>(82,7%)   | 17<br>(17,3%) | 1    | 120<br>(77,9%)                                  | 34<br>(22,1%) | 1    |
| Soins primaires   | 49<br>(83,1%)                | 10<br>(16,9%) | 0    | 88<br>(98,9%)   | 1<br>(1,1%)   | 2    | 137<br>(92,6%)                                  | 11<br>(7,4%)  | 2    |
| Télésanté   | 49<br>(94,2%)                | 3<br>(5,8%)   | 0    | 87<br>(97,8%)   | 2<br>(2,2%)   | 0    | 136<br>(96,5%)                                  | 5<br>(3,5%)   | 0    |
| Traitement du cancer  | 98<br>(97,0%)                | 3<br>(3,0%)   | 0    | 117<br>(96,7%)  | 4<br>(3,3%)   | 7    | 215<br>(96,8%)                                  | 7<br>(3,2%)   | 7    |

| Ensemble de normes      | Critères à priorité élevée * |                      |           | Autres critères         |                      |           | Tous les critères<br>(Priorité élevée + autres) |                       |           |
|-------------------------|------------------------------|----------------------|-----------|-------------------------|----------------------|-----------|---|-----------------------|-----------|
|                         | Conforme                     | Non Conforme         | S.O.      | Conforme                | Non Conforme         | S.O.      | Conforme  | Non Conforme          | S.O.      |
|                         | Nbre (%)                     | Nbre (%)             | Nbre      | Nbre (%)                | Nbre (%)             | Nbre      | Nbre (%)  | Nbre (%)              | Nbre      |
| Transfusions **         | 70<br>(98,6%)                | 1<br>(1,4%)          | 5         | 68<br>(100,0%)          | 0<br>(0,0%)          | 1         | 138<br>(99,3%)                                  | 1<br>(0,7%)           | 6         |
| Unité d'hospitalisation | 57<br>(95,0%)                | 3<br>(5,0%)          | 0         | 83<br>(97,6%)           | 2<br>(2,4%)          | 0         | 140<br>(96,6%)                                  | 5<br>(3,4%)           | 0         |
| Urgences                | 63<br>(87,5%)                | 9<br>(12,5%)         | 0         | 99<br>(92,5%)           | 8<br>(7,5%)          | 0         | 162<br>(90,5%)                                  | 17<br>(9,5%)          | 0         |
| <b>Total</b>            | <b>1415<br/>(94,5%)</b>      | <b>83<br/>(5,5%)</b> | <b>16</b> | <b>1882<br/>(96,1%)</b> | <b>77<br/>(3,9%)</b> | <b>16</b> | <b>3297<br/>(95,4%)</b>                         | <b>160<br/>(4,6%)</b> | <b>32</b> |

\* N'inclut pas les POR (Pratiques organisationnelles requises)

\*\* Certains critères de l'ensemble des normes ont été évalués d'avance en fonction de l'agrément des services de votre organisme dans le cadre du Quality Management Program – Laboratory Services (QMP-LS) géré par Diagnostics - Agrément Canada

## Aperçu par pratiques organisationnelles requises

Une pratique organisationnelle requise (POR) est une pratique essentielle que l'organisme doit avoir en place pour améliorer la sécurité des usagers et pour minimiser les risques. Chaque POR comporte des tests de conformité qui sont divisés en deux catégories : les principaux tests et les tests secondaires. L'organisme doit répondre aux exigences de tous les tests de conformité pour être jugé conforme à la POR.

Ce tableau fait état des cotes qui ont été attribuées selon les POR pertinentes.

| Pratique organisationnelle requise  | Cote Globale | Cote - Test de conformité     |                                |
|---|--------------|-------------------------------|--------------------------------|
|   |              | Conforme aux principaux tests | Conforme aux tests secondaires |
| <b>But en matière de sécurité des patients : Culture de sécurité</b>                |              |                               |                                |
| Divulgation des événements (Leadership)   | Conforme     | 4 sur 4                       | 2 sur 2                        |
| Mécanisme de déclaration des événements indésirables (Leadership)                   | Conforme     | 6 sur 6                       | 1 sur 1                        |
| Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers (Leadership)                      | Conforme     | 1 sur 1                       | 2 sur 2                        |
| Reddition de comptes en matière de qualité (Gouvernance)                            | Conforme     | 4 sur 4                       | 2 sur 2                        |
| <b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>                      |              |                               |                                |
| Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Obstétrique)   | Conforme     | 4 sur 4                       | 0 sur 0                        |
| Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Réadaptation)  | Non Conforme | 3 sur 4                       | 0 sur 0                        |
| Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Santé mentale) | Non Conforme | 1 sur 4                       | 0 sur 0                        |

| Pratique organisationnelle requise  | Cote Globale | Cote - Test de conformité     |                                |
|---|--------------|-------------------------------|--------------------------------|
|   |              | Conforme aux principaux tests | Conforme aux tests secondaires |
| <b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>  |              |                               |                                |
| Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Santé mentale – Services communautaires et soutien offert aux usagers) | Conforme     | 3 sur 3                       | 1 sur 1                        |
| Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services de traitement des dépendances)                                | Conforme     | 3 sur 3                       | 1 sur 1                        |
| Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services périopératoires et interventions invasives)                   | Conforme     | 4 sur 4                       | 0 sur 0                        |
| Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins ambulatoires)  | Non Conforme | 0 sur 5                       | 0 sur 0                        |
| Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins critiques)   | Non Conforme | 1 sur 4                       | 0 sur 0                        |
| Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins de longue durée)   | Conforme     | 4 sur 4                       | 0 sur 0                        |
| Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Traitement du cancer)  | Conforme     | 4 sur 4                       | 0 sur 0                        |
| Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Unité d'hospitalisation)   | Non Conforme | 0 sur 4                       | 0 sur 0                        |
| Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Urgences)  | Non Conforme | 0 sur 1                       | 0 sur 0                        |



| Pratique organisationnelle requise  | Cote Globale | Cote - Test de conformité     |                                |
|---|--------------|-------------------------------|--------------------------------|
|   |              | Conforme aux principaux tests | Conforme aux tests secondaires |
| <b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>                      |              |                               |                                |
| Identification des usagers<br>(Analyses de biologie délocalisées)                   | Conforme     | 1 sur 1                       | 0 sur 0                        |
| Identification des usagers<br>(Imagerie diagnostique)                               | Conforme     | 1 sur 1                       | 0 sur 0                        |
| Identification des usagers<br>(Laboratoires médicaux)                               | Conforme     | 1 sur 1                       | 0 sur 0                        |
| Identification des usagers<br>(Obstétrique)   | Conforme     | 1 sur 1                       | 0 sur 0                        |
| Identification des usagers<br>(Réadaptation)  | Conforme     | 1 sur 1                       | 0 sur 0                        |
| Identification des usagers<br>(Santé mentale)                                       | Conforme     | 1 sur 1                       | 0 sur 0                        |
| Identification des usagers<br>(Services de traitement des dépendances)              | Conforme     | 1 sur 1                       | 0 sur 0                        |
| Identification des usagers<br>(Services périopératoires et interventions invasives) | Conforme     | 1 sur 1                       | 0 sur 0                        |
| Identification des usagers<br>(Soins ambulatoires)                                  | Conforme     | 1 sur 1                       | 0 sur 0                        |
| Identification des usagers<br>(Soins critiques)                                     | Conforme     | 1 sur 1                       | 0 sur 0                        |
| Identification des usagers<br>(Soins de longue durée)                               | Conforme     | 1 sur 1                       | 0 sur 0                        |
| Identification des usagers<br>(Traitement du cancer)                                | Conforme     | 1 sur 1                       | 0 sur 0                        |
| Identification des usagers<br>(Transfusions)  | Conforme     | 1 sur 1                       | 0 sur 0                        |

| Pratique organisationnelle requise  | Cote Globale | Cote - Test de conformité     |                                |
|---|--------------|-------------------------------|--------------------------------|
|   |              | Conforme aux principaux tests | Conforme aux tests secondaires |
| <b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>  |              |                               |                                |
| Identification des usagers (Unité d'hospitalisation)  | Conforme     | 1 sur 1                       | 0 sur 0                        |
| Identification des usagers (Urgences)   | Conforme     | 1 sur 1                       | 0 sur 0                        |
| Le bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique (Leadership)   | Conforme     | 3 sur 3                       | 2 sur 2                        |
| Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées (Gestion des médicaments (Pour les visites de 2021))                           | Non Conforme | 4 sur 4                       | 1 sur 3                        |
| Liste de contrôle d'une chirurgie (Obstétrique)   | Conforme     | 3 sur 3                       | 2 sur 2                        |
| Liste de contrôle d'une chirurgie (Services périopératoires et interventions invasives)   | Conforme     | 3 sur 3                       | 2 sur 2                        |
| Transfert de l'information aux points de transition des soins (Obstétrique)   | Conforme     | 4 sur 4                       | 1 sur 1                        |
| Transfert de l'information aux points de transition des soins (Réadaptation)  | Conforme     | 4 sur 4                       | 1 sur 1                        |
| Transfert de l'information aux points de transition des soins (Santé mentale)   | Conforme     | 4 sur 4                       | 1 sur 1                        |
| Transfert de l'information aux points de transition des soins (Santé mentale – Services communautaires et soutien offert aux usagers) | Conforme     | 4 sur 4                       | 1 sur 1                        |

| Pratique organisationnelle requise   | Cote Globale | Cote - Test de conformité     |                                |
|--|--------------|-------------------------------|--------------------------------|
|  |              | Conforme aux principaux tests | Conforme aux tests secondaires |
| <b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>   |              |                               |                                |
| Transfert de l'information aux points de transition des soins<br>(Services de traitement des dépendances)              | Conforme     | 4 sur 4                       | 1 sur 1                        |
| Transfert de l'information aux points de transition des soins<br>(Services périopératoires et interventions invasives) | Conforme     | 4 sur 4                       | 1 sur 1                        |
| Transfert de l'information aux points de transition des soins<br>(Soins ambulatoires)                                  | Conforme     | 4 sur 4                       | 1 sur 1                        |
| Transfert de l'information aux points de transition des soins<br>(Soins critiques)                                     | Non Conforme | 4 sur 4                       | 0 sur 1                        |
| Transfert de l'information aux points de transition des soins<br>(Soins de longue durée)                               | Conforme     | 4 sur 4                       | 1 sur 1                        |
| Transfert de l'information aux points de transition des soins<br>(Traitement du cancer)                                | Conforme     | 4 sur 4                       | 1 sur 1                        |
| Transfert de l'information aux points de transition des soins<br>(Unité d'hospitalisation)                             | Non Conforme | 4 sur 4                       | 0 sur 1                        |
| Transfert de l'information aux points de transition des soins<br>(Urgences)  | Non Conforme | 4 sur 4                       | 0 sur 1                        |
| <b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>   |              |                               |                                |
| Électrolytes concentrés<br>(Gestion des médicaments (Pour les visites de 2021))  | Conforme     | 3 sur 3                       | 0 sur 0                        |

| Pratique organisationnelle requise   | Cote Globale | Cote - Test de conformité     |                                |
|--|--------------|-------------------------------|--------------------------------|
|  |              | Conforme aux principaux tests | Conforme aux tests secondaires |
| <b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>                 |              |                               |                                |
| Formation sur les pompes à perfusion (Obstétrique)   | Conforme     | 4 sur 4                       | 2 sur 2                        |
| Formation sur les pompes à perfusion (Réadaptation)  | Conforme     | 4 sur 4                       | 2 sur 2                        |
| Formation sur les pompes à perfusion (Santé mentale)   | Conforme     | 4 sur 4                       | 2 sur 2                        |
| Formation sur les pompes à perfusion (Services périopératoires et interventions invasives)   | Conforme     | 4 sur 4                       | 2 sur 2                        |
| Formation sur les pompes à perfusion (Soins ambulatoires)                                    | Conforme     | 4 sur 4                       | 2 sur 2                        |
| Formation sur les pompes à perfusion (Soins critiques)                                       | Conforme     | 4 sur 4                       | 2 sur 2                        |
| Formation sur les pompes à perfusion (Soins de longue durée)                                 | Conforme     | 4 sur 4                       | 2 sur 2                        |
| Formation sur les pompes à perfusion (Traitement du cancer)                                  | Conforme     | 4 sur 4                       | 2 sur 2                        |
| Formation sur les pompes à perfusion (Unité d'hospitalisation)                               | Non Conforme | 3 sur 4                       | 2 sur 2                        |
| Formation sur les pompes à perfusion (Urgences)  | Conforme     | 4 sur 4                       | 2 sur 2                        |
| Médicaments de niveau d'alerte élevé (Gestion des médicaments (Pour les visites de 2021))    | Conforme     | 5 sur 5                       | 3 sur 3                        |
| Programme de gérance des antimicrobiens (Gestion des médicaments (Pour les visites de 2021)) | Conforme     | 4 sur 4                       | 1 sur 1                        |

| Pratique organisationnelle requise   | Cote Globale | Cote - Test de conformité     |                                |
|--|--------------|-------------------------------|--------------------------------|
|  |              | Conforme aux principaux tests | Conforme aux tests secondaires |
| <b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>                     |              |                               |                                |
| Sécurité liée à l'héparine<br>(Gestion des médicaments (Pour les visites de 2021))               | Conforme     | 4 sur 4                       | 0 sur 0                        |
| Sécurité liée aux narcotiques<br>(Gestion des médicaments (Pour les visites de 2021))            | Conforme     | 3 sur 3                       | 0 sur 0                        |
| <b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>                               |              |                               |                                |
| Plan de sécurité des usagers<br>(Leadership)   | Conforme     | 2 sur 2                       | 2 sur 2                        |
| Prévenir la congestion au service des urgences<br>(Leadership)                                   | Conforme     | 7 sur 7                       | 1 sur 1                        |
| Prévention de la violence en milieu de travail<br>(Leadership)                                   | Conforme     | 5 sur 5                       | 3 sur 3                        |
| Programme d'entretien préventif<br>(Leadership)  | Conforme     | 3 sur 3                       | 1 sur 1                        |
| Sécurité des patients : formation et perfectionnement<br>(Leadership)                            | Conforme     | 1 sur 1                       | 0 sur 0                        |
| <b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>                       |              |                               |                                |
| Conformité aux pratiques d'hygiène des mains<br>(Prévention et contrôle des infections)          | Conforme     | 1 sur 1                       | 2 sur 2                        |
| Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains<br>(Prévention et contrôle des infections) | Conforme     | 1 sur 1                       | 0 sur 0                        |

| Pratique organisationnelle requise   | Cote Globale | Cote - Test de conformité     |                                |
|--|--------------|-------------------------------|--------------------------------|
|  |              | Conforme aux principaux tests | Conforme aux tests secondaires |
| <b>But en matière de sécurité des patients : Prévention des infections</b>                       |              |                               |                                |
| Taux d'infection<br>(Prévention et contrôle des infections)                                      | Conforme     | 1 sur 1                       | 2 sur 2                        |
| <b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>                          |              |                               |                                |
| Prévention des plaies de pression<br>(Réadaptation)  | Conforme     | 3 sur 3                       | 2 sur 2                        |
| Prévention des plaies de pression<br>(Services périopératoires et interventions invasives)       | Conforme     | 3 sur 3                       | 2 sur 2                        |
| Prévention des plaies de pression<br>(Soins critiques)   | Conforme     | 3 sur 3                       | 2 sur 2                        |
| Prévention des plaies de pression<br>(Soins de longue durée)                                     | Conforme     | 3 sur 3                       | 2 sur 2                        |
| Prévention des plaies de pression<br>(Traitement du cancer)                                      | Conforme     | 3 sur 3                       | 2 sur 2                        |
| Prévention des plaies de pression<br>(Unité d'hospitalisation)                                   | Conforme     | 3 sur 3                       | 2 sur 2                        |
| Prévention du suicide<br>(Santé mentale)   | Conforme     | 5 sur 5                       | 0 sur 0                        |
| Prévention du suicide<br>(Santé mentale – Services communautaires et soutien offert aux usagers) | Conforme     | 5 sur 5                       | 0 sur 0                        |
| Prévention du suicide<br>(Services de traitement des dépendances)                                | Conforme     | 5 sur 5                       | 0 sur 0                        |
| Prévention du suicide<br>(Soins de longue durée)   | Non Conforme | 3 sur 5                       | 0 sur 0                        |

| Pratique organisationnelle requise   | Cote Globale | Cote - Test de conformité     |                                |
|--|--------------|-------------------------------|--------------------------------|
|  |              | Conforme aux principaux tests | Conforme aux tests secondaires |
| <b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>                                |              |                               |                                |
| Prévention du suicide (Urgences)   | Conforme     | 5 sur 5                       | 0 sur 0                        |
| Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Services périopératoires et interventions invasives) | Conforme     | 3 sur 3                       | 2 sur 2                        |
| Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Soins critiques)                                     | Conforme     | 3 sur 3                       | 2 sur 2                        |
| Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Traitement du cancer)                                | Conforme     | 3 sur 3                       | 2 sur 2                        |
| Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Unité d'hospitalisation)                             | Conforme     | 3 sur 3                       | 2 sur 2                        |
| Stratégie de prévention des chutes (Obstétrique)   | Conforme     | 2 sur 2                       | 1 sur 1                        |
| Stratégie de prévention des chutes (Réadaptation)  | Conforme     | 2 sur 2                       | 1 sur 1                        |
| Stratégie de prévention des chutes (Santé mentale)   | Conforme     | 2 sur 2                       | 1 sur 1                        |
| Stratégie de prévention des chutes (Services périopératoires et interventions invasives)               | Conforme     | 2 sur 2                       | 1 sur 1                        |
| Stratégie de prévention des chutes (Soins critiques)   | Conforme     | 2 sur 2                       | 1 sur 1                        |
| Stratégie de prévention des chutes (Soins de longue durée)   | Conforme     | 5 sur 5                       | 1 sur 1                        |

| Pratique organisationnelle requise                                      | Cote Globale | Cote - Test de conformité     |                                |
|---|--------------|-------------------------------|--------------------------------|
|   |              | Conforme aux principaux tests | Conforme aux tests secondaires |
| <b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b> |              |                               |                                |
| Stratégie de prévention des chutes (Traitement du cancer)               | Conforme     | 2 sur 2                       | 1 sur 1                        |
| Stratégie de prévention des chutes (Unité d'hospitalisation)            | Conforme     | 2 sur 2                       | 1 sur 1                        |



## Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs

**L'équipe de visiteurs a fait les observations suivantes au sujet de l'ensemble des points forts, des possibilités d'amélioration et des défis de l'organisme.**

### Observations équipe 2022

Le Réseau de santé Vitalité est le seul réseau dans les provinces atlantiques à avoir une désignation francophone. Il est réparti sur quatre zones géographiques du nord et sud-est, notamment : la Zone Beauséjour (région sanitaire 1), la Zone Nord-Ouest (région sanitaire 4), la Zone Restigouche (région sanitaire 5) et la Zone Acadie-Bathurst (région sanitaire 6). Coïncidence, pendant notre visite d'agrément qui s'est déroulée entre le 19 et 24 juin 2022, le conseil d'administration du Réseau Vitalité a aussi tenu son assemblée générale annuelle pour informer la population des activités et les résultats obtenus pendant la précédente année.

Le réseau a un budget annuel de 849 M avec 7737 employés et 560 médecins qui desservent les plus de 60 points de service. L'organisme compte sur 800 bénévoles. Depuis la dernière visite d'agrément en 2017, il y a eu plusieurs mesures d'amélioration qui ont contribué à la prestation sécuritaire des soins. Parmi les réalisations, notons la mise en place du plan de réorientation des cas non-urgents de l'urgence vers la communauté, le modèle de thérapie à séance unique (Santé mentale) et des améliorations physiques. (Ex.: URDM Campbellton, bloc CHDGLD), la distinction de l'Hôpital régional d'Edmundston dans le cadre de « Choisir avec soin » pour en nommer quelques-uns.

### Conseil d'administration

Le conseil d'administration a été renouvelé récemment. Parmi les 15 membres, 11 de ceux-ci ont une première expérience sur un conseil d'administration d'un réseau de santé. Pour le volet de la gouvernance, le président du conseil d'administration est en place par intérim et il y a une nouvelle présidente-directrice générale depuis plus d'un an.

Les activités du conseil d'administration se font dans le respect de la saine gouvernance avec des règlements et processus qui permettent une franche discussion ainsi que la vigie sur les conflits d'intérêts. Les relations entre la gouvernance et la direction générale sont claires. L'équipe de direction et le conseil d'administration sont soucieux de communiquer régulièrement et efficacement avec les parties prenantes de l'organisation dans une optique de saine collaboration. Les membres du conseil tiennent compte des valeurs de l'organisation dans la prise de décision et ils veillent sur l'actualisation du plan stratégique, de même que sur les enjeux financiers et de performance. Les suivis du plan stratégique sont assurés par un tableau de bord trimestriel avec des suivis des plans opérationnels pour assurer l'arrimage avec les objectifs identifiés. Le Plan régional de santé et d'affaires a été présenté à la ministre pour la période 2021-2024 et le conseil s'assure de l'alignement avec les priorités provinciales en santé.

### La communauté et les partenaires

L'organisme connaît bien les besoins de la communauté. À travers les années, les installations ont développé des partenariats d'affaires qui répondent aux besoins des établissements de santé du territoire. La nouvelle équipe du conseil d'administration a renforcé ces liens en étant immédiatement en mode participatif pour

revoir les trajectoires des usagers et analyser l'offre de services optimaux. Des efforts sont à poursuivre. Nos échanges avec les partenaires indiquent que l'approche a été gagnante, car il y a eu de l'écoute de la part des partenaires et ils sont motivés à collaborer. L'étendue de la collaboration touche les grandes institutions comme les ministères, les municipalités, les autres ministères impliqués dans le continuum de service à la population. Cependant, de façon réaliste, le volet du vieillissement de la population et tout ce qui est associé à cela est un défi important. À l'autre extrême, le secteur de population jeune-enfant démontre aussi une augmentation des besoins en assistance psychosociale et la rareté des ressources crée des insatisfactions parmi la population. Ceci dit, nous encourageons l'établissement à poursuivre et à intensifier cette collaboration afin de soutenir l'offre de services du réseau. Différents liens ont été établis, et ce, tant auprès des partenaires du réseau de la santé que de la communauté. Ce partenariat permet d'assurer un support à l'utilisateur et à ses proches. À titre d'exemple, la collaboration avec l'association canadienne de la santé mentale, le Centre d'excellence des troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale, les comités communautaires pour en nommer quelques-uns.

#### La direction

Les deux dernières années ont mis à rude épreuve pour l'adaptabilité du réseau à une crise sanitaire. L'ampleur de la crise et les nombreuses directives ont demandé un engagement de la part des équipes terrain, mais aussi un grand effort de la part de l'équipe de direction. L'ensemble des directions a tenté de maintenir une offre de services en partenariat avec l'équipe de gestionnaires. Parmi les réalisations, notons : la mise en place d'une gouvernance stratégique avec l'optique de gestion intégrée de performance, la mise en place d'une culture de mesure par l'entremise des suivis avec « les tableaux blancs », l'utilisation de plan d'action avec des indicateurs à atteindre. Un effort soutenu sera important pour permettre aux gestionnaires de s'approprier de la culture de la mesure qui passe par la communication des résultats auprès des équipes. Le soutien aux gestionnaires dans la gestion de proximité est une voie à explorer et à maintenir pour pérenniser les acquis. D'autres défis majeurs demeurent dont l'harmonisation des systèmes de gestion de l'information ainsi que la mise à niveau de certaines installations.

#### La dotation en personnel et la qualité de vie au travail

Pour ce qui est du volet de dotation du personnel, le défi est de taille. Dans un contexte de pénurie et de rareté de la main-d'œuvre généralisée dans plusieurs secteurs. Il devient de plus en plus difficile de pourvoir les postes qui sont en affichage. La situation est au point de fermer des lits dû au manque de personnel. L'organisme est encouragé à poursuivre ses efforts et à faire preuve d'innovation pour attirer, maintenir et valoriser un emploi au sein du réseau Vitalité. On félicite l'organisation pour l'approche de triade vers les soins au patient. Il faudra aussi revoir l'étendue des tâches de différents titres d'emplois pour analyser ce qui peut être fait pour continuer à donner des soins de qualité à la population de desserte.

Quant au volet de la qualité de vie au travail, l'organisation est soucieuse de l'importance du bien-être en milieu de travail et est proactive avec une politique qui est en élaboration qui tiendra compte de plusieurs aspects comme la reconnaissance, l'équilibre travail-vie privée et le plan d'action à la suite du sondage sur la qualité de vie au travail (Pulse). Ces activités de rétention sont à mettre de l'avant à brève échéance compte tenu du contexte. Un programme de prévention de la violence au travail est également en place.

Des activités de formations sont tenues avec l'appui du E-Apprentissage et sont corrélées aux objectifs du plan stratégique.

### Prestation des soins et services

Il y a le souci constant de placer le patient au bon endroit et au bon moment. La complexité est apportée par l'étendue du territoire et la basse densité populationnelle qui fait émerger l'enjeu de l'accessibilité. Il y a des efforts pour mettre en place de nouvelles trajectoires, établies en collaboration avec les intervenants et l'apport des usagers partenaires, pour répondre aux besoins des patients.

Déjà à la dernière visite d'agrément de 2017, la thématique de revoir les continuums de soins et services était identifiée comme un enjeu. Au niveau clinique, les fragilités sont connues, notamment en regard du cheminement des patients en fin de soins actifs et les patients de services de santé mentale. Dans les deux cas, le symptôme est à l'urgence avec des taux d'occupation élevés et du débordement. Une approche concertée et systémique avec les autres ministères qui gravitent autour des services donnés à ce type de patient sera nécessaire.

### Satisfaction des clients

Plusieurs sondages de satisfaction sont recueillis auprès de la clientèle. Les résultats sont diffusés aux équipes. De plus, le réseau Vitalité a vu le nombre de patients partenaires augmentés depuis la dernière visite. La prochaine étape est de les inclure non seulement dans des comités de consultation, mais aussi dans les comités décisionnels.

Les usagers rencontrés nous ont témoigné de leur satisfaction des services. Les participants soulignent la courtoisie et la chaleur des intervenants. Ils partagent un sentiment de sécurité face au milieu. La perception voulant que la clientèle se sente respectée et bien accompagnée par du personnel compétent, dévoué, respectueux permet de se centrer sur une approche d'entraide et d'humanité dans l'octroi des services.

## Résultats détaillés relatifs aux pratiques

Chaque POR est associée à l'un des buts suivants en matière de sécurité des usagers, soit la culture de sécurité, la communication, l'utilisation des médicaments, le milieu de travail ou les effectifs, la prévention des infections, ou l'évaluation des risques.

Le tableau suivant illustre chacune des POR pour lesquelles il n'y a pas conformité, le but en matière de sécurité des usagers qui lui est associé et l'ensemble de normes où le but se trouve.

| Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité   | Ensemble de normes   |
|---|--|
| <b>But en matière de sécurité des patients : Communication</b>  |  |
| <p><b>Transfert de l'information aux points de transition des soins</b><br/>L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>· Unité d'hospitalisation 10.16</li> <li>· Urgences 12.16</li> <li>· Soins critiques 9.23</li> </ul>  |
| <p><b>Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées</b><br/>Une liste d'abréviations, de symboles et de désignations de dose qui ne doivent pas être utilisés a été établie et mise en oeuvre.</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>· Gestion des médicaments (Pour les visites de 2021) 15.6</li> </ul>  |
| <p><b>Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins</b><br/>Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>· Urgences 10.5</li> <li>· Soins ambulatoires 8.5</li> <li>· Réadaptation 8.5</li> <li>· Soins critiques 8.6</li> <li>· Santé mentale 8.6</li> <li>· Unité d'hospitalisation 9.7</li> </ul> |
| <b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>  |  |
| <p><b>Formation sur les pompes à perfusion</b><br/>Une approche documentée et coordonnée est mise en oeuvre pour la sécurité liée aux pompes à perfusion; elle comprend la formation, l'évaluation des compétences et un processus de signalement des problèmes liés aux pompes à perfusion.</p>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>· Unité d'hospitalisation 3.8</li> </ul>  |

| Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité   | Ensemble de normes  |
|---|---|
| <b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>   |   |
| <p><b>Prévention du suicide</b><br/>                     Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>· Soins de longue durée 8.9</li> </ul> |

## Résultats détaillés de la visite

Cette section présente les résultats détaillés de la visite d'agrément. En examinant ces résultats, il importe de s'attarder aux résultats pour l'excellence des services et l'ensemble de l'organisme en même temps puisqu'ils sont complémentaires. Les résultats sont présentés de deux façons, soit, en premier lieu, par processus prioritaires puis par ensembles de normes.

Agrément Canada définit les processus prioritaires comme des secteurs critiques et des mécanismes qui ont des répercussions importantes sur la qualité et la sécurité des soins et services. Les processus prioritaires offrent un point de vue différent de celui que fournissent les normes, car les résultats sont organisés en fonction de thèmes qui se recoupent dans l'ensemble des unités, des services et des équipes.

Par exemple, le processus prioritaire qui traite du cheminement des usagers englobe des critères provenant d'un certain nombre d'ensembles de normes qui touchent chacun à divers aspects du cheminement des usagers, de la prévention des infections à l'établissement d'un diagnostic ou à la prestation de services chirurgicaux au moment opportun. Cela offre une image complète de la façon dont les usagers sont acheminés dans l'organisme et de la façon dont les services leur sont offerts, et ce, peu importe l'unité ou les services.

Au cours de la visite d'agrément, les visiteurs évaluent la conformité aux critères, expliquent ce qui justifie la cote attribuée et émettent des commentaires sur chaque processus prioritaire.

Le présent rapport contient des commentaires relatifs aux processus prioritaires. Les explications qui justifient la cote de non-conformité attribuée à certains critères se trouvent en ligne dans le plan d'amélioration de la qualité du rendement de l'organisme.

Veillez consulter l'annexe B pour une liste des processus prioritaires.

**INTERPRÉTATION DES TABLEAUX DE LA PRÉSENTE SECTION : Les tableaux font état de tous les critères non respectés de chaque ensemble de normes, indiquent les critères à priorité élevée (qui comprennent des POR) et fournissent les commentaires des visiteurs pour chaque processus prioritaire.**

**Les symboles suivants accompagnent les critères à priorité élevée et les tests de conformité aux POR :**



Critère à priorité élevée



Pratique organisationnelle requise

**PRINCIPAL**

Test principal de conformité aux POR

**SECONDAIRE**

Test secondaire de conformité aux POR

## Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires

Les résultats dans cette section sont d'abord présentés en fonction des processus prioritaires, puis en fonction des ensembles de normes.

Certains processus prioritaires de cette section s'appliquent aussi aux normes sur l'excellence des services. Les résultats découlant des critères où il y a non-conformité et qui sont aussi liés aux services, devraient être transmis à l'équipe concernée.

### Processus prioritaire : Gouvernance

Répondre aux demandes liées à l'excellence en matière de pratiques de gouvernance.

**L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.**

#### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

##### GOUVERNANCE

Le Réseau de santé Vitalité est l'une des deux régions régionales de la santé au Nouveau-Brunswick établi en vertu de la Loi sur les régions régionales de la santé. L'organisation a choisi le slogan "Ensemble, vers une population en santé". La stratégie s'articule autour de deux orientations précises : optimiser la santé et le mieux-être de la population et favoriser la participation du patient, du client et de leurs proches à l'amélioration des soins et des services continus et intégrés. Il y a quatre axes d'intervention notamment : le capital humain, les partenaires, les infrastructures et la culture organisationnelle.

Le Conseil est composé de quinze membres ayant droit de vote, dont sept membres nommés par le ministre et huit membres élus par la population. Actuellement, la majorité des membres sont dans leur premier mandat. Le président du conseil occupe le poste par intérim. La nouvelle présidente-directrice générale (PDG), le président du Comité professionnel consultatif et le président du Comité médical consultatif sont présents, mais n'ont pas le droit de vote.

Le conseil d'administration est encadré par des règlements de fonctionnement et il y a une signature pour l'engagement des membres du conseil à la déclaration des conflits d'intérêts. Il y a des évaluations formelles qui sont faites sur le mode de fonctionnement et plusieurs éléments des principes de saine gouvernance sont suivis.

Le conseil d'administration s'apprête à entreprendre les démarches pour le renouvellement des orientations stratégiques qui vont se terminer en 2023. Il est dynamique et mobilisé. Il connaît bien son rôle lié à la gouvernance et est soucieux d'offrir à la population les services requis et adaptés à leurs besoins. Conjointement avec la PDG, il a assumé un leadership certain en matière de qualité des soins, des services et de la sécurité envers les utilisateurs des services de santé. Le conseil reçoit les rapports trimestriels portant sur les indicateurs de qualité, la gestion des risques, la sécurité des soins et le suivi de divers indicateurs cliniques. Les administrateurs reçoivent régulièrement des rapports d'activités sur les

opérations, ainsi que des données financières et cliniques. Ils affirment être bien outillés pour prendre les décisions. Le conseil assure de manière rigoureuse son rôle sur le plan de l'allocation des ressources et des finances.

Parmi les défis de l'organisation, il y a celui de conserver la capacité de doter l'organisation des infrastructures adéquates à l'accomplissement de ses mandats. L'évolution vers des soins centrés sur la personne qui sont progressivement déployés dans l'établissement fait également partie des engagements du conseil. La gouvernance doit s'assurer de maintenir une structure organisationnelle qui lui permette l'accomplissement de tous ses mandats, au-delà des personnes et de tenir compte des trajectoires des usagers pour s'assurer du continuum de service. Ce défi, touchant la continuité des soins, demeure de taille, car la trajectoire du patient est sous la gouverne de différentes instances ministérielles qui ajoutent une complexité à l'efficacité d'avoir le patient au bon endroit au bon moment avec les services appropriés requis par son état de santé.

L'enjeu des ressources humaines est connu et un plan stratégique particulier à ce défi a été élaboré.



## Processus prioritaire : Planification et conception des services

Élaborer et mettre en oeuvre l'infrastructure, les programmes et les services nécessaires pour répondre aux besoins des populations et des communautés desservies.

| Critère non respecté  | Critères à priorité élevée |
|---|----------------------------|
| <b>Ensemble de normes : Leadership</b>  |                            |
| 6.5 La gestion du changement se fait à l'aide de stratégies et de processus structurés. |                            |
| <b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>                   |                            |

### Planification et conception des services

Le Réseau Vitalité a élaboré des orientations stratégiques pour la période 2020-2023. Le conseil d'administration, la direction générale et les équipes de direction s'inscrivent conjointement afin de porter sa mission, sa vision, ses valeurs organisationnelles et les engagements.

L'organisation a accès à des données populationnelles qui portent sur l'état de santé de la population. Ces données sont utilisées pour avoir des programmes qui répondent aux besoins de la population.

La direction est invitée à poursuivre ses travaux de planification stratégique pour la prochaine période et se projeter dans l'avenir, fort de l'expérience pandémique vécue depuis plus de 2 ans. Les services offerts sont évalués et des ajustements sont apportés selon les résultats de l'évaluation. La trajectoire du patient devra faire l'objet de suivis continus, car elle est interdépendante avec d'autres acteurs pour l'octroi d'un continuum de service à la population. On souligne l'initiative dans un secteur d'avoir des médecins pour s'occuper des patients en fin de soins actifs et qui sont attirés à la gestion de cette clientèle. Également, en santé mentale communautaire pour enfants et jeunes avec l'introduction du modèle thérapie à séance unique (TSU). Il faut aussi souligner l'effort fait par l'organisation, à trouver des solutions touchant l'organisation du travail, à titre d'exemple l'approche triade pour les services hospitaliers.

Les partenariats externes sont nombreux et complémentaires afin que la trajectoire clinique du patient ayant reçu des services intra hospitaliers puisse en bénéficier, dans sa communauté. Il y a cependant du travail à faire pour s'assurer que la trajectoire du patient puisse être un continuum de services dans le cadre d'une chaîne de soins ininterrompus. En effet, sans un relais dans la continuité des services nécessaires à compléter son rétablissement, le patient est toujours à risque de se retrouver à demander des soins en urgence ou à ne pas quitter l'hôpital. La concertation de l'ensemble des forces, internes et externes, devra être privilège dans l'intérêt du patient.

Le suivi opérationnel se fait au comité de direction par le biais d'un mécanisme de tableau de bord avec les indicateurs de suivi. Les plans opérationnels sont bien alignés avec les axes stratégiques et précisent les actions, les échéanciers et les personnes responsables. Cette information de suivi est portée à l'attention du conseil d'administration.

L'organisation est consciente de l'enjeu de l'innovation et l'apport que peut avoir un dossier patient informatisé et permettre un flux d'information rapide pouvant faciliter la prise de décision. Toujours dans le volet de la technologie, il y a l'introduction de l'utilisation de nouveaux types d'outils permettant

d'extrapoler les informations utiles pour le volet médical et administratif (Power BI). On encourage l'institution à poursuivre cette implantation et à étendre cette approche à l'ensemble des secteurs d'activités afin de permettre sa pleine appropriation.

Dans le but d'assurer la sécurité et la continuité des opérations dans l'institution, l'équipe de direction reconnaît qu'avec les changements de l'environnement social, politique et le contexte actuel il y a l'importance de gérer le changement. Cet aspect demeurera l'une des conditions de mobilisation pour l'équipe de direction afin d'entraîner un effet mobilisateur pour l'ensemble des collaborateurs et partenaires.

## Processus prioritaire : Gestion des ressources

Surveiller, administrer et intégrer les activités touchant l'allocation et l'utilisation des ressources.

**L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.**

### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

#### GESTION DES RESSOURCES

La planification budgétaire et les priorités de développement sont établies en lien avec les orientations du plan stratégique. Il existe un processus structuré de planification et de gestion des ressources budgétaires entre les services administratifs et l'équipe de direction. La planification débute au mois de septembre pour prendre en considération les objectifs de l'année à venir, les coûts anticipés, le revenu. Il y a par la suite une simulation pour ajuster les projections. Une première lettre de budget arrive vers février. Il est important de comprendre que le plan soumis au ministère de la Santé est sur trois ans, mais est revu chaque année.

Le cycle budgétaire (budget d'exploitation et budget équipements-capitaux) est bien défini et géré de manière rigoureuse. L'allocation des ressources est basée sur des critères bien établis et tient compte des priorités cliniques et stratégiques. Il y a des vérifications internes permettant de vérifier la conformité aux lois et règlements régissant la gestion des ressources. Les rapports budgétaires périodiques (chaque mois) permettent de suivre l'évolution de l'offre et de la demande de services et d'effectuer une analyse fine des écarts notés, avec les correctifs appropriés s'il y a lieu, notamment en fonction de la variation de la demande de services. Le conseil d'administration approuve les budgets et en assure le suivi régulier lors de ses séances régulières.

Un contrôle financier étroit de l'utilisation des ressources est effectué, ce qui n'empêche pas qu'on fasse des ajustements lorsqu'ils sont justifiés. Les gestionnaires qui s'occupent des achats et approvisionnements sont encadrés avec des règlements applicables à la politique d'achat. Les règlements indiquent clairement les montants nécessitant des autorisations et procédures particulières. Le Réseau Vitalité en collaboration avec Services Nouveau-Brunswick et un autre partenaire de l'Ontario procèdent à des achats regroupés ou des fournisseurs préqualifiés pour maximiser le pouvoir d'achat.

Au niveau des immobilisations, plusieurs projets majeurs ont été réalisés au cours des dernières années, à l'intérieur des prévisions budgétaires établies par le ministère pour ce qui est des grands œuvres (plus de 2 millions).

En ce qui concerne les ressources informationnelles, il y a l'enjeu d'innovation dans certains secteurs. Au niveau clinique, l'établissement n'a pas encore un système unique de dossier informatisé. La démarche progresse lentement, car il s'agit d'un dossier qui est provincial et piloté par Services Nouveau-Brunswick. Dans ce contexte, SNB est propriétaire du conteneur, infrastructure et de la sécurité informationnelle. Vitalité est responsable pour l'achat des logiciels. Certains secteurs sont informatisés, mais un manque d'interconnectivité force l'utilisation d'un système hybride.

## Processus prioritaire : Capital humain

Renforcement de la capacité des ressources humaines à fournir des services sécuritaires et de grande qualité.

**L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.**

### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

#### CAPITAL HUMAIN

L'organisation est soucieuse d'offrir un milieu de travail sain et sécuritaire. Un des catalyseurs des orientations stratégiques porte sur le volet des ressources humaines et l'objectif de développer et mettre en œuvre une stratégie pour le mieux-être et la rétention des équipes. Un comité de mieux-être au travail est actif au réseau Vitalité et il fait la promotion des 13 facteurs de la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail (SSPT) qui est la norme utilisée par plusieurs organisations au Canada. La Norme fournit un cadre complet pour aider tous les types d'organisation à orienter leurs efforts actuels et futurs de façon à obtenir un rendement optimal sur leurs investissements. On encourage l'organisation à continuer ce travail qui pourra porter des pistes d'actions pour passer d'une politique rationnelle à une pratique. D'ailleurs, dans une optique de prévention, l'organisation est encouragée à outiller les gestionnaires à reconnaître les signes précurseurs de stress psychologique qui peut être présent chez les différents intervenants qui offrent des services et soins auprès du réseau Vitalité.

Une politique relative à la prévention de la violence en milieu de travail a été révisée en 2021. Elle fait référence aux menaces provenant d'un patient ou d'un collègue et précise les axes préventifs, ainsi que les mécanismes d'accompagnement des victimes et d'enquête. La sensibilisation est effectuée depuis la date d'instauration de la politique avec un encart disponible et accessible sur l'intranet. Les échanges avec les soignants sur le terrain ont permis de constater que ces mécanismes sont connus par certains, mais il y a le besoin de continuer la sensibilisation sur ce sujet. On invite l'institution à intensifier ses stratégies de communication à cet égard.

Les différentes fiches de fonction sont élaborées indiquant clairement les rôles et les responsabilités et l'appartenance hiérarchique. Diverses stratégies sont élaborées pour aider le personnel à prendre en charge leur santé et aider à la conciliation du travail et de la vie personnelle. Il n'y a pas de politique sur l'équilibre travail-famille, cependant cet aspect sera inclus dans la politique sur le bien-être au travail. De plus, des accommodements sont considérés en analysant chaque demande. Il importe de souligner les initiatives déployées durant la pandémie du COVID-19 afin de contribuer au bien-être des collaborateurs hautement sollicités durant cette période.

Les dossiers des employés consultés contenaient des attestations d'appartenance à l'ordre professionnel et le permis de pratique le cas échéant. L'engagement au respect de la politique pour prévenir la violence et le harcèlement au travail et l'engagement à la confidentialité qui est signé pendant chaque évaluation du rendement. Il y a une vérification du casier judiciaire avant l'embauche. L'emplacement des dossiers des employés est sécuritaire et permet le respect de la confidentialité.

Le recrutement est fait selon des normes établies pour les titres d'emploi visés. La direction des ressources humaines collabore avec les directions afin de faciliter les processus et de gérer l'ensemble des aspects administratifs des embauches. Cet aspect demeure un défi constant pour l'organisation et des stratégies de révision des tâches effectuées par les différents titres d'emplois sont à l'étude. Il y a un

programme d'accueil structure pour employés. L'organisation est encouragée à revoir le volet de reconnaissance des employés en tenant compte du contexte changeant intergénérationnel. De plus, on encourage à harmoniser la fréquence des évaluations de rendement partout dans le réseau Vitalité. La formation en cours d'emploi est aussi accessible, que ce soit pour la sécurité des patients, pour la mise en place de nouvelles pratiques ou tout simplement à titre personnel selon les aspirations professionnelles. Différents types de formation sont accessibles via la plateforme E-apprentissage. Un recensement des besoins de formation est aussi effectué auprès des gestionnaires. La formation annuelle sur la sécurité des usagers est donnée aux employés avec des thématiques spécifiques pour chaque année. Une campagne de sensibilisation à la vaccination contre la COVID a été effectuée. Il y a des politiques touchant d'autres types de vaccination au sein du réseau Vitalité. Plusieurs indicateurs font l'objet de suivi et sont analysés par les ressources humaines et par la suite sont soumise au conseil d'administration. À ce point, l'organisation est encouragée à utiliser des objectifs SMART (spécifique, mesurable, atteignable, réaliste, temporellement défini) pour permettre un suivi vers l'atteinte de l'objectif.

## Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité

Avoir recours à un processus proactif, systématique et continu pour gérer et intégrer la qualité, et pour atteindre les buts et les objectifs de l'organisme.

| Critère non respecté   | Critères à priorité élevée |
|--|----------------------------|
| <b>Ensemble de normes : Leadership</b>   |                            |
| 3.8 La diffusion et la viabilité des résultats des projets d'amélioration de la qualité sont encouragées et soutenues. |                            |
| <b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>  |                            |

### GESTION INTÉGRÉE DE LA QUALITÉ et RISQUES

L'organisation Réseau Vitalité s'est dotée d'un guide d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité. Le Guide s'inspire des 5 objectifs (soins centrés sur la personne ; soins sécuritaires ; soins accessibles ; soins appropriés ; soins intégrés) du cadre canadien sur la qualité des soins et la sécurité des patients. Le guide permet de formaliser la structure d'imputabilité et de mettre en place les équipes Qualité-Sécurité. On encourage l'organisation à reprendre le "bâton du pèlerin" pour diffuser l'information aux équipes de façon qu'il s'approprie des actions d'amélioration identifiées afin de les responsabiliser à l'effort collectif à faire dans la réalisation d'une prestation sécuritaire des soins. Dans cette même optique, il est fortement encouragé de poursuivre l'implantation de la stratégie LEAN dans tous les secteurs avec des salles de pilotage (stratégique, tactique, et opérationnelle).

Cette approche devrait assurer l'intégration à la gestion et aux opérations courantes sur la démarche d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la performance.

Le concept du caucus et sa présence dans quelques unités offrent un espace d'échange et de discussion dont l'objectif principal est l'amélioration de la qualité des soins prodigués et la sécurité de l'utilisateur. Il s'agit d'une action innovante qui contribuera certainement à la culture qualité. On encourage l'organisation à diffuser cette initiative avec un support aux équipes pour s'assurer de la bonne démarche. Toujours dans l'innovation, le déploiement prochain du logiciel Power BI permettra d'avoir un état de situation réelle et permettra des décisions plus justes, surtout concernant le suivi des cas de fin de soins actifs et la planification des congés.

Même si ce n'est pas un mandat spécifique de la qualité, il en demeure qu'un effort est souhaitable afin de poursuivre l'harmonisation des politiques et procédures pour l'organisation pour permettre d'avoir les bonnes politiques avec les dernières données probantes pour bien s'assurer de la sécurité et qualité des actions entreprises au quotidien.

La politique sur la déclaration et la divulgation sont actualisées et un nouvel outil informatique rend plus convivial le processus de déclaration des incidents/accidents. Des ressources sont allouées pour doter le service qualité de plusieurs qualitatifs et gestionnaires de risque qui interviennent à titre-conseil dans l'ensemble de l'institution. Les déclarations d'événements indésirables sont analysées systématiquement et la rétroaction est portée.

Le volet d'analyse des insatisfactions de la clientèle est inclus dans la même direction. Il demeure

évident que les plaintes et la suite de leur analyse sont un élément qui ajoute au levier d'amélioration continue et la sécurité des soins.

Un plan de sécurité des patients a été élaboré et fait l'objet de suivi dans les quatre dimensions de la qualité identifiées. On invite l'organisation à veiller à son appropriation et à sa mise en œuvre et à revoir l'identification des objectifs utilisant une approche SMART. De plus, on croit que l'approche transversale avec le volet médical en place peut apporter des résultats constructifs et l'on encourage à le maintenir.

Des rapports trimestriels (suivi : accréditation, gestion des plaintes, événements indésirables, satisfaction patiente, entre autres) sont soumis par le comité et se rendent au conseil d'administration.

L'institution a déjà débuté avec le concept de l'expérience patient et inclus dans ses orientations stratégiques l'importance du patient partenaire dans les différents comités consultatifs et décisionnels.

Des analyses prospectives sont effectuées par le service de qualité qui contribue à l'évaluation de risque pour les patients. Plusieurs audits de qualité sont réalisés annuellement sur plusieurs thématiques et il y a une rétroaction auprès des équipes pour permettre d'apporter des correctifs au besoin.

## Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes

Cerner les dilemmes et les problèmes relatifs à l'éthique et prendre les décisions qui s'imposent.

**L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.**

### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

#### PRISE DE DÉCISIONS FONDÉES SUR DES PRINCIPES ÉTHIQUES

Le comité d'éthique rencontré est pluridisciplinaire, structuré et balisé par le cadre conceptuel en éthique et un mandat qui a été renouvelé en 2021 pour le réseau Vitalité. Le cadre contient les trois grandes dimensions d'intervention pour le comité : éthique clinique, éthique de recherche et éthique organisationnelle. Le comité s'est doté d'un plan de travail avec de la formation continue pour les membres ainsi que des activités thématiques de sensibilisation des collaborateurs. Le comité d'éthique clinique se réunit sur une base trimestrielle et celui de la recherche (qui inclus certains membres du comité d'éthique clinique) sur une base mensuelle. L'éthique organisationnelle est prise en charge par le comité d'éthique clinique.

Il existe une politique organisationnelle sur le processus de la décision en éthique. Le comité répond à des demandes qui lui sont soumises par les différents secteurs d'activités du réseau. Les membres du comité rencontrés reconnaissent la pertinence de développer une fonction d'accompagnement et de conseil aux équipes cliniques et on les encourage en ce sens. Il serait opportun à continuer avec des stratégies de communication pour sensibiliser le milieu à l'égard de l'éthique et informer les équipes terrain sur la façon de formuler des demandes de consultation. D'ailleurs, sur ce sujet, on encourage le comité à finaliser la capsule d'information qui sera accessible en virtuelle dédiée à la sensibilisation en éthique. Parmi les défis du comité, il y a la sensibilisation élargie à des situations éthiques potentielles et les nouveaux enjeux cliniques avec un bassin de population à démographie changeante. Nous suggérons que l'apport d'un patient partenaire pourrait élargir les thématiques qui porteront à des réflexions sur des sensibilisations à offrir aux collaborateurs. À titre d'exemple, le consentement, les niveaux de soins, l'acharnement thérapeutique. Le comité s'occupe aussi de voir certaines politiques pour le volet « éthique » par exemple la politique sur l'aide médicale à mourir, la politique sur l'intensité des soins, pour en nommer quelques-uns.

Pour le volet de l'éthique organisationnelle, il y a un travail de base à faire. L'éthique organisationnelle prend notamment en compte les techniques de management, les styles de leadership, les politiques institutionnelles, le climat éthique des organisations de soins, hospitalières et autres. C'est un peu un idéalisme de valeurs contextualisé dans la réalité de tous les jours dans les organisations de santé. C'est aussi un nouveau rôle qu'assume chaque collaborateur, gestionnaire et directeur. On encourage le comité à poursuivre la réflexion sur ce sujet.

Finalement, l'éthique de la recherche est organisée à l'interne. La plateforme ROMÉO est utilisée pour déposer les projets de recherche.



## Processus prioritaire : Communication

Assurer une communication efficace à tous les paliers de l'organisme et avec les parties prenantes de l'externe.

**L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.**

### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

#### COMMUNICATION

L'équipe de direction et le conseil d'administration du réseau Vitalité sont soucieux de communiquer régulièrement et efficacement avec les parties prenantes de l'institution dans une optique de saine collaboration. De nombreux outils de communication servent à informer les patients et les différents collaborateurs, tant à l'interne qu'à l'externe (ex.: affichage, brochures, site web, réseaux sociaux, intranet). L'organisation a développé un plan de communication qui arrive avec le plan stratégique 2020-2023.

La gestion de l'information est un processus qui est fait toujours en collaboration avec la direction générale. L'équipe de communication maintient un lien étroit avec le leadership pour s'assurer que les objectifs de la communication respectent aussi un "timing", cohérence et compréhension du message véhiculé. Dans une société où de plus en plus on a l'information rapidement et on réagit rapidement, une considération devra être faite sur comment avoir une communication bidirectionnelle et en temps opportun pour répondre au questionnement de la population ou pour clarifier les messages. Un autre élément, sera de voir les outils qui seront utilisés soit à l'interne pour les communications officielles, soit celles à l'externe qui ajoute la couche additionnelle de la sécurité et la confidentialité. L'organisation a déjà plusieurs canaux de communication, il est maintenant important de voir le taux de pénétration des différentes actions médiatiques. Cela pourra servir comme première étape pour filtrer, ce qui sera utilisé, en tenant compte que ce type de statistique ne permet pas d'évaluer la compréhension du message de la part du receveur. Dans la même optique, on encourage l'organisation à poursuivre les sondages sur la communication effectués sur les différentes plateformes à disposition des utilisateurs. Ces sondages permettront de dégager des zones d'amélioration qui pourront faire l'objet d'un suivi de la part des gestionnaires responsables. Nous suggérons d'y attacher des indicateurs mesurables pour permettre l'évaluation en temps et lieu de l'outil utilisé pour rejoindre un public cible et atteindre son but.

Pour le volet de la gestion de l'information touchant les patients, l'organisation continue à utiliser les dossiers papier. Certains secteurs ont un appui informatique. L'échange d'informations entre différents centres est plus ardu et l'organisation est consciente que cela influence le transfert d'information et peut influencer la prise de décisions. Un effort de concertation avec les partenaires sera nécessaire pour travailler vers une résolution rapide de cette situation, car elle influence le flux d'information clinique entre professionnels et apporte un retard à l'objectif d'avoir le patient au bon endroit au bon moment. Le milieu est sensible à l'importance du respect de la confidentialité et des activités de sensibilisation sont prévues à cet effet. Une politique relative à la sécurité de l'information est élaborée et divers mécanismes de contrôle en découlent. Une politique et des procédures d'accès au dossier du patient sont disponibles sur le site web de l'institution.

Les personnes rencontrées ont exprimé que l'expérience de la situation d'urgence sanitaire, c'est-à-dire

les efforts pour informer les collaborateurs, patients et populations ont permis d'utiliser des approches innovatrices dans certaines sphères et d'accélérer des processus qui aurait pris plus de temps à mettre en place. Nous soulignons quelques initiatives, à titre d'exemple : Intranet via la section « Boulevard », l'Hebdo, les médias sociaux, pour le grand public, c'était l'information sur la campagne de vaccination pendant la période COVID. Dans cette optique, l'organisation est aussi consciente de la mise à jour à faire au site web du réseau Vitalité qui permettra l'application de nouvelles technologies et mieux adaptée aux besoins de la population. On encourage l'organisme à co-construire le tout avec l'appui de représentants des groupes cibles pour arrimer les objectifs aux résultats voulus. On encourage aussi l'équipe de communication à sensibiliser les responsables des politiques à respecter les modèles utilisés par l'organisation et les indications touchant les dates de révision de ces politiques.

Tous les politiques et mécanismes de surveillance sur la confidentialité et la sécurité des systèmes d'information et de protection des données sont en place. Le principe de l'approche centrée sur le patient en matière d'information est apparent dans les différentes communications. En situation de crise, un plan de communication de crise est suivi indiquant les rôles et responsabilités des différents acteurs.

## Processus prioritaire : Environnement physique

Fournir des structures et des établissements appropriés et sécuritaires pour réaliser la mission, la vision et les buts de l'organisme.

**L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.**

### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

#### ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

L'équipe technique du Réseau Vitalité dispose de toute la logistique lui permettant de contrôler et de mener à bien les infrastructures médicales, notamment en gestion d'électricité, d'eau et de gaz médicaux. Des contrôles sont régulièrement effectués par des audits internes ou des contrôles réalisés par des firmes extérieures et les résultats sont utilisés pour apporter des actions d'amélioration qu'il s'agisse d'aspects techniques ou logistiques.

Les différents édifices varient en date de construction et sont généralement bien entretenus.

Actuellement, il y a plusieurs rénovations au cours. Le service technique travaille en étroite collaboration avec l'équipe d'hygiène et le service de prévention et sécurité au travail lors de travaux. L'organisation est encouragée à avoir une vigie continue sur ces travaux de rénovation surtout pour ce qui est de l'espace disponible pour la continuité des opérations et le niveau de sonorisation qui peut influencer l'environnement du service qui continue ses activités pendant les rénovations, à titre d'exemple le site de Santé Publique à Campbellton.

Dans un contexte de rénovations, le secteur d'hygiène et salubrité est aussi mis à contribution avec une augmentation de la fréquence des nettoyages. Pour les emplacements où des visites à domicile sont effectuées, il est important de s'assurer de la rigueur dans les évaluations des risques pour le personnel qui effectue des visites à domicile, par exemple le site de santé publique de Campbellton. On encourage aussi l'organisation à revoir les espaces dédiés à des activités qui peuvent être des risques en termes de prévention des infections et de stockage, à titre d'exemple la salle de réveil en maternité à l'Hôpital d'Edmundston.

De plus, étant donné qu'il y a plusieurs rénovations en cours, il est suggéré de réévaluer l'ensemble des installations utilisant la cartographie d'une gestion intégrée des risques en tenant compte de la trajectoire du patient, pour permettre une identification des endroits requérant une action et prioriser les interventions selon le risque associé et la clientèle qui y séjourne. À titre d'exemple, le niveau sonore des travaux qui sont adjacents à une urgence. Des endroits auraient besoin d'une mise à normes, car ils sont vétustes, à titre d'exemple, la salle de bain dans le secteur de la psychiatrie pour soins concentré au CH Chaleur.

Des plans de résilience sont présents pour faire face aux risques et des tests sur les systèmes de relais sont réalisés régulièrement. Le service technique est attentif à l'impact des rénovations sur l'environnement. Le service de communication est intégré dans les plans de rénovation pour garder la signalisation à jour et tenir informés les employés et les visiteurs.

Finalement, il faudra travailler pour respecter les nouveaux critères voulant une plus grande participation des patients et la famille dans l'utilisation optimale des espaces disponibles pour les services aux patients. L'établissement est encouragé à poursuivre l'effort en cours pour intégrer les patients dans certains

comités afin de concilier la variabilité entre les espaces voulus par les professionnels et les espaces souhaités par les patients.

## Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence

Gérer les urgences, les sinistres ou autres aspects relevant de la sécurité publique, et planifier en ce sens.

**L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.**

### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

#### SITUATIONS D'URGENCE

Sur le plan stratégique et tactique, les programmes des mesures d'urgence et de sécurité civile sont très bien structurés et organisés. De plus, nous avons observé qu'il existe une grande proximité et une collaboration dynamique entre les divers acteurs internes et les partenaires externes, à cet effet, l'expérience COVID a eu un effet positif pour augmenter la collaboration avec les partenaires. Les documents (politiques, procédures, lignes directrices, guides, etc.) sont élaborés et nous avons constaté que la charte des codes couleurs est au verso des cartes des employés, un élément à ajouter serait le numéro à composer en cas d'urgence. Étant donné le nombre important de chantiers de constructions ou rénovations, il est important d'avoir une vigie sur les issues de secours et la trajectoire d'évacuation, car cela risque de changer compte tenu des travaux.

De plus, nous avons observé que des exercices de simulation, des formations et un mécanisme d'évaluation et d'amélioration continue pour les codes sont bien implantés et connus par le personnel rencontré. Nous avons également observé l'absence de code pour une demande d'assistance médicale. À cet effet, nous suggérons à l'organisation d'avoir une réflexion à ce sujet et de définir la marche à suivre en cas de demande d'assistance médicale dans l'ensemble du réseau. À cet égard, le code mauve est utilisé dans certains endroits de santé et pourrait aider à la réflexion. Les différents systèmes de détection et d'avertissement sont soumis à de l'entretien préventif.

La cartographie des risques devrait être faite de façon annuelle surtout dans un contexte de plusieurs rénovations en cours et tiendrait compte aussi des changements ou transformations organisationnelles. L'équipe est encouragée de continuer à travailler sur le développement de fiches d'instructions de service pour chacun des secteurs d'activités. Ces fiches résument l'information pertinente au regard aux différentes étapes (étape de l'alerte et la reconnaissance, le comportement et action, le plan d'alerte, etc.). Elles devront être développées pour chacune des situations d'urgence potentielles spécifiques au secteur. Cette approche permettra une meilleure validation pendant des exercices de simulation qui devront être repris avec un calendrier régulier et consigné avec la liste des participants dans les preuves à conserver après la situation d'urgence sanitaire. L'utilisation de la plateforme E-Apprentissage pour certaines séances de sensibilisation est utile et permet de rejoindre un plus grand nombre de personnes pour les formations.

Nous soulignons le travail effectué pendant la crise sanitaire de toute l'équipe et la collaboration étroite auprès de la direction générale et du conseil pour assurer une approche interdisciplinaire respectant la déclinaison des rôles et responsabilités.

Les prochaines étapes pour le comité seront celles d'alimenter en collaboration avec la sécurité civile des plans pour des risques nucléaires, bactériologiques et chimiques.

## Processus prioritaire : Soins de santé centrés sur les personnes

Travailler en collaboration avec les usagers et leurs familles de manière à planifier et à offrir des services respectueux, compatissants, compétents et culturellement sécuritaires, ainsi que de voir à leur amélioration continue.

| Critère non respecté   | Critères à priorité élevée |
|--|----------------------------|
| <b>Ensemble de normes : Réadaptation</b>   |                            |
| 1.1 Les services sont conçus conjointement avec les usagers et les familles, les partenaires et la communauté.   | !                          |
| 1.7 Les obstacles qui peuvent empêcher les usagers, les familles, les prestataires de services et les organismes qui acheminent des usagers d'accéder aux services sont cernés et éliminés si possible, avec l'apport des usagers et des familles. |                            |
| 2.4 L'espace est conçu conjointement avec les usagers et les familles pour assurer la sécurité et permettre qu'il y ait des interactions confidentielles et privées avec les usagers et les familles.  |                            |
| 3.3 Un programme d'orientation complet est offert aux nouveaux membres de l'équipe et aux représentants des usagers et des familles.   |                            |
| 3.12 Les représentants des usagers et des familles sont régulièrement appelés à fournir une rétroaction sur leurs rôles et responsabilités, la conception des rôles, les processus et la satisfaction par rapport aux rôles, s'il y a lieu.        |                            |
| 10.3 Les usagers sont responsabilisés de manière à gérer eux-mêmes leur état de santé en recevant de l'enseignement, des outils et des ressources, le cas échéant.   |                            |
| <b>Ensemble de normes : Services périopératoires et interventions invasives</b>  |                            |
| 1.1 Les services sont conçus conjointement avec les usagers et les familles, les partenaires et la communauté.   | !                          |
| 1.7 Les obstacles qui peuvent empêcher les usagers, les familles, les prestataires de services et les organismes qui acheminent des usagers d'accéder aux services sont cernés et éliminés si possible, avec l'apport des usagers et des familles. |                            |

6.12 Les représentants des usagers et des familles sont régulièrement appelés à fournir une rétroaction sur leurs rôles et responsabilités, la conception des rôles, les processus et la satisfaction par rapport aux rôles, s'il y a lieu.

#### Ensemble de normes : Soins de longue durée

1.1 Les services sont conçus conjointement avec les résidents et les familles, les partenaires et la communauté.



3.3 Un programme d'orientation complet est offert aux nouveaux membres de l'équipe et aux représentants des résidents et des familles.

16.8 Les incidents liés à la sécurité des résidents sont analysés pour éviter qu'ils ne se reproduisent et pour apporter des améliorations, et ce, avec l'apport des résidents et des familles.



17.3 Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des résidents et des familles.



#### Ensemble de normes : Unité d'hospitalisation

1.1 Les services sont conçus conjointement avec les usagers et les familles, les partenaires et la communauté.



3.12 Les représentants des usagers et des familles sont régulièrement appelés à fournir une rétroaction sur leurs rôles et responsabilités, la conception des rôles, les processus et la satisfaction par rapport aux rôles, s'il y a lieu.

16.3 Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles.



#### Ensemble de normes : Urgences

1.1 Les services sont conçus conjointement avec les usagers et les familles, les partenaires et la communauté.



1.8 Les obstacles qui peuvent empêcher les usagers, les familles, les prestataires de services et les organismes qui acheminent des usagers d'accéder aux services sont cernés et éliminés si possible, avec l'apport des usagers et des familles.

3.5 Les obstacles qui empêchent les usagers, les familles, les prestataires et les organismes qui acheminent des usagers d'accéder au service des urgences sont cernés et éliminés avec l'apport des usagers et des familles.

18.3 Des objectifs mesurables avec des échéanciers précis sont établis pour les projets d'amélioration de la qualité, avec l'apport des usagers et des familles.



#### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

Tous les gestionnaires et employés rencontrés nous ont démontré leur professionnalisme, mais aussi leur humanisme. J'ai vraiment senti leur fierté, dans la mise en place de nouvelles pratiques pour s'adapter aux nouvelles réalités d'aujourd'hui. Par exemple en utilisant les nouvelles technologies de pointe. Plusieurs secteurs travaillent de plus en plus avec l'utilisateur et sa famille. Il y a aussi beaucoup de consultations pour l'amélioration des services. Un comité consultatif de patients est en place et joue un rôle important pour la gestion de risques, les plaintes, etc.

À ce titre, il y aurait avantage pour le réseau à améliorer le rôle du patient partenaire. On sent une grande volonté, mais en même temps, une compréhension variable du concept aux différents paliers de l'organisation.

Ces acteurs pourraient participer à des comités de co-construction et non pas seulement à des comités de consultation. Une formation des patients partenaires devrait être la base pour une meilleure compréhension et implication de leur rôle.

Beaucoup de travail a été fait pour desservir tous les usagers du milieu, et ce, en tenant compte vraiment de leur culture. Les protocoles d'ententes avec les autochtones en sont un bel exemple.

Au nom des usagers et des familles, bravo et continuez à vous dépasser comme vous le faites.



## Processus prioritaire : Cheminement des clients

Évaluation du déplacement sans heurt et en temps opportun des usagers et des familles entre les services et les milieux de soins.

| Critère non respecté  | Critères à priorité élevée |
|---|----------------------------|
| <b>Ensemble de normes : Services périopératoires et interventions invasives</b>   |                            |
| 9.7 Les listes d'attente sont surveillées et mises à jour sur une base régulière, et les usagers sont informés de la date prévue pour leur intervention planifiée.  |                            |
| <b>Ensemble de normes : Urgences</b>  |                            |
| 3.2 Une approche proactive est adoptée pour prévenir et gérer la congestion du service des urgences en collaboration avec le personnel d'encadrement de l'organisme et avec l'apport des usagers et des familles. | !                          |
| 3.11 Des protocoles pour déplacer les usagers ailleurs dans l'organisme pendant les périodes de congestion sont suivis par l'équipe.  | !                          |
| <b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>   |                            |

### Cheminement des patients

De l'information sur le cheminement des patients est recueillie afin de repérer sommairement les obstacles à l'admission et aux différents points de transition, incluant la sortie. Les cadres responsables de chaque service disposent de toute l'information nécessaire pour jeter un regard critique sur le nombre d'admissions, le taux d'occupation, les durées moyennes de séjour, le nombre de jours/présence. L'équipe s'est donné une méthodologie de travail inspirée des principes du LEAN et de la gestion de projet. Le personnel d'encadrement démontre une réelle volonté de travailler de façon « inter directionnelle ». Assurément, il reste encore l'harmonisation du processus, entre les pratiques et les systèmes de gestion d'un endroit à l'autre. On encourage l'organisation à poursuivre les initiatives sur la trajectoire des patients, car des projets pilotes indiquent déjà de la réduction dans le délai moyen d'accès au service. Le cheminement des patients exige l'implication et la compréhension de tous les acteurs de l'organisation et des partenaires. Dans cette optique des travaux identifiants, les sources produisant un recours aux urgences ont été évaluées. Un projet d'optimisation avec les partenaires est en cours.

Toutefois, l'équipe visiteuse a pu observer que ces données font plutôt l'objet d'un simple constat, et cela, pour certains secteurs. L'analyse fine de ces données et leur utilisation pour augmenter l'efficacité des ressources est incontournable. Cela passe par une concertation avec les partenaires du réseau pour trouver des trajectoires optimales. À titre d'exemple, les patients en fin de soins actifs (qui ont reçu un congé médical), mais qui ne peuvent pas retourner à la maison sans assistance au domicile ou qui ont besoin d'hébergement. Nous encourageons vivement l'établissement à débiter une analyse critique de ces données et ainsi procéder à un effort collectif de concertation pour le bien du patient afin de trouver

des trajectoires qui répondent à ses besoins. Il va sans dire que l'approche va inclure une volonté interministérielle étant donné que les services de ce continuum de soins sont sous la responsabilité de différents ministères.

Ce même type d'approche collaborateur interministériel pourrait être appliqué pour la clientèle en santé mentale qui peut avoir des pluri pathologies (à la fois médicales et en santé mentale) qui souvent trouve de la difficulté dans la trajectoire de soins en passant de l'âge adolescent à l'âge adulte.

## Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux

Obtenir et entretenir du matériel et des technologies qui servent au diagnostic et au traitement de problèmes de santé.

| Critère non respecté   | Critères à priorité élevée |
|--|----------------------------|
| <b>Ensemble de normes : Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables</b>  |                            |
| 5.11 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive. | !                          |
| <b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>  |                            |

Plusieurs projets de rénovation ont été complétés comme celles du secteur endoscopie à l'HRE, de l'URDM à Campbellton et au CHU Dumont.

La standardisation des processus est excellente.

La présence au bloc opératoire d'un membre du personnel de l'URDM à l'HRE est un élément positif qui permet une meilleure communication avec le bloc.

Défis

L'organisme est encouragé à poursuivre l'acquisition d'un logiciel informatisé en URDM dans toutes les zones (pilote en cours pour la zone 1-B).

Un stérilisateur hors d'usage à Tracadie-Sheila serait à retirer éventuellement ou à remplacer.

Au Centre de santé de Pointe Verte, le médecin fait de petites chirurgies. Il n'y a cependant aucune procédure en place pour le pré-nettoyage avant le transport à l'URDM de l'hôpital, ni d'espaces pour le souillé et le propre.

## Résultats pour les normes portant sur des populations spécifiques, par processus prioritaires

Les résultats qui se trouvent dans cette section sont d'abord regroupés en fonction des sections de normes, puis des processus prioritaires.

Les processus prioritaires propres aux normes sur les populations spécifiques sont les suivants :

### **Santé et bien-être de la population**

- Promouvoir et protéger la santé des populations et des communautés desservies grâce au leadership, au partenariat et à l'innovation.

## Ensemble de normes : Santé et bien-être de la population - Intégration horizontale des soins

| Critère non respecté  | Critères à priorité élevée |
|---|----------------------------|
| <b>Processus prioritaire : Santé et bien-être de la population</b>  |                            |
| 6.1 L'organisme maintient un système d'information clinique et des dossiers longitudinaux d'utilisateurs. |                            |
| 6.7 L'organisme revoit et améliore régulièrement son système d'information clinique.                      |                            |
| <b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>                                     |                            |
| <b>Processus prioritaire : Santé et bien-être de la population</b>  |                            |

Le réseau de santé Vitalité a mis en place une structure de consultation et de coordination afin d'assurer la cohérence et la réalisation des projets et initiatives d'amélioration de la santé populationnelle. On constate une véritable volonté à impliquer les municipalités, les partenaires communautaires, ainsi que les citoyens. L'engagement de la direction se concrétise entre autres par la création des postes de promoteurs de la santé, de coordonnatrices régionales et de conseillères en développement communautaire, ainsi que la mise en place d'un processus continu des Évaluations des besoins des communautés en santé (EBCS). L'équipe est encouragée à poursuivre et continuer à mettre en place les stratégies d'implication communautaire afin d'assurer d'optimiser la synergie avec les parties prenantes.

La conception et développement des nouveaux services ainsi que les initiatives d'amélioration continue s'appuient sur les données démographiques. L'équipe se dote des ressources pour la collecte, l'analyse et la diffusion des données populationnelles ainsi que les données probantes issues de la recherche.

Afin de faciliter accès aux services et de minimiser les visites non nécessaires à l'urgence, l'équipe a mis en place plusieurs initiatives telles les points d'entrée unique, l'offre de service de maintien à domicile, ainsi que l'approche individualisée pour les personnes qui consomment grandement les services.

De plus, l'équipe tente d'adapter le modèle de l'offre de services face aux besoins grandissants de la population et la pénurie du personnel en promouvant et outillant la population à l'autogestion de la santé. Ce concept est mis en application, par exemple, aux cliniques de suivi de diabète où les patients sont offerts les informations et les outils nécessaires pour une autogestion de leurs conditions. Ces cliniques aussi impliquent les familles ou les proches pour soutenir les patients.

Dans l'objectif d'amélioration la continuité des services pour les patients, l'organisation est encouragée à explorer des solutions permettant un partage d'information clinique (dossier unique) entre les soins de santé primaire et les autres services offerts par le réseau.

L'équipe a identifié plusieurs projets et initiatives pour améliorer l'accès aux services de soins primaires et la santé populationnelle. Une gestion de ce portefeuille de projets avec une priorisation et un suivi sera importante afin d'assurer que les initiatives sont menées à terme.

En plus des indicateurs de volume et de satisfaction, l'organisation est encouragée à continuer à identifier les indicateurs de performance et de l'efficacité des services.

---

## Résultats pour les normes sur l'excellence des services

Les résultats qui se trouvent dans cette section sont d'abord regroupés en fonction des ensembles de normes, puis des processus prioritaires.

Voici une liste des processus prioritaires propres aux normes sur l'excellence des services :

### **Analyses de biologie délocalisées**

- Recourir à des analyses hors laboratoire, à l'endroit où les soins sont offerts, pour déterminer la présence de problèmes de santé.

### **Leadership clinique**

- Diriger et guider les équipes qui offrent les services.

### **Compétences**

- Créer une équipe interdisciplinaire dotée des connaissances et du savoir-faire nécessaires pour gérer et offrir des programmes et des services efficaces.

### **Épisode de soins**

- Travailler en partenariat avec les usagers et les familles pour offrir des soins centrés sur l'utilisateur tout au long de l'épisode de soins.

### **Aide à la décision**

- Maintenir des systèmes d'information efficaces pour appuyer une prestation de services efficace.

### **Impact sur les résultats**

- Utiliser les données probantes et les mesures d'amélioration de la qualité pour évaluer et améliorer la sécurité et la qualité des services.

### **Dons d'organes et de tissus**

- Offrir des services de don d'organes ou de tissus, de l'identification et de la gestion des donneurs potentiels jusqu'au prélèvement.

### **Gestion des médicaments**

- Avoir recours à des équipes interdisciplinaires pour gérer la prestation des services de pharmacie.

### **Prévention des infections**

- Instaurer des mesures pour prévenir et réduire l'acquisition et la transmission d'infections chez le personnel, les prestataires de services, les clients et les familles.

**Services de diagnostic – Imagerie**

- Assurer la disponibilité de services d'imagerie diagnostique pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.

**Services de diagnostic – Laboratoire**

- Assurer la disponibilité de services de laboratoire pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.

**Santé publique**

- Maintenir et améliorer la santé de la population en soutenant et en mettant en oeuvre des politiques et des pratiques de prévention des maladies et d'évaluation, de protection et de promotion de la santé.

**Services transfusionnels**

- Services transfusionnels



## Ensemble de normes : Analyses de biologie délocalisées - Secteur ou service

| Critère non respecté | Critères à priorité élevée |
|----------------------|----------------------------|
|----------------------|----------------------------|

### Processus prioritaire : Analyses de biologie délocalisées

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)


#### Processus prioritaire : Analyses de biologie délocalisées

Les analyses hors laboratoires (AHL) sont régionalisées. Les politiques, procédures et le mandat sont déterminés pour l'ensemble des sites et un coordonnateur est nommé dans chacune des zones. Le comité pour les analyses hors laboratoire est multidisciplinaire. Il n'a pas de patient partenaire.

La formation, les contrôles de qualité et les audits sont très bien suivis et évalués. Tout est très organisé. Le biochimiste est très impliqué. Une interface entre les systèmes Meditech et Aegis est en place depuis cette année.

Une collaboration entre les unités de soins et l'équipe du laboratoire est présente. La formation et les procédures opératoires normalisées (PON) sont connues et disponibles pour toutes les personnes qui effectuent des AHL.

## Ensemble de normes : Gestion des médicaments (Pour les visites de 2021) - Secteur ou service

| Critère non respecté   | Critères à priorité élevée  |
|--|---|
| <b>Processus prioritaire : Gestion des médicaments</b>   |   |
| 2.7 Le comité interdisciplinaire fournit des ensembles de modèles d'ordonnances standardisés.  |   |
| 9.3 Une politique qui précise à quel moment et comment contourner les alertes émises par le système informatique de la pharmacie est élaborée et mise en oeuvre.   | !   |
| 10.5 L'organisme dispose d'une procédure de détection et de résolution des préoccupations liées à l'expédition des médicaments.  |   |
| 12.1 Des limites contournables et des limites incontournables des doses sont établies pour tous les médicaments administrés par perfusion.   | !   |
| 13.1 L'accès aux aires d'entreposage des médicaments est réservé aux membres de l'équipe autorisés.  | !   |
| 13.6 Les aires d'entreposage des médicaments sont conformes à toutes les exigences des lois et des règlements en matière de médicaments contrôlés.   | !   |
| 13.9 Les flacons multidoses ne sont utilisés que pour un seul usager dans les zones de service aux usagers.  | !   |
| 15.1 Un programme structuré a été mis en vigueur pour réduire les risques liés à la polypharmacie, surtout auprès des personnes âgées qui sont frêles ou vulnérables.  | !   |
| 15.6 Une liste d'abréviations, de symboles et de désignations de dose qui ne doivent pas être utilisés a été établie et mise en oeuvre. <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="244 1465 1103 1602">15.6.6 La « Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées » de l'organisme est mise à jour et les changements nécessaires sont apportés aux processus de gestion des médicaments.</li> <li data-bbox="244 1619 1103 1755">15.6.7 Le respect de la « Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées » de l'organisme est vérifié et des changements sont apportés aux processus en fonction des problématiques cernées.</li> </ul> | <br><b>SECONDAIRE</b><br><br><b>SECONDAIRE</b> |

|      |   |   |
|------|---|---|
| 19.4 | Si des cabinets de distribution automatisés sont utilisés, des politiques et procédures s'appliquent quant à l'accès, l'emplacement, le type d'information sur les médicaments, la vérification et le renouvellement des médicaments. |   |
| 21.2 | Des mesures sont prises pour protéger la santé et la sécurité des membres de l'équipe qui transportent, administrent ou éliminent les médicaments cytotoxiques et autres médicaments dangereux.                                       | ! |
| 23.4 | Les médicaments que les usagers s'administrent eux-mêmes sont étiquetés et rangés de façon sécuritaire et appropriée.   |   |
| 23.5 | Chaque usager qui autoadministre ses médicaments reçoit une formation et une supervision appropriées avant de s'autoadministrer, ce qui est consigné dans son dossier.  | ! |

#### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

#### Processus prioritaire : Gestion des médicaments

##### Commentaire général

Le service de pharmacie a comme mandat d'assurer des services sécuritaires à la population et de supporter les professionnels des équipes de soins.

De manière générale, tous les critères de la norme sur la gestion des médicaments sont respectés. Le personnel est très engagé et travaille un climat de travail sain où l'approche collaborative et d'entraide est bien présente.

La grande majorité de politiques ainsi que les procédures techniques pour assurer la sécurité de chaque étape du circuit du médicament dans les pharmacies sont en place.

Il est à mentionner la concrétisation de la mise à niveau des normes, des infrastructures et de la technologie du processus de préparation de produits stériles, dangereux et non dangereux. Une certification d'accréditation par un organisme de l'Ontario témoigne du souci pour la sécurité du service de pharmacie.

La présence des pharmaciens cliniciens dans les unités de soins est un gage de qualité de prise en charge des patients qui se bénéficient d'une approche interdisciplinaire malgré la pénurie de pharmaciens et des techniciens.

Par contre, la pénurie se fait sentir surtout sur l'avancement ou la mise à jour de certaines procédures ou politiques et la réalisation de différents audits.

Bien que les produits d'héparine, des électrolytes concentrés et des narcotiques soient bien contrôlés, les audits sont en retard de 2 ans environ. On recommande de reprendre la fréquence de révision des inventaires de ces médicaments et produits.

Une attention particulière doit être portée à l'implantation du Bilan comparatif de médicaments (BCM) qui est réalisé à géométrie variable. Il serait le temps d'évaluer les stratégies d'implantation afin d'évaluer l'efficacité de mesures mises en place.

De surcroît, il est fortement recommandé de commencer rapidement la mise à jour des politiques et de se doter d'un calendrier en déterminant l'année précise de révision dans chaque politique.

L'intégration d'une infirmière ressource permettra de supporter le personnel infirmier dans la pérennisation des acquis et l'amélioration des processus de gestion des médicaments n'étant pas sur la responsabilité du service de la pharmacie comme l'administration, le contrôle des médicaments aux communs et autres.

L'environnement physique est propre et sans encombrement malgré le fait qu'il manque des espaces, ambiance tranquille assurant ainsi un milieu de travail favorable et sécuritaire.

#### Commentaires spécifiques par installation

##### Hôpital d'Edmundston

Pour assurer la qualité des prescriptions, une validation est réalisée dans des heures ouvrables ainsi que les fins de semaine.

Une firme externe de pharmaciens valide et vérifie la conformité des ordonnances à distance (télépharmacie). Cette action a permis au service de pharmacie de pallier la pénurie de pharmaciens et les dégager pour renforcer les activités cliniques.

Une attention particulière doit être portée à l'unité d'hémodialyse, le personnel infirmier réalise une triple transcription des ordonnances, ce qui rend le processus à risque d'erreur considérable.

##### Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L. Dumont

Sur certaines unités de médecines et chirurgie, les chariots de médicaments sont dans les corridors, non verrouillés.

L'accès aux communs des médicaments est accessible facilement par les patients, il est recommandé de prendre de mesures afin de mieux contrôler les accès. Il n'y a aucune porte pour assurer la sécurité des médicaments.

L'infrastructure n'est pas conforme aux normes de l'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie (ANORP), mais l'Ordre des pharmaciens a accepté un plan modifié jusqu'à ce que des rénovations puissent être entreprises.

##### Hôpital régional de Campbellton

Le service est encouragé de poursuivre l'implantation des pharmaciens cliniciens dans les unités de soins et de compléter le BCM qui permettra d'éviter les risques de polypharmacie en collaboration avec les pharmacies communautaires.

## Ensemble de normes : Imagerie diagnostique - Secteur ou service

| Critère non respecté   | Critères à priorité élevée |
|--|----------------------------|
| <b>Processus prioritaire : Services de diagnostic – Imagerie</b>   |                            |
| 6.3 Les prestataires de services d'imagerie diagnostique disposent d'un manuel à jour sur le fonctionnement de l'équipement d'imagerie diagnostique qui comprend les instructions du fabricant et les lois pertinentes en matière de sécurité. |                            |
| 6.7 L'équipe passe en revue le manuel de politiques et de procédures chaque année et effectue des mises à jour.  |                            |
| 10.6 Pour tous les examens nécessitant une exposition de l'abdomen ou du bassin, l'équipe demande aux clientes en âge de procréer s'il y a possibilité qu'elles soient enceintes, et leur réponse est notée.                                   | !                          |
| 10.7 L'équipe vérifie si le corps des clients contient des implants, des appareils ou d'autres matériaux.  | !                          |
| 11.11 L'équipe utilise un processus pour les vues standard de chaque région anatomique afin de maximiser la qualité de l'image et de minimiser l'exposition.   |                            |
| 11.12 L'équipe utilise les niveaux de référence diagnostiques pour optimiser la protection des adultes et des clients en pédiatrie contre les rayons X.  |                            |
| 17.6 Au moins une fois par année, l'équipe examine les niveaux de référence diagnostiques dans le cadre de son programme d'amélioration de la qualité.   |                            |
| <b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>  |                            |
| <b>Processus prioritaire : Services de diagnostic – Imagerie</b>   |                            |

Les services d'imagerie diagnostique du réseau Vitalité dans toutes ses zones répondent aux besoins des clients et des professionnels de la santé qui acheminent des clients, et se dotent des professionnels adéquatement formés et offrent, malgré les processus de rénovation dans plusieurs secteurs, un environnement adéquat.

Aussi, ils sélectionnent, utilisent et entretiennent l'équipement d'imagerie diagnostique pour fournir des services d'imagerie diagnostique sûrs et appropriés, conservent en toute sécurité des dossiers contenant des renseignements exacts et à jour et évaluent continuellement la sécurité et la qualité des services d'imagerie diagnostique.

Depuis la visite de 2017, un poste temps plein d'assurance de la qualité a été créé avec le mandat de développer des indicateurs et d'assurer l'uniformité des contrôles de qualités à l'intérieur des zones.

La réalisation d'un important travail visant la conformité depuis la dernière visite d'agrément démontre leur souci pour l'amélioration continue et l'excellence des services.

L'implantation graduelle de sondages et audits de qualité incluant les usagers et partenaires de services est en place et les indicateurs de ces sondages (temps d'attente examen, temps d'attente des rapports, coût par examen) ont été utilisés pour amener de changements en vue de l'amélioration de la qualité et afin d'offrir à la population un accès équitable aux services diagnostiques.

À ce jour, les indicateurs de qualités obtenues des sondages, des statistiques de performance et les prévisions de main d'œuvre font état d'un suivi périodique et l'équipe de gestion travaille de façon proactive pour garder l'équilibre et maintenir les plus hauts standards de qualité et offre de services. Les listes d'attente à des niveaux très bas en témoignent de cette initiative.

Maintenir une technologie courante des systèmes d'information afin de supporter le travail clinique

- Implanter un module de radiologie fonctionnel avec capacité d'intégration dans un réseau provincial
- Mise à jour du PACS (v5.0)
- Implantation de la dictée numérique (reconnaissance de la voix)

Un élément à souligner est la grande collaboration entre les secteurs en ce qui concerne le partage de documentation et ressources humaines. De plus, la fluide collaboration avec d'autres réseaux de santé permet d'offrir des services en continu, soit par l'entremise de prêt de services ou de transfert d'information.

En ce qui concerne les stratégies mises en place pour pallier la pénurie de main d'œuvre, nous saluons les efforts pour financer la formation des employés dans plus d'une modalité (interdisciplinaire) et le programme de spécialisation pour les nouveaux employés. Aussi le recours à d'autres sources de financement pour permettre aux technologues de participer aux événements de perfectionnement leur permettant d'accumuler des crédits professionnels.

Dans les défis à venir, nous constatons que les équipes doivent continuer de faire preuve de résilience face aux changements et pénurie de main d'œuvre.

Les vérifications et uniformisation de protocoles ; des pistes de solution ont été évaluées avec les équipes pour améliorer la surveillance de doses délivrées aux usagers et l'optimisation de protocoles afin de minimiser l'exposition sans nuire à la qualité diagnostique de l'image.

Planifier soigneusement le remplacement des équipements pour maintenir l'offre des services.

Maintenir les pratiques de gestion de proximité afin de surveiller le climat de travail et qualité des services.

## Ensemble de normes : Laboratoires médicaux - Secteur ou service

| Critère non respecté                            | Critères à priorité élevée |
|---|----------------------------|
| <b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b> |                            |

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

|  |  |
|--|--|
| <b>Processus prioritaire : Services de diagnostic – Laboratoire</b>  |  |
| 6.3 De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de travailler respectueusement et efficacement avec les usagers et les familles ayant un héritage culturel, des croyances religieuses et des besoins diversifiés en matière de soins. |  |

|   |  |
|---|--|
| <b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b> |  |
| <b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>                       |  |

Une visite d'Agrément Canada diagnostique, il y a quelques semaines, a confirmé la conformité de ce processus, ainsi que de toutes les normes techniques propres aux services de laboratoires.

|   |
|---|
| <b>Processus prioritaire : Services de diagnostic – Laboratoire</b> |
|---|

Beaucoup de choses ont été mises en place depuis la dernière visite et suite aux sondages des patients. Les enjeux majeurs, actuellement, sont la pénurie de ressources humaines, les espaces physiques qui sont en rénovation dans plusieurs laboratoires, ainsi que la disponibilité financière pour compléter le rafraîchissement du parc d'équipements.

Du 9 mai au 6 juin, des équipes d'Agrément Canada diagnostique ont fait une évaluation sérieuse et détaillée de l'ensemble des sites. Plusieurs des éléments qui ont été évalués ne sont pas repris dans la présente visite.

Les espaces sont bien agencés, bien équipés et l'environnement est propre dans chacun des laboratoires visités. Une collaboration entre les unités de soins et les équipes du laboratoire est présente. Les patients sont accueillis respectueusement. À Edmundston, chaque poste de travail a deux écrans afin que le personnel puisse consulter aisément les procédures au besoin. Chaque échantillon transporté a trois emballages. À St-Quentin, la zone propre est située entre deux zones souillées. Il faut donc passer par le souillé pour aller au propre. Un projet de correction de cette situation est en cours.

À Moncton, la présentation d'un tableau d'amélioration de la trajectoire patient est suggérée, afin d'identifier à quel endroit de l'ajout de personnel devrait se faire.

Des indicateurs sont suivis au niveau régional et pour l'ensemble du réseau. Il y ressort positivement les efforts mis pour assurer le bien-être des employés, le style de leadership positif et tout ce qui a été mis en place pour les analyses hors laboratoires.

Le manuel de sécurité est rédigé et disponible pour le personnel, par zone. Des sondages annuels sont réalisés, des rencontres qualité sont organisées, ainsi que différents audits internes. L'équipe a créé un

plan d'action d'après le sondage régional effectué en 2021. Un système de non-conformités est en place via l'évaluation des risques. Trois ou quatre actions correctives sont mises de l'avant et vérifiées. Le programme de sécurité est vérifié mensuellement. Lorsqu'il n'y a pas d'utilisateur prêt à mettre à l'essai de nouvelles méthodes, des employés se portent volontaires.

Le personnel est jeune, dévoué, consciencieux et efficace, avec un bon sens de l'humour. L'orientation du nouveau personnel est très bien organisée. Plusieurs formulaires d'orientation sont disponibles. Les évaluations du rendement sont faites selon la politique en vigueur et les titres de compétences sont validés. On voit un réel travail d'équipe pour chacune des modalités du laboratoire. Le personnel est fier de son travail et de son équipe. Chacun a du plaisir à se rendre au travail dans des locaux bien aménagés et bien organisés, avec des équipements à la fine pointe, malgré les nombreux déménagements et agrandissements.

Des coordonnateurs qualité sont en poste, quatre pour la région. Ils voient à la gestion de la documentation régionale, à planifier les audits. Ils tiennent des réunions qualité. Toutes les politiques et procédures, ainsi que le manuel de sécurité sont disponibles via Omni-assistant. Des défis de standardisation de la procédure de différenciation, ainsi que la pathologie sont présents. L'amélioration continue dans ce secteur est très bien structurée avec des fiches indicatrices bien documentées. Les temps-réponse (turn around time) sont suivis de près.

Le laboratoire avec le plus de volume est situé à Moncton. Il est désigné pour faire les tests de Covid pour l'ensemble de la province.

Il n'y a pas de programme de formation actuellement en vigueur sur la façon de travailler respectueusement et efficacement avec les usagers et les familles ayant un héritage culturel, des croyances religieuses et des besoins diversifiés en matière de soins. À Campbellton, l'équipe se réfère aux documents régionaux "Normes en soins spirituels" et "Code d'Éthique". L'organisation est invitée à réfléchir à la question afin d'outiller davantage ses équipes à ce sujet.



## Ensemble de normes : Obstétrique - Secteur ou service

| Critère non respecté                               | Critères à priorité élevée |
|--|----------------------------|
| <b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b> |                            |

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

|  |  |
|--|--|
| <b>Processus prioritaire : Compétences</b> |  |
|--|--|

3.12 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.



|   |  |
|---|--|
| <b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b> |  |
|---|--|

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

|   |  |
|---|--|
| <b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b> |  |
|---|--|

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

|   |  |
|---|--|
| <b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b> |  |
|---|--|

16.2 La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagères et des familles, des équipes et des partenaires.

16.6 Il existe une politique sur les pratiques éthiques de recherche, élaborée avec l'apport des usagères et des familles, qui précise quand demander l'approbation.



|   |  |
|---|--|
| <b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b> |  |
|---|--|

|  |  |
|--|--|
| <b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b> |  |
|--|--|

Des approches novatrices et concertées visant à offrir un accès simple et rapide méritent d'être partagées au sein de l'organisation et des partenaires. Nous avons été en mesure d'observer des équipes multidisciplinaires engagées et investies auprès de la clientèle et de leurs familles. Les décisions et les activités sont toutes orientées dans l'objectif commun d'offrir le meilleur service au temps opportun.

|  |  |
|--|--|
| <b>Processus prioritaire : Compétences</b> |  |
|--|--|

Nous avons observé des processus rigoureux de formation, d'orientation, d'enseignement par simulation et de suivis des compétences en continu. Le soutien clinique et l'entraide sont très présents (consultation, débriefing, accompagnement).

**Processus prioritaire : Épisode de soins**

En ayant mis en place des processus simples, fluides et centrés sur les besoins des usagères et leurs familles, les services sont offerts en temps opportun. Les plans de soins sont centrés sur l'accessibilité, la fluidité et la sécurité des usagères et des nouveau-nés. Les équipes multidisciplinaires orientent les décisions dans un objectif commun : respecter

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

Par le billet d'outils de cueillette de données complètes consignées aux dossiers et mises à jour, la communication favorise des échanges cliniques sur l'usagère. Ces informations favorisent une coordination parmi les membres de l'équipe et d'autres organismes, en partenariat avec l'usagère et conformément aux lois.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

Une approche proactive, prédictive et multidisciplinaire est utilisée en vue de cerner les risques pour la sécurité des usagères et de l'équipe. Nous avons observé des équipes engagées et mobilisées, soucieuses de rendre les services accessibles, équitables et bienveillants.

## Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service

| Critère non respecté                                     | Critères à priorité élevée |
|--|----------------------------|
| <b>Processus prioritaire : Prévention des infections</b> |                            |

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

| Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s) |
|--|
| <b>Processus prioritaire : Prévention des infections</b>       |

Le comité régional se réunit tous les deux mois. Il s'agit d'une équipe multidisciplinaire qui fixe les objectifs du programme. Pour cette année, le comité vise une augmentation du taux d'hygiène des mains, l'application du programme fédéral IPAC et la revue de l'utilisation des sondes endocavitaires. Un sous-comité a été créé pour la pandémie avec le groupe Horizon, en vue d'harmoniser les pratiques et de décider des mesures à prendre. La présence de patients partenaires au sein des différents comités est souhaitée.

La prévention et le contrôle des infections (PCI) sont présents partout et surveillent l'ensemble des aspects qui touchent de près ou de loin à la PCI. Une infirmière dans chacune des zones a suivi un cours de prévention des infections en construction. Les infirmières sont consultées et autorisent le lancement et la continuité des projets de rénovation ou de construction. Le personnel de l'entretien des installations ainsi que les contracteurs sont aussi formés. Plusieurs travaux sont en cours dans l'organisation, mais tout est bien isolé, sans encombre pour les patients et sans résidus de construction ou poussières. L'adhésion aux politiques durant la construction/rénovation est évidente sur les unités où quelques projets d'amélioration de l'environnement physique prennent place. Des éviers sont accessibles de façon générale, mais ils ne sont pas disponibles dans certains secteurs un peu plus vétustes.

Partout, nous notons une grande propreté des lieux et des corridors non encombrés. L'affichage pour les chambres d'isolement est bien fait et appliqué rigoureusement. Les infirmières en PCI sont demandées pour donner leur avis. Elles appliquent et suivent aussi le programme de surveillance des différentes infections en faisant des vérifications sur le terrain, dans les dossiers, en dégagant des tendances, en faisant des enquêtes et en recherchant des causes et des contacts.

Le comité des infirmières ressources se rencontre chaque semaine. Elles planifient les formations, les orientations et proposent les nouvelles politiques. Elles participent au comité de gérance des antimicrobiens. Les tâches sont nombreuses et les ressources limitées, particulièrement en ces temps où la fatigue commence à gagner le personnel qui respecte un peu moins les consignes de port des équipements de protection individuelle (ÉPI). Un certain relâchement a été remarqué par moment (poignées de mains, masques qui ne sont pas remis avec des pinces par les gardiens, beaucoup de manipulations de masques). Des rappels et des audits sont faits, mais pourraient être augmentés, afin de s'assurer de l'utilisation adéquate des EPI.

Une collaboration entre les unités et l'équipe de prévention et contrôle des infections est présente. L'équipe de conseillères en PCI est partout et a des tâches très polyvalentes. Elles souhaitent


l'informatisation du dossier patient pour faciliter leurs activités de surveillance entre autres.

La responsabilité du nettoyage est claire entre l'entretien ménager et le personnel des unités. Un système d'audits électroniques est mis en place au secteur de l'hygiène et salubrité. Ce système a permis des ajustements et du suivi auprès des employés pour s'assurer du respect des normes sur le nettoyage et la désinfection.

Il serait intéressant de mettre l'emphase sur l'application des politiques et procédures. Un rappel est aussi à faire sur la présence dans plusieurs secteurs de boîtes de carton directement sur le sol. Des alternatives sont à regarder afin de les surélever.

---

## Ensemble de normes : Réadaptation - Secteur ou service

| Critère non respecté   | Critères à priorité élevée  |
|--|---|
| <b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>   |   |
| 2.3 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.   |   |
| 2.5 L'efficacité des ressources, de l'espace et de la dotation est évaluée avec l'apport des usagers et des familles, de l'équipe et des parties prenantes.  |   |
| 2.7 Un milieu accessible à tous est créé avec l'apport des usagers et des familles.  |   |
| <b>Processus prioritaire : Compétences</b>   |   |
| 3.1 La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.   | !   |
| 3.6 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur le cadre conceptuel de l'organisme visant la prise de décisions d'ordre éthique.   |   |
| 5.1 La charge de travail de chaque membre de l'équipe est assignée et évaluée de façon à assurer la sécurité et le bien-être de l'utilisateur et de l'équipe.  |   |
| <b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>  |   |
| 7.12 Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.   | !   |
| 8.2 Le processus d'évaluation est conçu avec l'apport des usagers et des familles.   |   |
| 8.5 Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.<br>8.5.3 Le prescripteur utilise le MSTP et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé. | <br><b>PRINCIPAL</b> |
| 10.8 L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des usagers et des familles.   |   |
| <b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>  |   |

11.8 Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des usagers et des familles, et l'information est utilisée en vue d'apporter des améliorations.



#### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

13.1 Il existe une procédure normalisée pour choisir des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont pertinentes aux services offerts.



13.2 La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires.

13.3 Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.



13.4 Des procédures et des protocoles pour réduire les variations non nécessaires dans la prestation des services sont mis au point avec l'apport des usagers et des familles.



13.5 Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.



#### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

##### Processus prioritaire : Leadership clinique

L'apport des usagers dans l'évaluation et l'identification des compétences des équipes est très limité voire absente.

##### Processus prioritaire : Compétences

Au niveau des compétences, il serait pertinent de sensibiliser les équipes aux enjeux éthiques afin que les membres d'équipes soient mieux habilités à identifier des situations éthiques.

De plus, il serait pertinent d'introduire la part des usagers et des familles dans l'identification des besoins de formation du personnel.

Par ailleurs, en raison de la pénurie importante du personnel, l'établissement aurait également avantage à mettre en place un processus d'évaluation afin de mesurer la charge de travail des employés, et ce, afin d'assurer la sécurité des usagers. Un plan de contingence en situation de pénurie gagnerait à être mis en place. Toutefois, il est à souligner que les rôles et responsabilités des employés est grandement optimisé.

##### Processus prioritaire : Épisode de soins

En matière d'épisode de soins, l'établissement est invité à: interpellier dans le processus d'évaluation les usagers et leur famille; revisiter son bilan comparatif lors des points de transferts (intra-hospitalier) et à

évaluer l'efficacité du processus de transitions.


**Processus prioritaire : Aide à la décision**

En général, les processus d'aide à la décision sont conformes et respectent les normes en vigueur d'Agrément Canada. Toutefois, dans une perspective d'amélioration, l'établissement est invité à mettre en place des processus d'audit afin de mesurer son niveau de conformité de sa tenue de dossiers. Par ailleurs, afin d'accroître la participation des usagers et leurs familles, l'organisation aurait avantage à favoriser l'apport de ces derniers aux différents processus d'aide à la décision.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

L'établissement travaille en partenariat avec les patients au niveau stratégique (régional), toutefois, au niveau local, l'apport des résidents et des familles dans la planification, l'organisation, le développement et l'évaluation d'activités est très limité voire absente.

## Ensemble de normes : Santé mentale - Secteur ou service

| Critère non respecté  | Critères à priorité élevée  |
|---|---|
| <b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>  |   |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.   |   |
| <b>Processus prioritaire : Compétences</b>  |   |
| 3.14 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.  | !   |
| <b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>   |   |
| 2.7 L'environnement physique est sécuritaire et confortable et il favorise le rétablissement de l'utilisateur.  |   |
| 7.12 Les usagers et les familles ont l'occasion de prendre part à des activités de recherche qui pourraient être appropriées aux soins qu'ils reçoivent.  |   |
| 7.13 Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.  | !   |
| <p>8.6 Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.</p> <p>8.6.1 Au moment de l'admission ou avant celle-ci, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec les usagers, les familles, les soignants et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.</p> <p>8.6.2 Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission ou il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; toutes les divergences entre les sources d'information sont alors décelées, résolues et consignées.</p> <p>8.6.3 Le prescripteur utilise le MSTP et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.</p> | <br><br><b>PRINCIPAL</b><br><br><b>PRINCIPAL</b><br><br><b>PRINCIPAL</b> |
| <b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>   |   |
| 2.2 Les exigences et les lacunes liées à la technologie et aux systèmes d'information sont cernées et communiquées au personnel d'encadrement de l'organisme.   |   |



|      |   |   |
|------|---|---|
| 11.8 | Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des usagers et des familles, et l'information est utilisée en vue d'apporter des améliorations. | ! |
|------|---|---|

#### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

|      |   |   |
|------|---|---|
| 13.1 | Il existe une procédure normalisée pour choisir des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont pertinentes aux services offerts. | ! |
|------|---|---|

|      |  |   |
|------|--|---|
| 13.3 | Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires. | ! |
|------|--|---|

|      |   |   |
|------|---|---|
| 13.4 | Des procédures et des protocoles pour réduire les variations non nécessaires dans la prestation des services sont mis au point avec l'apport des usagers et des familles. | ! |
|------|---|---|

|      |  |   |
|------|--|---|
| 13.5 | Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles. | ! |
|------|--|---|

#### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

##### Processus prioritaire : Leadership clinique

L'approche de soins est centrée sur l'utilisateur et axée sur ses forces. Les services cliniques et le soutien sont orientés vers le rétablissement et mettent l'accent sur le bien-être et le choix du patient. Les services sont revus et surveillés pour déterminer s'ils sont appropriés.

Plusieurs initiatives sont mises en place afin de revoir les services et de les adapter aux besoins de la population. La direction est fort proactive à ce sujet. Des usagers participent à l'élaboration des programmes dans certains secteurs. Dans d'autres, l'utilisation des compétences d'un patient partenaire serait un ajout pertinent.

Les usagers sont informés des services et ont la possibilité de faire des choix éclairés selon les différents services qui s'offrent à eux, à l'intérieur du réseau ou chez les partenaires.

Le travail et l'organisation des tâches, les rôles et les responsabilités de même que l'attribution des cas sont déterminés avec l'apport des membres de l'équipe ainsi que des usagers et des familles quand cela est approprié. L'admission ou la transition des usagers vers d'autres niveaux de services ou vers les services communautaires est facilitée.

##### Processus prioritaire : Compétences

Le personnel est bien formé et informé sur tous les aspects reliés tant à la pratique de soins qu'aux différentes directives et procédures qui ont cours dans l'établissement. De nouveaux modèles de pratique se développent et l'ensemble des intervenants est appelé à participer à des sessions de formation et de simulation.

Une pénurie de personnel est constatée aux unités d'adultes. Étant donné la situation au niveau du

recrutement de ressources spécialisées, le modèle de soins se modifie avec l'intégration d'autres professionnels. Des intervenants communautaires ont été ajoutés à l'équipe de soins.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

Le modèle de thérapie à séance unique a été choisi et mis en place pour augmenter l'accès aux services. Environ 400 cliniciens ont été formés par des experts externes.

Le modèle Safewards a été instauré en vue d'augmenter la sécurité des patients et du personnel sur l'unité de soins selon dix modules sur les meilleures pratiques. Ce modèle, axé sur le rétablissement, tient compte des traumatismes et est centré sur le client et sa famille. Les caucus de sécurité et la formation CPI permettent en plus aux équipes d'offrir des soins sécuritaires.

Les cas de violence et les codes blancs ont augmenté. Avec une approche plus humaine, les équipes ont vu une diminution des codes blancs et de l'utilisation des contraintes. Le perfectionnement est régulièrement fourni à l'équipe pour les garder à jour à cet égard.

Le modèle de soins par paliers est centré sur la personne. Le plan d'intervention axé sur le rétablissement est en place, avec la participation des patients. Il est interdisciplinaire.

Un des enjeux majeurs est le manque de ressources en hébergement sur le territoire. De 20 à 25% des patients sont en attente de placement. L'ouverture de places d'hébergement dépend d'un autre ministère, soit celui du Développement social. Une attention particulière est à apporter à cette situation afin d'offrir à la clientèle un milieu de vie réellement adapté à ses besoins et de libérer des places d'hospitalisation pour les clientèles qui nécessitent des soins aigus.

La participation des patients est favorisée par l'intégration de patient partenaire. Un pair aidant autochtone participe aux activités de la direction.

À Campbellton, la récente construction de l'hôpital en 2014 offre un environnement spacieux, sécuritaire, bien équipé et propre.

Un projet d'agrandissement de la pédopsychiatrie est discuté à Moncton et à Bathurst. La pandémie a amené une hausse de 30% des problèmes psychologiques chez les jeunes. Cette situation crée un manque important de ressources hospitalières pour mieux soutenir les familles en périodes de crise.

L'intégration avec la psychiatrie légale et les services correctionnels est optimale. Au Centre hospitalier de Restigouche, on retrouve l'unité pour jeunes, huit lits volontaires, les soins tertiaires pour un séjour de trois à six mois et quatre lits involontaires, reconnus en vertu du code criminel du Canada pour les évaluations psycho-légales des jeunes de 12 à 18 ans. L'unité pour jeunes peut compter sur une patiente partenaire. Un comité des usagers devrait voir le jour cet automne. En ce qui concerne les adultes, l'unité d'évaluation psychiatrique légale compte 20 lits.

### Processus prioritaire : Aide à la décision

Les dossiers des usagers sont bien tenus. Il y a des dossiers informatisés dans certains endroits et des dossiers papier dans d'autres. À Campbellton, l'établissement dispose d'un dossier électronique pour les soins infirmiers et les professionnels. Un dossier papier est présent pour les médecins. L'établissement est invité à uniformiser sa pratique afin de faciliter la rédaction de notes interdisciplinaires. L'établissement est de plus invité à mettre en place un système d'audit de dossier, conçu avec l'apport des usagers et des familles, afin de surveiller et d'évaluer les pratiques de tenue de dossiers.

L'utilisation de l'électronique s'installe de plus en plus avec la mise en place de la téléconsultation. Le secteur de la santé mentale est assez pauvre en ressources informationnelles. Une attention est à apporter pour l'acquisition d'outils technologiques permettant de mieux supporter les différentes expériences et innovations de la direction.

Les consentements des usagers sont obtenus adéquatement, que ce soit par le patient lui-même ou par une personne de sa famille s'il ne peut consentir.

### **Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

Plusieurs initiatives sont en place au niveau de la direction afin de s'assurer d'avoir accès aux meilleures pratiques internationales. Par exemple, après des revues de littérature et des recherches, des pratiques ont été choisies au Royaume-Uni afin de tenter de modifier les trajectoires et de diminuer les listes d'attente. Le bon patient au bon endroit au bon moment, avec le bon service, approprié à son état et selon ce qu'il souhaite pour lui-même. Des initiatives sont aussi entreprises avec des patients partenaires. Au CHU, l'établissement ne dispose pas de procédure normalisée pour choisir des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont pertinentes aux services offerts. Nous invitons l'organisation à trouver des moyens de faciliter cet accès.

Certaines politiques datent de plusieurs années. L'organisation est invitée à les revoir en s'assurant que le personnel soit bien formé.

La sécurité et la qualité des services sont des enjeux majeurs pour les patients et le personnel. Des évaluations des risques sont réalisées, ainsi que des sondages de satisfaction. Les analyses effectuées permettent d'apporter les changements nécessaires aux situations plus fragiles.

## Ensemble de normes : Santé mentale – Services communautaires et soutien offert aux usagers - Secteur ou service

| Critère non respecté | Critères à priorité élevée |
|----------------------|----------------------------|
|----------------------|----------------------------|

### Processus prioritaire : Leadership clinique

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

### Processus prioritaire : Compétences

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

8.14 L'équipe fournit de l'information aux usagers et aux familles au sujet de la façon de porter plainte ou de signaler une violation de leurs droits.



### Processus prioritaire : Aide à la décision

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

#### Processus prioritaire : Leadership clinique

Les services sont planifiés en partenariat avec les clients, les familles et les partenaires de la communauté. Le programme s'engage fermement envers les clients et fournit des soins individualisés axés sur le rétablissement des clients. Nous reconnaissons les partenariats entretenus par Vitalité avec les programmes de formation professionnelle pour accueillir des stagiaires afin d'attirer de nouveaux diplômés.

#### Processus prioritaire : Compétences

Le personnel est très engagé et axé sur le client. La formation et perfectionnement des modules de base et spécialisés sont mis en œuvre. Les nouveaux modules de formation sur le plan d'intervention axé sur le rétablissement permettent au personnel d'augmenter leurs connaissances vis-à-vis l'importance des soins centrés sur les clients.

#### Processus prioritaire : Épisode de soins

Les équipes sont interdisciplinaires et dynamiques, offrant les services avec respect, et ce, une

communication ouverte et transparente. L'intégration des patients et familles est réalisée par les pair-aidants et patient-partenaires. Le modèle de soins par paliers permet l'offre de services par les équipes selon l'intensité des soins requis. Le programme est fier de leurs équipes et les membres de l'équipe sont reconnus pour leurs contributions. Nous soulignons l'offre de la thérapie à séance unique afin de réduire les listes d'attente et l'implantation de l'outil d'évaluation du risque suicidaire. Nous vous invitons à continuer l'implantation du bilan comparatif des médicaments.

### **Processus prioritaire : Aide à la décision**

Les outils de dépistage et de documentation standardisés permettent le partage d'information coordonnée. Présence d'un dossier électronique ainsi que d'un dossier papier. L'organisation est encouragée de mettre en œuvre un dossier de santé entièrement électronique.

### **Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

Les services de santé mentale communautaires aux adultes suivent les lignes directrices pour assurer la sécurité et la qualité des soins. L'amélioration de la qualité et de la sécurité des clients est encadrée par une structure de gouvernance transversale des trois services de santé mentale, soit hospitalier, communauté, et traitement des dépendances. De là, un plan de travail au niveau régional a été créé pour servir de guide des projets sous chacun des six piliers.

## Ensemble de normes : Santé publique - Secteur ou service

| Critère non respecté                               | Critères à priorité élevée |
|--|----------------------------|
| <b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b> |                            |

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

|  |
|--|
| <b>Processus prioritaire : Compétences</b> |
|--|

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

|   |
|---|
| <b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b> |
|---|

16.7 Il existe un processus pour recueillir régulièrement des données découlant des indicateurs et pour suivre les progrès.

|   |
|---|
| <b>Processus prioritaire : Santé publique</b> |
|---|

6.6 La pertinence et l'efficacité des partenariats sont évaluées de façon continue.

7.1 Des stratégies de communication fondées sur des données probantes, des pratiques exemplaires, des travaux de recherche et l'évaluation de l'état de santé de la population sont élaborées.

!

7.6 L'efficacité des stratégies de communication est évaluée régulièrement, et des améliorations sont apportées à la lumière de cette évaluation.

8.3 Les évaluations d'impact sur la santé relatives aux politiques publiques, aux programmes et aux projets proposés sont menées en collaboration avec les partenaires et avec l'apport des membres de la communauté.

|   |
|---|
| <b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b> |
|---|

|  |
|--|
| <b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b> |
|--|

Cette direction a fait preuve de beaucoup d'agilité et d'adaptabilité dans l'organisation de ses services et du travail de l'équipe. Ces changements ont été menés de manière très participative.

La création récente des rôles de conseillers en développement communautaire est un exemple où les membres de l'équipe ainsi que les membres de la communauté ont l'opportunité de contribuer à l'évolution du rôle.

|  |
|--|
| <b>Processus prioritaire : Compétences</b> |
|--|

On peut constater une forte culture de travail d'équipe au sein de l'équipe de la santé publique. Les rôles, y compris ceux nouvellement créés tels que les conseillers en développement communautaire sont bien

définis et continuent de se développer.

Avec les multiples initiatives à l'horizon, l'équipe est encouragée à continuer de surveiller sa capacité à fournir des services et à continuer de s'assurer que les membres de l'équipe disposent des informations et des compétences nécessaires pour remplir leurs rôles en évolution.

#### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'équipe a accès à de nombreuses données démographiques et épidémiologiques provenant de diverses sources et les utilise pour prendre ses décisions. En plus des données, l'équipe utilise les commentaires recueillis via les sondages administrés auprès des partenaires communautaires et des représentants des patients pour apporter des ajustements et peaufiner leurs services.

En plus des commentaires subjectifs, l'équipe est encouragée à rechercher des indicateurs objectifs et mesurables pour leurs initiatives afin que des modifications puissent être apportées pour s'assurer que leurs précieux efforts sont investis efficacement.

#### Processus prioritaire : Santé publique

L'équipe a accès à de nombreuses données démographiques et épidémiologiques provenant de diverses sources pour soutenir son travail. Ces données sont analysées régulièrement pour assurer l'alignement de leur service avec les besoins de la population. À partir de ces données, l'équipe ajuste et priorise ses efforts pour répondre aux besoins. L'équipe tente de trouver un équilibre entre la standardisation régionale et l'adaptation locale afin de s'assurer que les réalités et les priorités locales sont prises en compte.

Grâce aux nouveaux comités créés découlant du projet de résilience, l'équipe est en mesure de communiquer ces données et analyses aux parties prenantes et de solliciter leur contribution aux décisions. Lorsqu'ils seront pleinement mis en œuvre, ces comités pourront éventuellement influencer également les décisions telle la gamme de services offerts, ainsi que les décisions sur les politiques. De plus, l'équipe commence à bâtir des partenariats au sein de la communauté et, avec l'arrivée des conseillers en développement communautaire, ces partenaires pourront contribuer aux stratégies d'amélioration de la santé de la population.

L'organisation est encouragée à identifier les stratégies pour évaluer l'efficacité des efforts investis au développement communautaire.

Les menaces immédiates pour la santé de la population sont surveillées par la santé publique centrale de la province et communiquées à l'organisation.

Bien que l'équipe ait des buts et des objectifs liés à la majorité de ses programmes et services, elle est encouragée à continuer de chercher des objectifs mesurables pour tous ses services. De plus, compte tenu des efforts importants investis, l'équipe est encouragée à trouver les stratégies pour évaluer l'impact des initiatives et les projets sur la santé.

L'équipe participe au projet de « communautés apprenantes », où des équipes d'intervenants, de partenaires communautaires ainsi que des chercheurs sont présents afin d'appliquer les données de recherche ainsi que d'assurer la documentation des apprentissages.

La réponse COVID de cette équipe ne peut passer inaperçue. L'équipe a fait preuve d'agilité, d'adaptabilité, d'ingéniosité pour cibler certaines populations, ainsi que d'une collaboration exemplaire

avec d'autres partenaires afin d'assurer la protection de la population.

L'équipe est encouragée, en collaboration avec les spécialistes en communication, à développer les stratégies et des outils de communication adaptés pour le groupe cible afin d'assurer que leurs efforts et leurs messages soient bien diffusés et reçus, et de les évaluer.

---



## Ensemble de normes : Services de traitement des dépendances - Secteur ou service

| Critère non respecté | Critères à priorité élevée |
|----------------------|----------------------------|
|----------------------|----------------------------|

### Processus prioritaire : Leadership clinique

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

### Processus prioritaire : Compétences

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

### Processus prioritaire : Aide à la décision

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

#### Processus prioritaire : Leadership clinique

La planification des services se fait en partenariat avec les clients, les familles et les partenaires communautaires. Le programme a un engagement fort envers les consommateurs et fournit des soins individualisés axés sur le rétablissement des individus. Les informations recueillies sur les utilisateurs aident à identifier les priorités dans la prestation des services du programme. À l'appui de la valeur organisationnelle de l'inclusion des patients partenaires, le programme a introduit des pairs aidants et des patients partenaires. Nous reconnaissons les partenariats entretenus par Vitalité avec les programmes de formation professionnelle pour accueillir des stagiaires afin d'attirer de nouveaux diplômés.

#### Processus prioritaire : Compétences

La collaboration interprofessionnelle entre les membres de l'équipe était évidente. La formation et perfectionnement sont mis en œuvre. Les modules de base et spécialisés, tels qu'une présentation sur l'importance de la sécurité culturelle des Premières Nations, et les nouveaux modules de formation sur le plan d'intervention axé sur le rétablissement, permettent au personnel d'augmenter leurs connaissances vis à vis l'importance des soins centrés sur les clients.

**Processus prioritaire : Épisode de soins**

Les équipes interdisciplinaires et dédiées offrent les services avec respect et communication ouverte et transparente, qui est encadré par l'implantation des modules de Safewards. Le modèle de soins par paliers permet l'offre de services par les équipes selon l'intensité des soins requis. Nous soulignons l'implantation de l'outil d'évaluation du risque suicidaire et de continuer l'implantation du bilan comparatif des médicaments. Le cadre est fier de leurs équipes et les membres de l'équipe sont reconnus pour leurs contributions.

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

Les outils de dépistage et de documentation standardisés permettent le partage d'information coordonnée. Présence d'un dossier électronique ainsi que d'un dossier papier. L'organisation est encouragée de mettre en œuvre un dossier de santé entièrement électronique.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

Les services de traitement des dépendances suivent les lignes directrices pour assurer la sécurité et la qualité des soins. L'amélioration de la qualité et de la sécurité des clients est encadrée par une structure de gouvernance transversale des trois services de santé mentale, soit hospitalier, communauté, et traitement des dépendances. De là, un plan de travail au niveau régional a été créé pour servir de guide des projets sous chacun des six piliers. Plusieurs indicateurs et initiatives sont suivis au niveau régional et d'autres, à la suite des commentaires des clients, et ont été réalisés dans les services de traitement de dépendance.

## Ensemble de normes : Services périopératoires et interventions invasives - Secteur ou service

| Critère non respecté   | Critères à priorité élevée |
|--|----------------------------|
| <b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>   |                            |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.  |                            |
| <b>Processus prioritaire : Compétences</b>   |                            |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.  |                            |
| <b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>  |                            |
| 10.13 Les usagers et les familles ont l'occasion de prendre part à des activités de recherche qui pourraient être appropriées aux soins qu'ils reçoivent.  |                            |
| <b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>  |                            |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.  |                            |
| <b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>  |                            |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.  |                            |
| <b>Processus prioritaire : Gestion des médicaments</b>   |                            |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.  |                            |
| <b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>  |                            |
| <b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>   |                            |
| L'Organisme est félicité pour les aménagements prévus pour les familles comme écrans dans la salle d'attente, salle de repos, cuisinette (Moncton) et pour permettre aux familles de rester en CDJ à l'HRE.  |                            |
| <b>Processus prioritaire : Compétences</b>   |                            |
| Plusieurs formations sont offertes en ligne. Chaque employé peut faire le suivi lui-même de son dossier en plus du suivi par la gestion.<br>Tous les processus en lien avec les pompes intraveineuses sont en place.<br>A certains endroits, les évaluations de rendement ont été mises sur pause. Nous encourageons l'organisme à reprendre ce processus. |                            |

**Processus prioritaire : Épisode de soins**

L'organisme est félicité, car toutes les POR sont rencontrées.  
L'orientation en ligne pour les infirmières du bloc est une belle initiative.  
Le consentement signé à 100% dès réception de la requête sinon elle est rejetée.  
Vous êtes félicités pour le nouveau service de chirurgie bariatrique à l'HRE.  
Tout le processus d'admission, de transfert d'information entre unités et info au congé est très standardisé et bien documenté.  
Un suivi téléphonique est effectué avec tous les patients de la chirurgie d'un jour à l'HRE.  
Zone 4 : Chirurgies de la cataracte et chirurgies mineures à Grand-Sault pour augmenter le temps opératoire au bloc.  
Défis  
L'organisation a une capacité limitée au bloc opératoire en particulier pour les cas hospitalisés (manque de personnel et de lits pour patients chirurgicaux).

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

La tenue des dossiers se fait en respect des politiques et procédures du Réseau Vitalité. De la formation annuelle est offerte sur le respect de la vie privée et confidentialité.



**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

Plusieurs indicateurs sont suivis et des plans d'amélioration en découlent. Les temps d'attente sont gérés. Nous encourageons l'organisme à afficher systématiquement les tableaux de bord pour le personnel.

**Processus prioritaire : Gestion des médicaments**

Les médicaments utilisés par les anesthésistes sont bien étiquetés.  
Tous les processus en lien avec les médicaments sont conformes.

## Ensemble de normes : Soins ambulatoires - Secteur ou service

| Critère non respecté  | Critères à priorité élevée   |
|---|--|
| <b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>  |  |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.   |  |
| <b>Processus prioritaire : Compétences</b>  |  |
| 9.7 L'accès à un espace consacré à la spiritualité et au soutien spirituel est offert pour répondre aux besoins des usagers.  |  |
| <b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>   |  |
| 7.9 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.   |   |
| <p>8.5 Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets lorsque les usagers reçoivent des soins ambulatoires, là où la gestion des médicaments est une composante importante des soins.</p> <p>8.5.1 Les cliniques de soins ambulatoires, où la gestion des médicaments est une composante importante des soins, sont cernées par l'organisme. Cette désignation est consignée de même que la fréquence convenue à laquelle il faut répéter le bilan comparatif des médicaments pour les usagers de la clinique.</p> <p>8.5.2 Avant ou pendant la première visite aux soins ambulatoires, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille, les prestataires des soins et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.</p> <p>8.5.3 Avant ou pendant les visites subséquentes aux soins ambulatoires, le MSTP est comparé à la liste de médicaments existante et toute divergence entre les deux sources d'information est décelée et consignée. Cela se fait à la fréquence exigée par l'organisme.</p> <p>8.5.4 Les divergences entre les médicaments sont résolues en partenariat avec les usagers et les familles ou communiquées au prescripteur principal; les mesures prises pour résoudre les divergences sont consignées.</p> | <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;"><b>PRINCIPAL</b></p> <p style="text-align: center;"><b>PRINCIPAL</b></p> <p style="text-align: center;"><b>PRINCIPAL</b></p> <p style="text-align: center;"><b>PRINCIPAL</b></p> |

8.5.5 Pendant la dernière visite aux soins ambulatoires ou au congé de la clinique, l'utilisateur et le prestataire de soins suivant (p. ex. prestataire de soins primaires, pharmacien communautaire ou prestataire de soins à domicile) reçoivent une liste exacte et à jour des médicaments que l'utilisateur devrait prendre.

PRINCIPAL

#### Processus prioritaire : Aide à la décision

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

#### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

- |      |  |   |
|------|--|---|
| 13.2 | La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires.               |   |
| 13.3 | Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires. | ! |
| 13.6 | Il existe une politique sur les pratiques éthiques de recherche, élaborée avec l'apport des usagers et des familles, qui précise quand demander l'approbation.                                       | ! |

#### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

#### Processus prioritaire : Leadership clinique

Le travail et l'organisation des tâches, les rôles et les responsabilités de même que l'attribution des cas mériteraient une révision.

#### Processus prioritaire : Compétences

Bien que le processus d'orientation et de formation soit bien implanté, il serait intéressant de reprendre les suivis de compétences afin de s'assurer du maintien de celles-ci.

#### Processus prioritaire : Épisode de soins

L'organisation est invitée à réfléchir à différentes stratégies qui pourraient favoriser certains services en communauté. Nous soulignons l'efficacité de l'hôpital virtuel au Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont University Hospital Centre qui permet de coordonner l'ensemble des examens en une même journée (accessibilité et fluidité).

#### Processus prioritaire : Aide à la décision

Des évaluations complètes et consignées aux dossiers font l'objet de discussions favorisant la concertation



et la cohésion. La communication favorise des échanges cliniques constructifs. Ces informations favorisent une coordination parmi les membres de l'équipe et pourraient davantage faire l'objet de concertation avec les partenaires internes et externes.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

Il serait intéressant de mettre en place un processus d'analyse de données qui permettrait de bonifier l'offre de services.

---

## Ensemble de normes : Soins critiques - Secteur ou service

| Critère non respecté  | Critères à priorité élevée  |
|---|---|
| <b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>  |   |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.   |   |
| <b>Processus prioritaire : Compétences</b>  |   |
| 3.12 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.  | !   |
| 4.7 L'efficacité de la collaboration au sein de l'équipe et de son fonctionnement est évaluée et des possibilités d'amélioration sont cernées.  |   |
| 5.4 Une politique guide les membres de l'équipe lorsqu'il s'agit de formuler des plaintes, des préoccupations et des griefs.  |   |
| <b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>   |   |
| 7.15 Les usagers et les familles reçoivent de l'information sur leurs droits et responsabilités.  | !   |
| 7.16 L'équipe fournit de l'information aux usagers et aux familles au sujet de la façon de porter plainte ou de signaler une violation de leurs droits.   | !   |
| <p>8.6 Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.</p> <p>8.6.1 Au moment de l'admission ou avant celle-ci, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec les usagers, les familles, les soignants et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.</p> <p>8.6.2 Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission ou il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; toutes les divergences entre les sources d'information sont alors décelées, résolues et consignées.</p> <p>8.6.3 Le prescripteur utilise le MSTP et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.</p> | <br><br><b>PRINCIPAL</b><br><br><b>PRINCIPAL</b><br><br><b>PRINCIPAL</b> |
| 9.23 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.   |    |



- 9.23.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre :
- utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;
  - demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;
  - évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).

SECONDAIRE

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

**Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus**

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

**Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)****Processus prioritaire : Leadership clinique**

Les équipes de soins intensifs sont passionnées et dédiées à leur travail.

Nous invitons les équipes à diffuser l'information concernant les services et à les rendre disponibles aux usagers et aux familles.

**Processus prioritaire : Compétences**

Le souci de maintenir la compétence des équipes malgré la taille est bien présent.

L'infirmière ressource est une valeur ajoutée à cet égard. Nous invitons l'équipe à demeurer prudente, car en raison de la pénurie, ces dernières supportent régulièrement pour du remplacement et cela peut diluer leur fonction première.

L'évaluation du rendement du personnel est réalisée à géométrie variable.

**Processus prioritaire : Épisode de soins**

Nous avons rencontré l'équipe régionale et l'ensemble des chefs de service attirés au programme de

soins critiques.

Les équipes ont à cœur le soin du patient. Les projets et initiatives sont orientés dans ce sens et sont un gage pour l'amélioration de la qualité.

Des rencontres structurées entre les différentes équipes démontrent d'une bonne cohésion au niveau du leadership. Les gens reconnaissent que la passion et la compétence sont leurs motivations à l'égard des soins critiques.

Un patient partenaire y est fortement impliqué et il se fait le porte-parole de l'amélioration des soins et services aux patients.

L'enjeu de l'équipe régionale a trait à l'harmonisation, à la reprise et au maintien de certaines activités fondamentales au bon rétablissement de l'usager comme la réintroduction des familles aux soins des patients en période post pandémie pour quelques équipes.

L'harmonisation des processus se fait par le régional et il faut poursuivre dans cette voie. Toutefois, il faudra trouver l'équilibre entre le souhait d'uniformisation et ce qui a trait à la couleur locale de chaque secteur.

La gestion du délirium aux soins intensifs est un projet en cours qui mérite d'être documenté.

Un plan d'amélioration de la qualité est réalisé sur le plan régional et nous invitons l'équipe à réfléchir à la possibilité d'en élaborer un au niveau local, et ce, malgré les contraintes vécues. Un plan pourrait permettre de rédiger des initiatives déjà amorcées par les équipes locales en fonction des tableaux de bord qu'ils colligent.

L'hôpital Régional Chaleur comporte une unité de soins intensifs de 10 lits dont 7 à 8 sont occupés de façon régulière. Adjacent à cette magnifique unité, il y a près de 5 lits de soins intermédiaires qui sont occupés par un autre secteur de l'établissement.

- Il y a un processus qui permet d'évaluer les usagers potentiels pour les soins intensifs selon des critères d'admission en soins critiques. Ces critères émanent d'une politique régionale.

- 39% des patients obtiennent leur congé directement des soins intensifs, faute de pouvoir être accueilli sur une unité de chirurgie. Nous invitons l'équipe à identifier des stratégies fondées sur les meilleures pratiques à cet égard en dépit de la pénurie d'effectifs.

- Les POR sont pratiquement toutes rencontrées sauf celle du bilan comparatif des médicaments. Une pharmacienne est présente et réalise le bilan comparatif selon l'équipe, mais cette pratique n'est pas réalisée lors de ses absences. D'ailleurs à cet égard, la pratique est méconnue des équipes terrain. Il y a plusieurs feuilles au dossier relatif aux médicaments et nous invitons l'équipe à réfléchir à une manière optimale de documenter le BCM et de réviser les outils existants.

- Il y a un protocole pour la thrombo-embolie veineuse et nous encourageons l'équipe à voir comment il pourrait être mieux utilisé par les prescripteurs.

- Une infirmière ressource est une personne indispensable pour le maintien des compétences des équipes. Nous encourageons l'équipe à maintenir le support à cette ressource qui exerce un leadership clinique majeur pour une petite équipe. À cet égard, des tournées quotidiennes avec les professionnels sont mises de l'avant par l'infirmière ressource et nous encourageons les équipes à identifier des stratégies gagnantes afin de maintenir ce suivi.

Hôpital régional d'Edmundston :

- Le personnel reçoit deux journées de formation annuellement.

- Il y a une bonne collaboration avec le CHUQ et IWK Halifax pour les cas pédiatriques et néonataux.

- Les soins intensifs sont fermés donc les patients nécessitant des soins critiques sont transférés.
- Pharmacie, nutrition, physio, ergo, inhalothérapie bien présents dans les équipes multidisciplinaires.
- Nous suggérons que les bénévoles puissent recommencer à distribuer les documents d'admission aux patients des soins intensifs (plaintes, droits, responsabilités, guide du visiteur, etc.) en post pandémie.
- Également, les équipes sont encouragées à réintroduire le plus rapidement possible les visites des familles et des personnes significatives.
- Enfin, instaurer une formation régulière concernant les dons d'organes.

Hôpital régional de Campbellton :

- Nous avons rencontré une équipe dédiée, passionnée et engagée à dispenser des soins et services de qualité et sécuritaires à la clientèle.
- L'équipe était bien préparée à accueillir un afflux massif de patients atteints de la Covid en mars 2020. Des simulations interdisciplinaires ont été organisées et réalisées afin de s'ajuster aux différentes directives ministérielles.
- Les familles se sentent respectées et impliquées dans les soins et services de leurs proches.
- Le BCM n'est pas réalisé systématiquement et demeure un défi.

Centre hospitalier Universitaire Dr. Georges-L-Dumont :

- L'unité est localisée dans un tout nouveau milieu, moderne, éclairé et organisé en fonction des meilleures pratiques en soins critiques.
- Excellente communication et planification dans l'équipe par des rencontres quotidiennes.
- Nous retrouvons une équipe multidisciplinaire expérimentée et relativement stable dans laquelle il y a beaucoup d'entraide lorsqu'il manque de ressources humaines.
- Des stratégies sont établies en équipe incluant les médecins pour maintenir la même qualité et la même sécurité de soins.
- Le BCM est bien établi.

### Processus prioritaire : Aide à la décision

Des politiques et procédures sont suivies pour recueillir l'information sur l'utilisateur, la consigner, y avoir accès et l'utiliser de manière sécurisée.

Nous avons pu constater que le dossier papier est la manière pour consigner les notes.

Il n'y a pas véritablement de plan discuté sur l'informatisation du dossier.

Nous invitons les équipes à demeurer vigilante et à réviser les feuilles où l'information peut se retrouver à deux ou trois places pour un seul usager. La duplication peut constituer un enjeu d'efficacité et de sécurité.

### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Des plans d'amélioration sont réalisés au niveau régional et les équipes travaillent en concertation afin de suivre les progrès.


Nous invitons l'équipe régionale à réfléchir avec les gestionnaires à des objectifs locaux qui pourraient être mis de l'avant et dans un contexte de bonnes pratiques constituer un banc d'essai pour les autres secteurs.

**Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus**

La politique et la procédure sur le don d'organe sont assez bien compris des équipes.  
On invite les équipes à intégrer localement dans leur tableau de bord ce type de suivi afin de toujours renforcer les connaissances et pouvoir trouver des opportunités de l'offrir si nécessaire.

---

## Ensemble de normes : Soins de longue durée - Secteur ou service

| Critère non respecté  | Critères à priorité élevée  |
|---|---|
| <b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>  |   |
| 1.2 L'information est recueillie auprès des résidents et des familles, des partenaires et de la communauté et mise à profit dans la conception des services.                          |   |
| 2.3 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des résidents et des familles.  |   |
| 2.4 L'environnement physique est conçu avec l'apport des résidents et des familles; il est sécuritaire, confortable et offre une ambiance chaleureuse.                                |   |
| 2.6 L'efficacité des ressources, de l'espace et de la dotation est évaluée avec l'apport des résidents et des familles, de l'équipe et des parties prenantes.                         |   |
| 2.8 Un milieu accessible à tous est créé avec l'apport des résidents et des familles.   |   |
| <b>Processus prioritaire : Compétences</b>  |   |
| 3.6 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur le cadre conceptuel de l'organisme visant la prise de décisions d'ordre éthique.  |   |
| 3.15 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.  | !   |
| 3.17 Les membres de l'équipe ont le soutien du chef d'équipe pour assurer le suivi des problèmes et des possibilités de croissance cernés dans le cadre de l'évaluation du rendement. | !   |
| <b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>   |   |
| 7.2 Les résidents et les familles sont encouragés à prendre une part active dans leurs soins.   |   |
| 8.9 Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.  |  |
| 8.9.1 Les usagers à risque de suicide sont cernés.  | <b>PRINCIPAL</b>  |
| 8.9.2 Le risque de suicide chez chaque usager est évalué à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent.  | <b>PRINCIPAL</b>  |

|   |   |   |
|---|---|---|
| 8.19  | S'il y a lieu, un plan individualisé de soins palliatifs et de soins de fin de vie est mis au point pour chaque résident en partenariat avec le résident et la famille.                                     |   |
| 9.12  | Des examens interdisciplinaires normalisés et réguliers des médicaments du résident sont faits et des ajustements sont apportés, au besoin.   | ! |
| 9.17  | Du soutien est offert à la famille, aux membres de l'équipe et aux autres résidents au moment du décès d'un résident et à la suite de celui-ci.   |   |
| 10.1  | Les résidents et les familles bénéficient d'un milieu qui est flexible et qui répond à leurs besoins.   |   |
| 10.2  | Les résidents et les familles ont l'occasion de participer à des activités qui sont enrichissantes et importantes pour eux.   |   |
| 10.5  | Les résidents participent à la planification du menu.   |   |
| 12.2  | Le niveau physique et psychosocial de préparation à la transition du résident, y compris sa capacité à gérer lui-même sa santé, est évalué.   |   |
| 12.3  | Les résidents sont responsabilisés de manière à gérer eux-mêmes leur état de santé en recevant de l'enseignement, des outils et des ressources, le cas échéant.   |   |
| <b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>       |   |   |
| 7.12  | Les questions d'éthique sont cernées, gérées et réglées de façon proactive.   | ! |
| 13.8  | Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des résidents et des familles, et l'information est utilisée en vue d'apporter des améliorations. | ! |
| <b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b> |   |   |
| 15.1  | Il existe une procédure normalisée pour choisir des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont pertinentes aux services offerts.   | ! |
| 15.2  | La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des résidents et des familles, des équipes et des partenaires.                    |   |
| 15.3  | Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des résidents et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.      | ! |

|       |   |   |
|-------|---|---|
| 15.4  | Des procédures et des protocoles pour réduire les variations non nécessaires dans la prestation des services sont mis au point avec l'apport des résidents et des familles.   | ! |
| 15.5  | Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des résidents et des familles.  | ! |
| 15.6  | Il existe une politique sur les pratiques éthiques de recherche, élaborée avec l'apport des résidents et des familles, qui précise quand demander l'approbation.  | ! |
| 16.1  | Une approche proactive et prédictive est utilisée en vue de cerner les risques pour la sécurité des résidents et de l'équipe, et ce, avec l'apport des résidents et des familles.   | ! |
| 16.2  | Des stratégies sont élaborées et mises en oeuvre pour cerner les risques en matière de sécurité, avec l'apport des résidents et des familles.   | ! |
| 16.3  | Des processus de vérification sont utilisés pour réduire les activités à risque élevé, avec l'apport des résidents et des familles.   | ! |
| 16.5  | Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des résidents et des familles.   | ! |
| 17.10 | L'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages qui en découlent est communiquée aux résidents, aux familles, au personnel d'encadrement de l'organisme et à d'autres organismes, au besoin. |   |

#### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

##### Processus prioritaire : Leadership clinique

Le développement de services d'hébergement en milieu d'hospitalisation engendre de nombreux défis, pour l'établissement, en ce qui concerne le développement du milieu de vie chaleureux et sécuritaire pour les résidents (ex.: CH Dumont), cependant, le Centre des anciens combattants est digne de mention.

##### Processus prioritaire : Compétences

Les critères de soins de longue durée - volet compétence sont généralement rencontrés à l'exception des normes relatives à l'Évaluation du rendement des employés et à la formation sur le cadre d'éthique.

##### Processus prioritaire : Épisode de soins

Les critères relatifs aux soins de longue durée - volet épisode de soins, sont généralement rencontrés. Toutefois, une attention particulière devrait être notamment mise sur : 1) la participation des résidents et de leurs familles à la planification, la mise en place et l'évaluation des soins dispensés ; 2) au

développement et à la mise en place des soins palliatifs ; 3) au dépistage et la gestion du risque suicidaire et 4) à l'adaptation de l'environnement afin de créer un milieu adapté aux besoins des aînés. Les installations d'hébergement en milieu hospitalier invitent à de plus grands défis.

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

Les normes relatives aux processus de soins de longue durée volet aide à la décision sont généralement bien rencontrées. Une attention particulière devrait être mise sur la gestion proactive des situations d'éthique ainsi que sur l'évaluation de la tenue de dossiers.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

L'établissement présente plusieurs exemples d'utilisation des données probantes (au niveau régional), toutefois, il n'existe aucun processus normalisé, élaboré avec l'apport des résidents et des familles, pour faire la sélection des lignes directrices éclairées et la diffusion. L'établissement est invité à structurer la gestion des données probantes, et ce, en collaboration avec les résidents et leur famille.



## Ensemble de normes : Soins primaires - Secteur ou service

| Critère non respecté   | Critères à priorité élevée |
|--|----------------------------|
| <b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>   |                            |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.  |                            |
| <b>Processus prioritaire : Compétences</b>   |                            |
| 3.2 Les titres de compétence, les qualifications et les compétences sont vérifiés, documentés et mis à jour.   | !                          |
| 3.10 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.   | !                          |
| 4.5 Des outils de communication normalisés sont utilisés pour partager l'information concernant les soins de l'utilisateur au sein des équipes et entre elles.   | !                          |
| <b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>  |                            |
| 8.10 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.   | !                          |
| 8.11 Lorsque l'utilisateur est incapable de donner son consentement éclairé, le consentement est obtenu auprès d'une personne chargée de prendre des décisions en son nom.                                     | !                          |
| 8.12 Les usagers et les familles ont l'occasion de prendre part à des activités de recherche qui pourraient être appropriées aux soins qu'ils reçoivent.   |                            |
| 8.14 Les usagers et les familles reçoivent de l'information sur leurs droits et responsabilités.   | !                          |
| 8.15 L'équipe fournit de l'information aux usagers et aux familles au sujet de la façon de porter plainte ou de signaler une violation de leurs droits.  | !                          |
| 9.5 Au moment de prescrire un médicament, l'équipe établit le bilan comparatif des médicaments de l'utilisateur.   | !                          |
| <b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>  |                            |
| 12.8 Il existe un processus pour surveiller et évaluer les pratiques de tenue de dossiers, conçu avec l'apport des usagers et des familles, et l'information est utilisée en vue d'apporter des améliorations. | !                          |
| <b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>  |                            |

16.8 Des données découlant des indicateurs sont analysées régulièrement pour déterminer l'efficacité des activités d'amélioration de la qualité.



#### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

##### Processus prioritaire : Leadership clinique

Plusieurs initiatives, indicateurs et suivis des projets d'amélioration se font au niveau régional, avec l'apport de l'utilisateur. Le personnel d'encadrement est encouragé de s'assurer que les organismes locaux sont au courant des indicateurs suivis et qu'ils participent à l'analyse et aux pistes d'amélioration.

##### Processus prioritaire : Compétences

Nous encourageons les gestionnaires à assurer la vérification des titres de compétences et les évaluations de rendement de façon standardisée.

Le personnel est offert de la formation sur la diversité culturelle, en particulier sur la diversité des autochtones. Tout le personnel pourrait bénéficier de cette formation et le réseau pourrait la rendre obligatoire, surtout que la population du Nouveau-Brunswick devient de plus en plus diversifiée, avec l'arrivée de travailleurs étrangers et de plusieurs réfugiés.

##### Processus prioritaire : Épisode de soins

L'ajout du Centre de Santé du Grand Moncton est une belle initiative pour assurer la prise en charge d'utilisateur orphelin par des infirmières praticiennes.

Les Centres de santé primaire sont encouragés d'assurer d'informer les patients sur leurs droits et responsabilités (consentement, plaintes, activités de recherche), à travers le réseau.

Les employés des Centres de santé sont encouragés de pratiquer l'utilisation du BCM dans tous les établissements, avant de prescrire un médicament.

##### Processus prioritaire : Aide à la décision

Le personnel d'encadrement est conscient du manque d'intégration des systèmes informatiques et des dossiers papier vers un dossier électronique. Le manque d'intégration porte un risque à la sécurité du patient.

##### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'analyse des indicateurs se fait au niveau régional. Le personnel dans les Centres de santé locaux n'est pas toujours au courant des indicateurs analysés.

## Ensemble de normes : Télésanté - Secteur ou service

| Critère non respecté  | Critères à priorité élevée |
|---|----------------------------|
| <b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>  |                            |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.   |                            |
| <b>Processus prioritaire : Compétences</b>  |                            |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.   |                            |
| <b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>   |                            |
| 9.13 Un processus pour enquêter sur les allégations de violation des droits des usagers, et pour y donner suite, est élaboré et mis en oeuvre avec l'apport des usagers et des familles.                  | !                          |
| 9.15 Les usagers et les familles ont l'occasion de prendre part à des activités de recherche qui pourraient être appropriées aux soins qu'ils reçoivent.  |                            |
| <b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>   |                            |
| 13.1 Une démarche à volets multiples permet de protéger la confidentialité des données et de l'information échangées pendant la rencontre de télésanté.   | !                          |
| <b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>   |                            |
| 15.2 La procédure utilisée pour choisir les lignes directrices éclairées par des données probantes est examinée, avec l'apport des usagers et des familles, des équipes et des partenaires.               |                            |
| 15.3 Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagers et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires. | !                          |
| <b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>   |                            |
| <b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>  |                            |

Les responsables de la télésanté exercent un grand leadership dans le déploiement de la technologie au Réseau Vitalité. L'implantation d'environ 96 postes de télésanté a requis la formation de super-utilisateurs pour assurer le soutien et l'accompagnement des cliniciens et des patients et le maintien des équipements.

**Processus prioritaire : Compétences**

L'équipe de télésanté compte des expertises variées. Plusieurs formations permettent le maintien des compétences tant de l'équipe que des multiples cliniciens utilisateurs. Le patient qui consulte son médecin/spécialiste par télésanté est assisté pour le branchement de l'équipement par un super-utilisateur (environ 40 déployés dans les services) ou par l'infirmière, selon les besoins. Une patiente partenaire rencontrée souligne la qualité de l'accompagnement et les bienfaits pour le suivi de sa santé. Pour ce processus prioritaire, l'ensemble des critères répondent aux standards de qualité.

**Processus prioritaire : Épisode de soins**

La rencontre des professionnels et d'une patiente partenaire a permis de constater que les services cliniques ont intégré dans leur offre de services la télésanté. De fait, des visites virtuelles individuelles et en groupe peuvent être organisées, selon les besoins des patients. À cet égard, les gestionnaires et cliniciens ont intensifié le recours à la télésanté pour le maintien des services dans le contexte de la pandémie (ex. : télémedecine, animation en dyade des groupes virtuels en santé mentale, consultation d'un spécialiste à l'urgence, etc.). Le déploiement et l'installation de plusieurs postes de visioconférence (environ 96) dans les différents établissements du Réseau Vitalité assurent l'accès aux services et diminuent significativement les déplacements des patients. L'équipe de télésanté procède actuellement à : 1) Colliger les données pour documenter l'utilisation de la télésanté, 2) Tester la combinaison de plusieurs technologies (ex. : visioconférence-TEAMS) tenant compte des multiples appareils technologiques des patients. La mise en place d'un comité de qualité avec une patiente partenaire à partir de septembre 2022 s'inscrit dans la stratégie de l'équipe de télésanté de s'assurer de l'amélioration continue de la qualité. Toutefois, l'établissement est encouragé à clarifier le processus pour enquêter sur les allégations de violation des droits des usagers et à le rendre accessible au personnel et aux patients.

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

Les politiques et les procédures en vigueur encadrent le développement régional de la télésanté. Plusieurs services cliniques utilisent la télésanté pour la consultation des spécialistes (ex. : oncologue, pneumologue) et pour offrir des activités de soutien individuelles ou en groupe (ex. : séances virtuelles de groupe en santé mentale). Les équipes de télésanté et cliniques ont travaillé étroitement durant la pandémie pour l'intégration des technologies d'information et de communication (TIC) telles que Zoom, TEAMS. De plus, des essais sont réalisés au niveau de l'équipement de télésanté pour tester l'interopérabilité technique (ex. : utilisation de la visioconférence et de TEAMS).

Pour ce processus prioritaire, la plupart des critères répondent aux normes de qualité. Toutefois, l'établissement est encouragé à s'assurer de la mise en place d'une démarche à voies multiples permettant d'identifier en amont les risques associés à la confidentialité. L'accord du patient pour l'échange d'informations semble être considéré comme implicite lors du consentement (verbal ou écrit).

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

La plupart des critères répondent aux normes de qualité. Toutefois, l'établissement est encouragé à

actualiser le cadre de référence et les procédures pour choisir les lignes directrices en matière de télésanté. Le cadre actuel en télésanté date de 2003. Nous tenons à mentionner le témoignage de satisfaction d'une patiente partenaire suivie par son spécialiste par télésanté. L'équipe de télésanté est encouragée à identifier davantage les activités d'amélioration de la qualité réalisées conjointement avec les équipes cliniques (ex. : aménagement d'une salle pour augmenter la confidentialité des propos échanges entre le patient et son médecin) et à communiquer les résultats des audits.

---

## Ensemble de normes : Traitement du cancer - Secteur ou service

| Critère non respecté   | Critères à priorité élevée |
|--|----------------------------|
| <b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>   |                            |
| 2.3 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.   |                            |
| <b>Processus prioritaire : Compétences</b>   |                            |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.  |                            |
| <b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>  |                            |
| 14.14 Les usagers et les familles reçoivent de l'information sur leurs droits et responsabilités.  | !                          |
| 22.11 Le risque de réadmission de l'usager est évalué, le cas échéant, et un suivi approprié est coordonné.  | !                          |
| <b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>  |                            |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.  |                            |
| <b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>  |                            |
| 25.5 Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.  | !                          |
| 27.4 Des indicateurs qui sont utilisés pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité sont déterminés avec l'apport des usagers et des familles. |                            |
| 27.8 Des données sur les temps d'attentes relatives au traitement du cancer sont recueillies.  |                            |
| 27.9 Des données sont recueillies sur les résultats de la toxicité liée aux traitements.   |                            |
| <b>Processus prioritaire : Gestion des médicaments</b>   |                            |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.  |                            |
| <b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>  |                            |
| <b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>   |                            |

Les établissements visités atteignent la plupart des critères de qualité pour ce processus prioritaire. Les

équipes d'oncologie (oncologue, GOP, infirmières, travailleuses sociales, etc.) sont soucieuses d'intégrer le patient et ses proches dans les différentes activités associées à l'épisode de soins et des services (ex : mobilisation des parents-enfants et intervenants dans l'aménagement de la salle de traitement pédiatrique au CH Edmundston). Il importe de mentionner l'engagement des équipes d'oncologie pour le maintien de l'accès et de la qualité des services dans un contexte de pandémie et de rareté des ressources spécialisées et professionnelles (ex. : oncologue, infirmières, physiologiste, etc.). À cet égard, on souligne l'ajout de trois infirmières pivots en oncologie qui ont comme rôle de favoriser le parcours des patients. L'harmonisation des processus cliniques (ex. : implantation du dossier électronique Mosaic) et l'utilisation de la télésanté pour la consultation d'un oncologue, selon les besoins du patient, assurent la continuité des services aux patients en oncologie du Réseau Vitalité. L'établissement est encouragé à continuer ses efforts pour rehausser l'apport des patients à la qualité des services.

#### **Processus prioritaire : Compétences**

Nous soulignons l'atteinte de tous les critères et de la POR pour ce processus prioritaire. Nous tenons à mentionner le programme de développement professionnel individualisé accessible sur la plateforme Boulevard. Le gestionnaire et l'employé peuvent suivre les formations requises et les dates de recertification (ex. : RCR, pompes à perfusion, etc.). De plus, le registre tenu par le gestionnaire assure un suivi rigoureux du développement du maintien des compétences professionnelles. Il importe de souligner le travail de collaboration de l'équipe interdisciplinaire qui se fait sur une base régulière et de façon structurée. L'intégration du patient dans son épisode de soins fait partie des interventions intégrées des pratiques. Nous soulignons, le triage systématique des patients par les travailleuses sociales et l'ajout de trois infirmières pivots qui assurent l'accompagnement personnalisé des patients en oncologie. Nous portons à l'attention du Réseau Vitalité la nécessité d'harmoniser et de déployer la formation portant sur l'héritage culturel, les croyances, et ce, pour l'ensemble des professionnels concernés.

#### **Processus prioritaire : Épisode de soins**

Les patients rencontrés expriment un haut niveau de satisfaction en regard des services, notamment en regard des informations, de la préparation aux traitements, de la planification du suivi et l'approche humaniste des équipes. Selon les médecins et les infirmières rencontrés, l'implantation du dossier électronique Mosaic a été un apport considérable pour le suivi des patients. L'harmonisation des outils cliniques et des protocoles pour l'ensemble des services d'oncologie est soulignée comme une piste d'amélioration de la qualité des services. On souligne la qualité de ce processus prioritaire par l'atteinte de toutes les POR et la plupart des critères prioritaires. Toutefois, le Réseau Vitalité est fortement encouragé à s'assurer que les patients sont systématiquement informés de leurs droits et responsabilités.

#### **Processus prioritaire : Aide à la décision**

La tenue des dossiers se fait en respect des politiques et procédures du Réseau Vitalité. L'utilisation du dossier électronique Mosaic permet le partage de l'information clinique des patients en oncologie au sein du Réseau Vitalité. À cet égard, la formation et le soutien technique au bon fonctionnement de Mosaic sont accessibles rapidement aux médecins et aux professionnels concernés. La tenue des dossiers se fait en respect des politiques et procédures en vigueur. Des audits de qualité sont réalisés et les améliorations

requis sont réalisées.

#### **Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

Les patients rencontrés ont témoigné leur satisfaction en regard des soins et services, de l'approche humaniste et professionnelle des équipes d'oncologie. La participation au comité de qualité des gestionnaires de cliniques satellites favorise l'harmonisation des protocoles, des politiques, des procédures en oncologie. Le changement récent du logiciel de déclaration d'incidents et accidents comprenant différents formulaires électroniques représentés par des icônes (ex : chutes, médicaments, etc.) est connu, apprécié et utilisé par les intervenants. On souligne l'appropriation d'une culture de qualité, notamment par la réalisation de plusieurs audits, le suivi des résultats auprès des équipes et la mise en place d'activités d'amélioration. L'établissement est encouragé à continuer d'identifier les espaces de collaboration et de partenariat avec les patients.

#### **Processus prioritaire : Gestion des médicaments**

La gestion des médicaments est faite de façon rigoureuse. Le trajet du patient lui permet de rencontrer infirmière-GPO-infirmière qui valident respectivement le MSTP. Le dossier électronique Mosaic assure le maintien de l'information à jour pour la médication et les paramètres cliniques. Tous les critères de qualité en matière de gestion des médicaments sont atteints. Le Réseau Vitalité est encouragé à formaliser le processus de la production du MSTP et à actualiser les abréviations (réf. : le document de référence est daté de 2003).



## Ensemble de normes : Transfusions - Secteur ou service

| Critère non respecté                            | Critères à priorité élevée |
|---|----------------------------|
| <b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b> |                            |

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

|  |   |
|--|---|
| <b>Processus prioritaire : Services transfusionnels</b>  |   |
| 27.7 L'équipe vérifie régulièrement l'efficacité de ses procédures relatives à l'étude de dons antérieurs ou à un retrait, et apporte les changements qui s'avèrent nécessaires, le cas échéant. | ! |

**Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)**

**Processus prioritaire : Épisode de soins**

Une visite d'Agrément Canada diagnostique, il y a quelques semaines, a confirmé la conformité de ce processus, ainsi que de toutes les normes techniques propres aux services de laboratoires.



**Processus prioritaire : Services transfusionnels**


Le volet transfusionnel comporte certains enjeux de régionalisation et de standardisation. Une belle collaboration existe avec les clients et les partenaires. À St-Quentin, un travail est en cours pour l'obtention d'une certification de niveau 2 de « Choisir avec soins pour transfusions ». La fréquence des rencontres du comité de transfusion a été affectée par la pandémie. Le comité vise se rassembler régulièrement à compter de septembre.

Au niveau de la banque de sang, on retrouve un analyseur informatisé. Le laboratoire assume aussi les recherches d'anticorps pour l'ensemble de la péninsule acadienne.

À Campbellton, l'équipe se réfère aux documents régionaux « Normes en soins spirituels » et « Code d'Éthique » lorsqu'ils font face à des enjeux culturels. L'équipe a entrepris un projet d'amélioration de la qualité à l'échelle de l'hôpital pour normaliser le type et l'entreposage du matériel de transfusion dans les unités. Cela a inclus un bac standardisé de couleur verte.

## Ensemble de normes : Unité d'hospitalisation - Secteur ou service

| Critère non respecté  | Critères à priorité élevée  |
|---|---|
| <b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>  |   |
| L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.   |   |
| <b>Processus prioritaire : Compétences</b>  |   |
| 3.2 Les titres de compétence, les qualifications et les compétences sont vérifiés, documentés et mis à jour.  | !   |
| 3.8 Une approche documentée et coordonnée est mise en oeuvre pour la sécurité liée aux pompes à perfusion; elle comprend la formation, l'évaluation des compétences et un processus de signalement des problèmes liés aux pompes à perfusion.<br>3.8.4 Les compétences des membres de l'équipe en ce qui concerne l'utilisation sécuritaire des pompes à perfusion sont évaluées au moins aux deux ans, et les résultats sont consignés. Quand les pompes à perfusion ne sont utilisées que très rarement, une évaluation ponctuelle des compétences est effectuée.   | <br><br><b>PRINCIPAL</b>                           |
| 6.1 La charge de travail de chaque membre de l'équipe est assignée et évaluée de façon à assurer la sécurité et le bien-être de l'usager et de l'équipe.  |   |
| <b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>   |   |
| 9.7 Le bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.<br>9.7.1 Au moment de l'admission ou avant celle-ci, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec les usagers, les familles, les soignants et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.<br>9.7.2 Le MSTP est utilisé pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission ou il est comparé aux ordonnances de médicaments les plus à jour; toutes les divergences entre les sources d'information sont alors décelées, résolues et consignées. | <br><br><b>PRINCIPAL</b><br><br><b>PRINCIPAL</b> |

|         |   |   |
|---------|---|---|
| 9.7.3   | Le prescripteur utilise le MSTP et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.   | <b>PRINCIPAL</b>  |
| 9.7.4   | L'usager, le prestataire de soins de santé extra-hospitaliers et le pharmacien communautaire (selon le cas) reçoivent une liste exacte et à jour des médicaments que l'usager devrait prendre après son congé.  | <b>PRINCIPAL</b>  |
| 10.16   | L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.   |  |
| 10.16.5 | L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre : <ul style="list-style-type: none"> <li>• utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;</li> <li>• demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;</li> <li>• évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).</li> </ul> | <b>SECONDAIRE</b>   |

#### Processus prioritaire : Aide à la décision

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

#### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

#### Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)

#### Processus prioritaire : Leadership clinique

Les unités d'hospitalisation sont encouragées de poursuivre les initiatives de patient partenaire. Les services sont conçus pour adresser les besoins des populations des jeunes aux usagers vieillissants.

#### Processus prioritaire : Compétences

Dû à la pandémie, la charge de travail des infirmières est très élevée, mettant la sécurité du patient en danger sur certains quarts. Les équipes sont très résilientes et le personnel, incluant les gestionnaires, est très engagé envers leur équipe et les usagers.

Plusieurs formations ne sont pas à jour. Les infirmières ressources et les gestionnaires sont encouragés d'assurer la vérification des compétences.

#### **Processus prioritaire : Épisode de soins**

Le réseau Vitalité est encouragé de revoir la conformité de certains POR (BCM, information au point de transition) à travers les unités d'hospitalisation des Centres hospitaliers du réseau, plus particulièrement au Centre hospitalier de Georges-Dumont et au Centre hospitalier de Tracadie-Sheila. D'autres POR (TEV et prévention des chutes) sont bien intégrés à travers le réseau.

Centre hospitalier Georges-Dumont:

Les soins palliatifs sont offerts et la disponibilité d'un gériatre pour appuyer ce service contribue à assurer des soins de qualités centrés sur l'usager.

Plusieurs unités de médecine accueillent des patients d'autres unités afin de désengorger l'urgence. La sécurité du patient pourrait s'en voir affectée à cause du manque d'expertise. Le secteur de la médecine continue d'assurer les soins de plusieurs patients en attente d'hébergement en centre de soins de longue durée.

À travers le réseau Vitalité, plusieurs équipements médicaux ont été renouvelés et sont à la haute pointe de la technologie.

#### **Processus prioritaire : Aide à la décision**

Le Centre hospitalier pourrait bénéficier d'un dossier électronique complet dans le but d'éliminer le modèle hybride du dossier santé et d'assurer une meilleure gestion de l'information.


#### **Processus prioritaire : Impact sur les résultats**



Les unités d'hospitalisation du réseau Vitalité suivent les lignes directrices pour assurer la sécurité et la qualité des soins.

Plusieurs indicateurs et initiatives sont suivis au niveau régional.

Les gestionnaires des unités d'hospitalisations pourraient bénéficier d'analyser les durées de séjours pour leur secteur, ainsi que leur taux de réadmission. Il y a un objectif d'amélioration régional qui inclut l'évaluation de la durée de séjour.

## Ensemble de normes : Urgences - Secteur ou service

| Critère non respecté  | Critères à priorité élevée  |
|---|---|
| <b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>  |   |
| 1.7 L'information sur les services est mise à la disposition des usagers et des familles, des organismes partenaires et de la communauté.   |   |
| 2.6 Des salles d'isolement ou des espaces privés et sécuritaires sont disponibles pour les usagers.   | !   |
| <b>Processus prioritaire : Compétences</b>  |   |
| 4.13 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur la façon de cerner les besoins en matière de soins palliatifs et en fin de vie.  | !   |
| <b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>   |   |
| 8.7 Une communication régulière est assurée avec les usagers qui sont en attente.   |   |
| 8.8 Les usagers qui sont en attente aux urgences sont surveillés afin de déceler toute détérioration de leur état et sont réévalués s'il y a lieu.  |   |
| 9.8 La capacité de l'utilisateur à fournir un consentement éclairé est évaluée.   |   |
| 9.9 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.   | !   |
| 9.14 Les usagers et les familles reçoivent de l'information sur leurs droits et responsabilités.  | !   |
| 10.5 En partenariat avec les usagers, familles ou soignants (selon le cas), l'établissement du bilan comparatif des médicaments est entrepris pour les usagers que l'on décide d'admettre et il peut être achevé à l'unité où les usagers sont acheminés.   |  |
| 10.5.1 L'établissement du bilan comparatif des médicaments est entrepris pour tous les usagers que l'on décide d'admettre. Un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille ou le soignant et consigné. Le processus d'établissement du bilan comparatif peut commencer au Service des urgences et être terminé à l'unité qui reçoit l'utilisateur. | <b>PRINCIPAL</b>  |

|  |  |
|--|--|
| <p>10.6 Les précautions universelles en matière de prévention des chutes, applicables au milieu, sont déterminées et mises en oeuvre pour assurer un environnement sécuritaire qui permet de prévenir les chutes et de réduire le risque de blessures liées aux chutes.</p>  |                       |
| <p>12.16 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.</p> <p>12.16.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers des usagers) pour évaluer la conformité aux processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;</li> <li>• demander aux usagers, aux familles et aux prestataires de services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin;</li> <li>• évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information (p. ex. à partir du mécanisme de gestion des événements liés à la sécurité des usagers).</li> </ul> | <br><b>SECONDAIRE</b> |

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

|  |  |
|--|--|
| <p>14.4 Les usagers peuvent accéder à l'information dans leur dossier, y compris les dossiers médicaux et de santé électroniques, d'une manière systématique et centrée sur l'utilisateur, et ce, en temps opportun.</p> |  |
| <p>15.1 De la formation et du perfectionnement sur les lois sont offerts pour assurer le respect de la vie privée et utiliser adéquatement l'information sur les usagers.</p>  |  |

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

**Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus**

L'organisme s'est conformé à tous les critères pour ce processus prioritaire.

**Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)**

**Processus prioritaire : Leadership clinique**

Des questionnaires de satisfaction de la clientèle sont réalisés et les pistes d'améliorations sont identifiées. Nous invitons les équipes à poursuivre et à documenter les résultats afin de voir si d'autres

améliorations sont souhaitables.

On obtient l'apport des équipes via différents canaux et nous vous encourageons à intégrer le concept de patient-partenaire dans les discussions.

L'enjeu du maintien des compétences demeure dans les urgences à petits volumes.

Lorsque les lits d'hospitalisations sont occupés majoritairement par des soins de longue durée, il ne reste pratiquement pas de possibilité pour l'admission de patient de soins aigus.

On invite l'équipe de leadership à s'assurer d'apporter des solutions innovantes afin de solutionner cette problématique.

L'hôpital Régional Tracadie-Sheila:

- On invite les équipes à faire le suivi des grands consommateurs de soins. Bien évidemment, la gestion des P4 et P5 représente un enjeu qu'il faut adresser. Une liste de partenaires est bien présente, mais elle ne fonctionne pas.

### Processus prioritaire : Compétences

L'accès à la formation en ligne est privilégié. Les gens font leurs suivis de formation et un registre de formation en retard ou complété est accessible pour les employés.

Une infirmière ressource est présente et est une valeur inestimable dans un contexte d'équipes changeantes. Toutefois, il faut demeurer vigilant, car ces personnes expérimentées, qui sont des mentors sont très souvent sollicités pour faire du remplacement.

Le support et le soutien sont présents pour les novices. Il faut le maintenir et voir dans quelle mesure il est utile et répond aux besoins.

L'hôpital Stella-Maris-de-Kent :

Situation critique pour l'urgence de l'établissement qui ne peut transférer les usagers à l'étage, car les lits sont majoritairement occupés par des soins de longue durée. Cette situation d'engorgement des lits exerce une pression négative pour le maintien des compétences des équipes.

Situation de tension avec l'équipe médicale à regarder à court terme.

L'hôpital Régionale Chaleur :

Du personnel avec expérience côtoie du nouveau personnel et l'amalgame fait en sorte que l'équipe est forte. Les indicateurs de suivis le démontrent bien.

L'infirmière chef et l'infirmière ressource n'hésitent pas à aider l'équipe afin que cette dernière puisse constamment améliorer ses compétences.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

Niveau régional :

La feuille de triage uniformisée issue de l'échelle canadienne de triage et de gravité est en cours d'implantation.

Les équipes ont dû s'adapter à la pandémie et cet épisode intense a favorisé et enrichi le travail d'équipe entre les urgences.

Un tableau de bord standardisé permet de suivre les données pour l'ensemble des urgences et il a été bonifié au cours de la dernière année.

On invite les équipes à poursuivre les efforts afin de réorienter les usagers non-urgents vers les ressources de la communauté. Il s'avère nécessaire et souhaitable d'actualiser la liste des ressources vers lesquelles diriger les P4-P5, car nous avons constaté qu'elle n'était pas à jour pour plusieurs urgences. À cet égard, nous savons pertinemment que le travail pour modifier les façons de travailler est colossal et des efforts de concertation avec l'équipe médicale permettront d'y parvenir.

L'information sur les services offerts à la population et aux différentes équipes de la communauté est à développer.

L'équipe devra faire face rapidement à l'accessibilité aux urgences et voir dans quelle mesure les autres services cliniques peuvent s'ajuster au débordement. À titre d'exemple, nous avons été à même de constater que des patients d'autres disciplines, oncologie, suivi préopératoire ou un surplus de patients des cliniques ambulatoires après 16h00, tous ces débordements sont transférés à l'urgence. Nous invitons les équipes à réfléchir à la possibilité de travailler de concert avec ces services cliniques et à redéfinir les rôles de chacun des secteurs ; enfin identifier des stratégies gagnantes.

Bien évidemment, la disponibilité des ressources humaines apparaît comme étant bien souvent le facteur déclencheur qui empêche les services de se réorganiser. Toutefois, il faudra poursuivre les efforts afin de communiquer les attentes en lien avec le rôle attendu de l'urgence et voir comment chacun peut aider dans un contexte où la demande est importante. Des choix difficiles et courageux concernant les trajectoires de soins peuvent être nécessaires pour y parvenir sans toutefois brimer l'accessibilité.

L'hôpital régional Chaleur :

Nous invitons l'équipe à solliciter de l'aide afin d'obtenir du support médical permanent, pour la gestion des lits au quotidien ce qui permettra d'optimiser les processus.

La salle de réclusion mérite l'attention.

Le Bilan comparatif des médicaments doit être encadré. Toutefois pour les patients admis, il doit être consigné dans les dossiers et nous avons noté que ce n'était pas fait.

L'hôpital Tracadie-Sheila :

- Une urgence dotée de civières d'observations dont 16 au permis, mais qui ne peut transférer en soins critiques, car ce service n'existe pas.

- Un employé a été nommé il y a quelques mois pour assurer le transport des usagers vers les autres unités de soins de l'établissement (porter).

- Le triage est fait autant pour la clientèle de pédiatrie que celle adulte. Toutefois, l'infirmière n'exerce pas une surveillance constante sur la salle d'attente. Une cloche d'appel est à la disposition des usagers lorsque la situation se détériore. Il faut mentionner que plus souvent qu'autrement, l'infirmière attirée au triage peut avoir la responsabilité de donner des soins aux usagers durant son quart de travail.

- Le risque suicidaire est bien évalué et nous invitons l'équipe de leadership à faire des audits afin de voir si des améliorations sont possibles.

- Le bilan comparatif des médicaments n'est pas fait à l'urgence pour les usagers hospitalisés.

Des stratégies gagnantes peuvent être mises en commun afin d'améliorer la cohésion avec l'équipe des unités de soins.

- Enfin, on invite les équipes à renforcer le support à l'urgence. Lors de certaines situations, le personnel de l'urgence peut être amené à aider le personnel des unités de soins et l'inverse doit être également



possible.

Hôpital régional de Campbellton :

- Une équipe mobilisée et appréciée des usagers. Malgré la pénurie de personnel, le climat de travail est sain. Afin de gérer le débordement et d'améliorer le cheminement des patients, une réunion de lits quotidienne permet aux intervenants de l'hôpital de travailler ensemble.
- Des ressources ont été ajoutées pour la formation continue pour les cas d'obstétriques qui se présentent à l'urgence.

Centre hospitalier Universitaire Dr. Georges-L-Dumont :

- De la formation est offerte aux infirmières auxiliaires ce qui leur permet de réaliser plus d'actes cliniques.
- L'équipe a reçu la confirmation du financement pour le plan d'amélioration de l'urgence, ce qui est positif.
- Il y a une grande cohésion d'équipe (incluant les médecins).
- Toutefois, l'environnement en pleine rénovation est préoccupant tant au niveau de la sécurité pour les employés et les usagers et nous suggérons qu'il est à haut risque.
- Urgence très encombrée
- Manque important d'espaces
- Angles morts à plusieurs endroits ce qui ne permet pas de vision périphérique (communication difficile avec les usagers)
- Beaucoup de chariots et de matériel dans les espaces communs (corridors, bureaux, entrepôts...)
- Enjeu de confidentialité, espaces à aires ouvertes, bruyants et le personnel doit parler fort.
- La salle d'attente nécessite un entretien ménager plus fréquent.
- Dossiers papiers partout sur les comptoirs (erreurs dans la tenue de dossiers)
- Enjeu de collaboration et de cohésion avec le surveillant pour les congés et monter les patients aux étages

Nous invitons l'équipe de leadership à revoir le plan de transition et voir si des corrections peuvent être apportées à brève échéance compte tenu des enjeux liés à la sécurité.

Hôtel-Dieu St-Joseph de Saint-Quentin

- Projet triage first est en cours afin d'évaluer l'utilisateur avant l'enregistrement
- Les indicateurs de qualité et de sécurité sont peu connus. Nous invitons l'équipe à reprendre les suivis dans les meilleurs délais de manière à s'assurer du maintien des standards de pratiques et de sécurité pour la clientèle.

### Processus prioritaire : Aide à la décision

Un dossier exact et à jour est disponible et il est disposé dans un espace approprié.

Il semble parfois difficile pour le patient d'avoir accès à son dossier pour plusieurs installations. Nous invitons les équipes à voir dans quelle mesure ce processus peut être révisé de manière à le rendre plus fluide.

Hôpital régional de Campbellton :

- Des ressources ont été ajoutées pour la formation continue pour les cas d'obstétriques qui se présentent à l'urgence. Elles incluent l'installation de Baby Panda et la formation avec simulations.
- Malgré la rareté des dons d'organes et de tissus, la formation et le perfectionnement sont offerts.
- Nous notons la présence simultanée du dossier électronique ainsi que du dossier papier. L'organisation est encouragée à mettre en œuvre un seul dossier patient de manière à optimiser les processus.

#### **Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

Il existe une procédure normalisée pour choisir les lignes directrices quant aux services offerts. Nous encourageons les équipes à s'adjoindre un patient partenaire qui permettrait de faire valoir un point de vue d'utilisateur de soins et services.

Des processus de vérification et d'audits sont en place et méritent d'être diffusés davantage aux équipes.

#### **Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus**

Une expérience positive à l'hôpital régional Chaleur a renforcé l'équipe à poursuivre dans l'offre de dons d'organes et de tissus. L'équipe a reçu la rétroaction du don d'un donneur à l'effet que 7 vies avaient été sauvées.

Hôpital Régional de Campbellton :

- Malgré la rareté des dons d'organes et de tissus, la formation et le perfectionnement sont offerts.
- À renforcer pour toutes les équipes.

## Résultats des outils d'évaluation

Dans le cadre du programme Qmentum, les organismes se servent d'outils d'évaluation. Le programme Qmentum comprend trois outils (ou questionnaires) qui évaluent le fonctionnement de la gouvernance, la culture de sécurité des usagers et la qualité de vie au travail. Ils sont remplis par un échantillon de représentants des usagers, du personnel, de la haute direction, des membres du conseil d'administration et d'autres partenaires.

### Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)

L'outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance permet aux membres du conseil d'administration d'évaluer les structures et les processus du conseil, de donner leur point de vue et leur opinion, et de déterminer les mesures à prendre en priorité. Cet outil évalue le fonctionnement de la gouvernance en posant des questions sur les sujets suivants :

- composition du conseil d'administration;
- portée de ses pouvoirs (rôles et responsabilités);
- processus de réunion;
- évaluation du rendement.

Agrément Canada a fourni à l'organisme, avant la visite, des résultats détaillés provenant de l'Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance, par le biais du portail des organismes clients. L'organisme a ensuite eu la possibilité de s'occuper des secteurs qui posent un défi.

- **Période de collecte de données : 6 octobre 2021 au 18 octobre 2021**
- **Nombre de réponses : 18**

#### Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance : résultats

|  | % Pas du tout d'accord / Pas d'accord | % Neutre     | % D'accord / Tout à fait d'accord | % D'accord * Moyenne canadienne |
|--|---------------------------------------|--------------|-----------------------------------|---------------------------------|
|  | Organisation                          | Organisation | Organisation                      |                                 |
| 1. Nous revoyons régulièrement les lois et les règlements applicables et nous nous assurons qu'ils soient respectés.                                       | 0                                     | 28           | 72                                | 93                              |
| 2. Les politiques et les procédures de gouvernance qui définissent nos rôles et responsabilités sont bien documentées et sont systématiquement respectées. | 6                                     | 17           | 78                                | 94                              |
| 3. Les rôles et responsabilités des sous-comités doivent être mieux définis.   | 71                                    | 6            | 24                                | 69                              |
| 4. À titre de conseil d'administration, nous ne prenons pas directement part aux questions relevant de la gestion.   | 0                                     | 6            | 94                                | 86                              |

|   | % Pas du tout d'accord / Pas d'accord | % Neutre     | % D'accord / Tout à fait d'accord | % D'accord * Moyenne canadienne |
|---|---------------------------------------|--------------|-----------------------------------|---------------------------------|
|   | Organisation                          | Organisation | Organisation                      |                                 |
| 5. Les désaccords sont perçus comme une façon d'arriver à des solutions plutôt que comme une situation où il y a un gagnant et un perdant.  | 22                                    | 6            | 72                                | 92                              |
| 6. Nos rencontres ont lieu assez fréquemment pour nous permettre de prendre des décisions en temps opportun.  | 44                                    | 17           | 39                                | 92                              |
| 7. Les membres comprennent et assument leurs obligations légales, leurs rôles et responsabilités, ce qui comprend le travail lié aux activités des sous-comités (le cas échéant). | 11                                    | 33           | 56                                | 94                              |
| 8. Les membres arrivent aux rencontres prêts à participer à des discussions productives et à prendre des décisions réfléchies.  | 11                                    | 17           | 72                                | 93                              |
| 9. Nos processus de gouvernance doivent davantage permettre de s'assurer que chacun participe à la prise de décisions.  | 28                                    | 6            | 67                                | 63                              |
| 10. La composition de notre conseil d'administration contribue au fonctionnement optimal de la gouvernance et du leadership.  | 6                                     | 6            | 89                                | 92                              |
| 11. Les membres demandent à entendre les idées et les commentaires des autres et les écoutent.  | 0                                     | 22           | 78                                | 94                              |
| 12. Nous sommes encouragés à participer à de la formation continue et à du perfectionnement professionnel.  | 11                                    | 6            | 83                                | 81                              |
| 13. Il existe de bonnes relations de travail entre les membres.   | 0                                     | 22           | 78                                | 96                              |
| 14. Il existe un processus pour établir les règlements et les politiques de l'organisme.  | 0                                     | 11           | 89                                | 94                              |
| 15. Nos règlements et nos politiques traitent de la confidentialité et des conflits d'intérêts.   | 0                                     | 0            | 100                               | 98                              |
| 16. Nous évaluons notre rendement par rapport à celui d'autres organismes semblables ou à des normes pancanadiennes.  | 17                                    | 28           | 56                                | 77                              |
| 17. Les contributions des membres sont revues régulièrement.  | 11                                    | 50           | 39                                | 66                              |

|  | % Pas du tout d'accord / Pas d'accord | % Neutre     | % D'accord / Tout à fait d'accord | % D'accord * Moyenne canadienne |
|--|---------------------------------------|--------------|-----------------------------------|---------------------------------|
|  | Organisation                          | Organisation | Organisation                      |                                 |
| 18. En tant qu'équipe, nous revoions notre fonctionnement régulièrement et nous nous questionnons sur la façon dont nous pourrions améliorer nos processus de gouvernance. | 11                                    | 22           | 67                                | 80                              |
| 19. Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.  | 0                                     | 50           | 50                                | 61                              |
| 20. À titre de conseil d'administration, nous cernons régulièrement des possibilités d'amélioration et réalisons nos propres activités d'amélioration de la qualité.       | 6                                     | 28           | 67                                | 84                              |
| 21. En tant que membres, nous avons besoin d'une meilleure rétroaction sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.                                   | 22                                    | 17           | 61                                | 43                              |
| 22. Nous recevons une formation continue sur la façon d'interpréter l'information sur notre rendement en matière de qualité et de sécurité des usagers.                    | 11                                    | 33           | 56                                | 78                              |
| 23. En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.   | 11                                    | 11           | 78                                | 95                              |
| 24. En tant que conseil d'administration, nous entendons parler d'usagers qui ont subi des préjudices pendant les soins.   | 28                                    | 22           | 50                                | 75                              |
| 25. Les mesures de rendement dont nous assurons le suivi en tant que conseil d'administration nous permettent de bien comprendre le rendement de l'organisme.              | 24                                    | 12           | 65                                | 88                              |
| 26. Nous recrutons, recommandons et sélectionnons activement de nouveaux membres en fonction des compétences particulières requises, des antécédents et de l'expérience.   | 40                                    | 33           | 27                                | 90                              |
| 27. Nous n'avons pas suffisamment de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.  | 31                                    | 50           | 19                                | 77                              |
| 28. Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité du conseil d'administration.   | 50                                    | 31           | 19                                | 84                              |

|   | % Pas du tout d'accord / Pas d'accord | % Neutre     | % D'accord / Tout à fait d'accord | % D'accord * Moyenne canadienne |
|---|---------------------------------------|--------------|-----------------------------------|---------------------------------|
|   | Organisation                          | Organisation | Organisation                      |                                 |
| 29. La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté.                          | 11                                    | 33           | 56                                | 90                              |
| 30. Des politiques écrites définissent clairement la durée et les limites des mandats des membres ainsi que la rétribution.                               | 0                                     | 18           | 82                                | 90                              |
| 31. Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous-comités.   | 24                                    | 35           | 41                                | 85                              |
| 32. Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.   | 75                                    | 6            | 19                                | 87                              |
| De façon générale, au cours des 12 derniers mois, dans quelle mesure jugez-vous que le conseil d'administration a réussi à susciter des améliorations à : | % Faibles / Correctes                 | % Bonnes     | % Très bonnes / Excellentes       | % D'accord * Moyenne canadienne |
|   | Organisation                          | Organisation | Organisation                      |                                 |
| 33. La sécurité des usagers   | 27                                    | 27           | 47                                | 84                              |
| 34. La qualité des soins  | 27                                    | 20           | 53                                | 86                              |

\*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de juillet et le mois de décembre 2021 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

## Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers

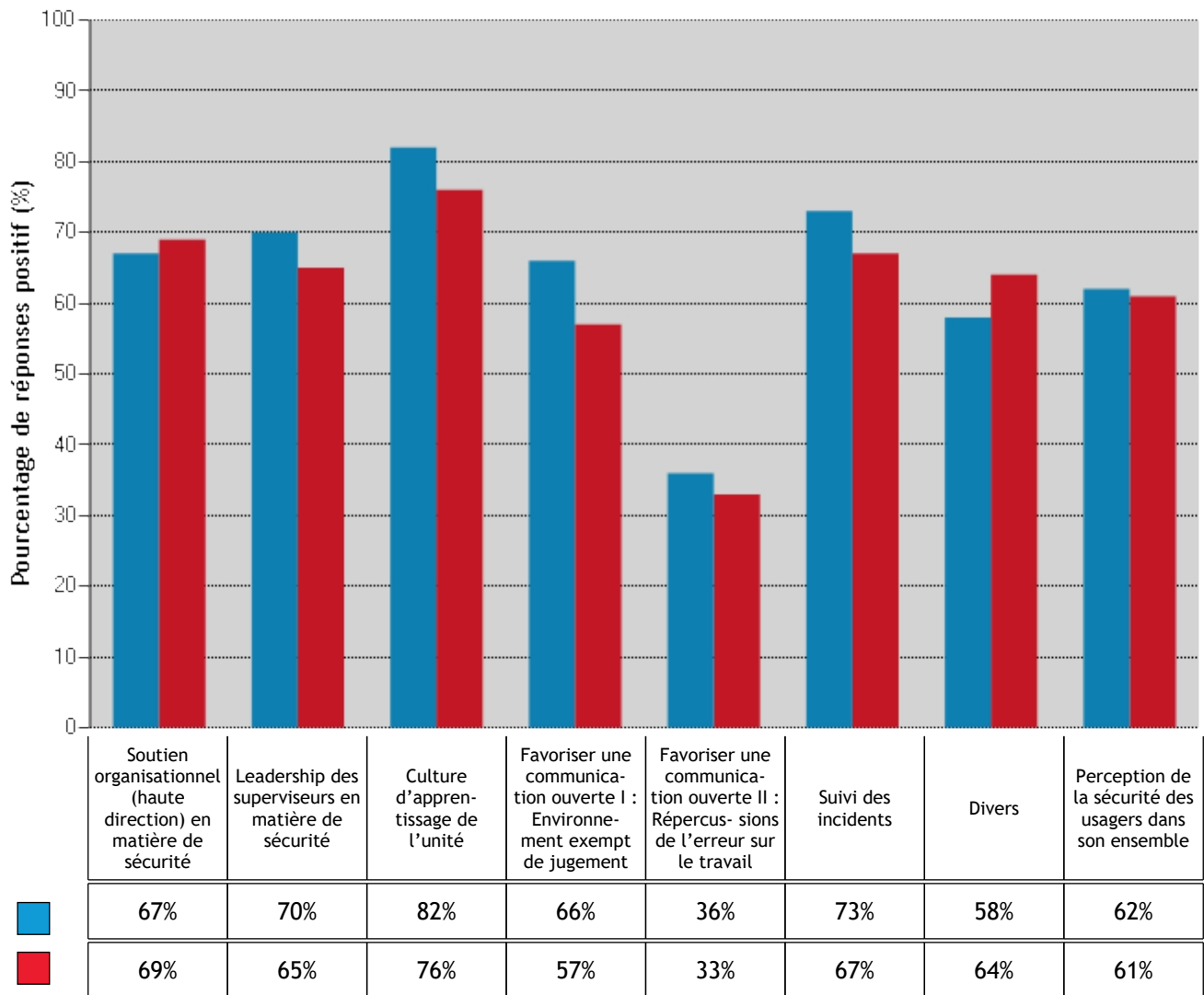
Généralement reconnue comme un important catalyseur des changements de comportement et des attentes, la culture organisationnelle permet d'accroître la sécurité dans les organismes. L'une des étapes clés de ce processus est la capacité de déterminer s'il y a présence d'une culture de sécurité dans les organismes, et ce, dans quelle mesure. Le Sondage sur la culture de sécurité des patients, un outil fondé sur l'expérience concrète qui offre des renseignements sur les perceptions du personnel à l'égard de la sécurité des usagers. Cet outil permet aussi d'accorder une note globale aux organismes pour ce qui est de la sécurité des usagers et d'évaluer diverses dimensions de la culture de sécurité des usagers.

Les résultats de l'évaluation de la culture de sécurité des patients permettent à l'organisme de cerner ses points forts et ses possibilités d'amélioration dans plusieurs secteurs qui se rapportent à la sécurité des usagers et à la qualité de vie au travail.

Agrément Canada a fourni à l'organisme, avant la visite, des résultats détaillés provenant du Sondage sur la culture de sécurité des patients, par le biais du portail des organismes clients. L'organisme a ensuite eu la possibilité de s'occuper des secteurs qui doivent être améliorés. Pendant la visite, les visiteurs ont examiné les progrès réalisés dans ces secteurs.

- **Période de collecte de données : 23 août 2021 au 25 octobre 2021**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 362**
- **Nombre de réponses : 1124**

**Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers : résultats en fonction des dimensions de la culture de sécurité des usagers**



**Légende**

- Réseau de santé Vitalité Health Network
- \* Moyenne canadienne

\*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de juillet et le mois de décembre 2021 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.



## Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail

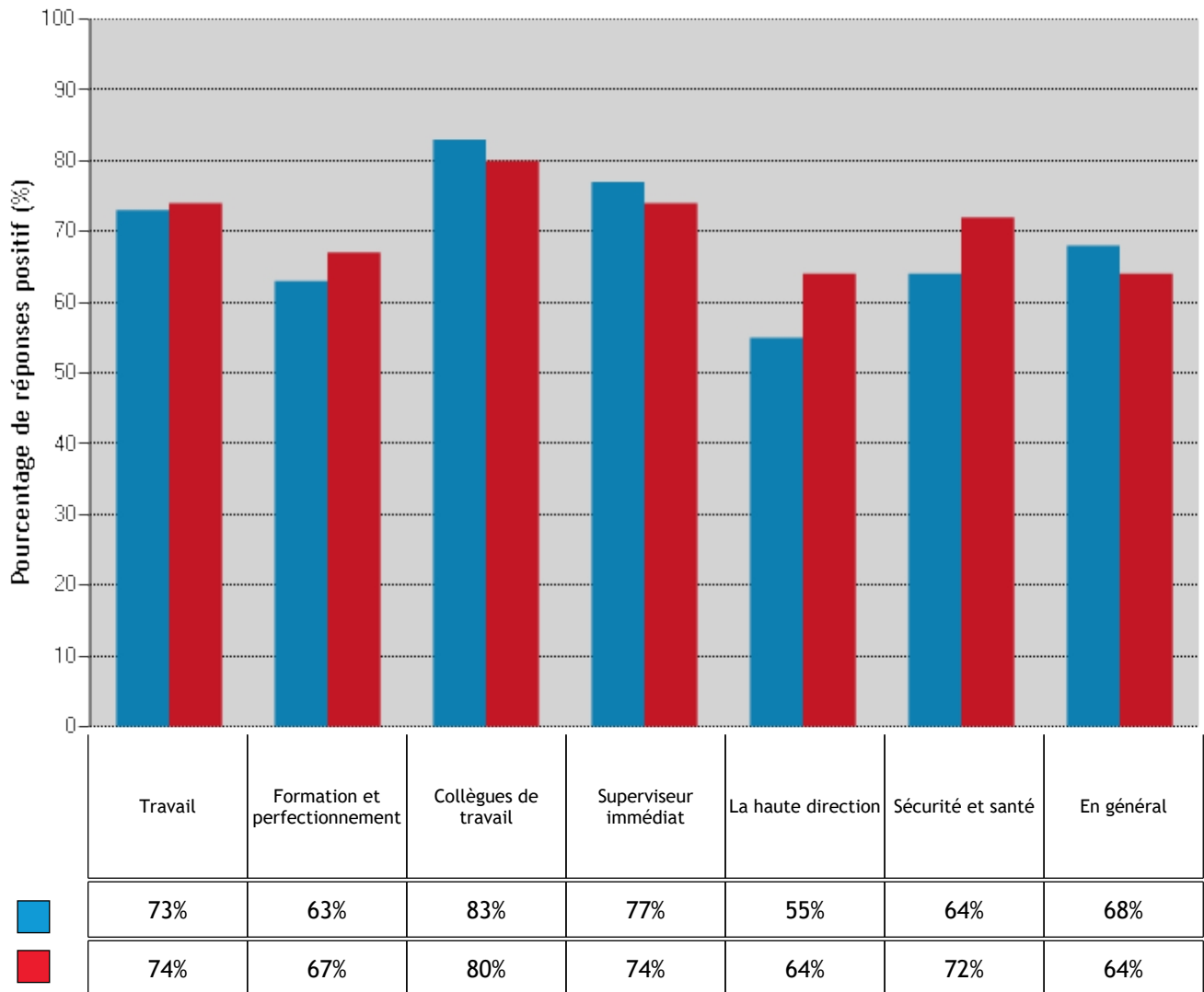
Agrément Canada aide les organismes à créer des milieux de travail de haute qualité qui favorisent le bien-être et le rendement des effectifs. C'est pour cette raison qu'Agrément Canada leur fournit le Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail, un outil fondé sur l'expérience concrète, qui prend un instantané de la qualité de vie au travail.

Les organismes peuvent utiliser les constatations qui découlent du Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail pour cerner les points forts et les lacunes dans la qualité de vie au travail, inciter leurs partenaires à participer aux discussions entourant des possibilités d'amélioration, planifier les interventions pour améliorer la qualité de vie au travail et comprendre plus clairement comment la qualité de vie au travail a une influence sur la capacité de l'organisme d'atteindre ses buts stratégiques. En se concentrant sur les mesures à prendre pour améliorer les déterminants de la qualité de vie au travail mesurés au moyen du sondage, les organismes peuvent améliorer leurs résultats.

Agrément Canada a fourni à l'organisme, avant la visite, des résultats détaillés provenant du Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail, par le biais du portail des organismes clients. L'organisme a ensuite eu la possibilité de s'occuper des secteurs qui doivent être améliorés. Pendant la visite, les visiteurs ont examiné les progrès réalisés dans ces secteurs.

- **Période de collecte de données : 12 novembre 2020 au 22 décembre 2020**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 363**
- **Nombre de réponses : 1825**

Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail : résultats en fonction du milieu de travail



Légende

■ Réseau de santé Vitalité Health Network

■ \* Moyenne canadienne

\*Moyenne canadienne : Pourcentage d'organismes clients d'Agrément Canada qui ont rempli l'outil d'évaluation, entre le mois de juillet et le mois de décembre 2021 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

## Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur

Évaluer l'expérience de l'utilisateur de façon systématique et structurée permet aux organismes de recueillir de l'information qu'ils peuvent utiliser pour améliorer les services centrés sur l'utilisateur, accroître la participation de celui-ci et alimenter les projets d'amélioration de la qualité.

L'organisme, avant la visite, se sert d'un sondage sur l'expérience vécue par l'utilisateur qui porte sur les dimensions suivantes :

**Respect des valeurs des usagers, de leurs besoins et de leurs préférences**, dont le respect des droits, des valeurs culturelles et des préférences des usagers; l'obtention d'un consentement éclairé et la prise de décisions conjointe; et l'encouragement à une participation active à la planification des soins et à la prestation des services.

**Partage d'information, communication et enseignement**, y compris fournir l'information que les gens désirent obtenir, assurer une communication ouverte et transparente, et offrir de l'enseignement aux usagers et à leur famille au sujet des questions liées à la santé.

**Coordination et intégration des services d'un point de service à l'autre**, dont l'accès aux services, un service continu dans l'ensemble du continuum de soins et la préparation des usagers pour le congé ou la transition.

**Amélioration de la qualité de vie dans le milieu de soins et dans les activités de la vie quotidienne**, y compris pour ce qui est d'offrir le confort physique, la gestion de la douleur, le soutien émotionnel et spirituel et du counseling.

L'organisme a ensuite la possibilité de voir aux possibilités d'amélioration et de discuter des projets liés à l'amélioration de la qualité avec les visiteurs durant la visite d'agrément.

| Exigence du programme sur l'expérience vécue par l'utilisateur   |          |
|--|----------|
| L'organisme a effectué un sondage sur l'expérience vécue par l'utilisateur en se servant d'un outil et d'une approche qui répondent aux exigences du programme d'agrément. | Conforme |
| L'organisme a transmis à Agrément Canada un ou plusieurs rapports de sondage sur l'expérience vécue par l'utilisateur.   | Conforme |

## Annexe A - Programme Qmentum

L'agrément des services de santé contribue à l'amélioration de la qualité et à la sécurité des usagers en permettant à un organisme de santé d'évaluer et d'améliorer ses services de façon régulière et constante. Le programme Qmentum d'Agrément Canada offre un processus adapté aux besoins et aux priorités de chaque organisme client.

Dans le cadre du processus d'agrément Qmentum, les organismes clients remplissent les questionnaires d'auto-évaluation, transmettent des données découlant des mesures de rendement, et participent à une visite d'agrément durant laquelle des visiteurs pairs dûment formés évaluent leurs services par rapport à des normes pancanadiennes. L'équipe de visiteurs fournit les résultats préliminaires à l'organisme à la fin de la visite. Agrément Canada examine ces résultats et produit un rapport d'agrément dans les 15 jours ouvrables qui suivent la visite.

Le plan d'amélioration de la qualité du rendement que l'on trouve en ligne s'avère un complément important au rapport d'agrément; celui-ci est offert aux organismes clients dans leur portail. L'information contenue dans ce plan est utilisée conjointement avec le rapport d'agrément pour assurer l'élaboration de plans d'action détaillés.

Tout au long du cycle de quatre ans, Agrément Canada assurera un lien et un soutien constants dans le but d'aider l'organisme à s'occuper des problématiques relevées, à élaborer des plans d'action et à faire le suivi de ses progrès.

### Planification des mesures à prendre

Après la visite, l'organisme se sert de l'information contenue dans son rapport d'agrément et son plan d'amélioration de la qualité du rendement pour élaborer des plans d'action visant à donner suite aux possibilités d'amélioration relevées.

## Annexe B - Processus prioritaires

### Processus prioritaires qui se rapportent aux normes qui touchent l'ensemble du système

| Processus prioritaire   | Description  |
|---|--|
| Capital humain  | Renforcement de la capacité des ressources humaines à fournir des services sécuritaires et de grande qualité.  |
| Cheminement des clients   | Évaluation du déplacement sans heurt et en temps opportun des usagers et des familles entre les services et les milieux de soins.                                  |
| Communication   | Assurer une communication efficace à tous les paliers de l'organisme et avec les parties prenantes de l'externe.   |
| Environnement physique  | Fournir des structures et des établissements appropriés et sécuritaires pour réaliser la mission, la vision et les buts de l'organisme.                            |
| Équipement et appareils médicaux                                    | Obtenir et entretenir du matériel et des technologies qui servent au diagnostic et au traitement de problèmes de santé.  |
| Gestion des ressources  | Surveiller, administrer et intégrer les activités touchant l'allocation et l'utilisation des ressources.   |
| Gestion intégrée de la qualité                                      | Avoir recours à un processus proactif, systématique et continu pour gérer et intégrer la qualité, et pour atteindre les buts et les objectifs de l'organisme.      |
| Gouvernance   | Répondre aux demandes liées à l'excellence en matière de pratiques de gouvernance.   |
| Planification et conception des services                            | Élaborer et mettre en oeuvre l'infrastructure, les programmes et les services nécessaires pour répondre aux besoins des populations et des communautés desservies. |
| Préparation en vue de situations d'urgence                          | Gérer les urgences, les sinistres ou autres aspects relevant de la sécurité publique, et planifier en ce sens.   |
| Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes | Cerner les dilemmes et les problèmes relatifs à l'éthique et prendre les décisions qui s'imposent.   |

## Processus prioritaires qui se rapportent à des normes relatives à des populations spécifiques

| Processus prioritaire               | Description   |
|-------------------------------------|---|
| Gestion des maladies chroniques     | Intégration et coordination des services de l'ensemble du continuum de soins pour répondre aux besoins des populations vivant avec une maladie chronique. |
| Santé et bien-être de la population | Promouvoir et protéger la santé des populations et des communautés desservies grâce au leadership, au partenariat et à l'innovation.                      |

## Processus prioritaires qui se rapportent aux normes sur l'excellence des services

| Processus prioritaire                       | Description   |
|---|---|
| Aide à la décision                          | Maintenir des systèmes d'information efficaces pour appuyer une prestation de services efficace.  |
| Analyses de biologie délocalisées           | Recourir à des analyses hors laboratoire, à l'endroit où les soins sont offerts, pour déterminer la présence de problèmes de santé.   |
| Banques de sang et services transfusionnels | Manipulation sécuritaire du sang et des produits sanguins labiles, ce qui englobe la sélection du donneur, le prélèvement sanguin et la transfusion.  |
| Compétences                                 | Créer une équipe interdisciplinaire dotée des connaissances et du savoir-faire nécessaires pour gérer et offrir des programmes et des services efficaces.   |
| Don d'organes (donneur vivant)              | Les services de dons d'organes provenant de donneurs vivants sont offerts en orientant les donneurs vivants potentiels dans la prise de décisions éclairées, en effectuant des analyses d'acceptabilité du donneur, et en réalisant des procédures liées aux do |
| Dons d'organes et de tissus                 | Offrir des services de don d'organes ou de tissus, de l'identification et de la gestion des donneurs potentiels jusqu'au prélèvement.   |

| Processus prioritaire                  | Description  |
|--|--|
| Épisode de soins                       | Travailler en partenariat avec les usagers et les familles pour offrir des soins centrés sur l'usager tout au long de l'épisode de soins.  |
| Épisode de soins primaires             | Offrir des soins primaires en milieu clinique, y compris rendre les services de soins primaires accessibles, terminer l'épisode de soins et coordonner les services.   |
| Gestion des médicaments                | Avoir recours à des équipes interdisciplinaires pour gérer la prestation des services de pharmacie.  |
| Impact sur les résultats               | Utiliser les données probantes et les mesures d'amélioration de la qualité pour évaluer et améliorer la sécurité et la qualité des services.   |
| Interventions chirurgicales            | Offrir des soins chirurgicaux sécuritaires, ce qui englobe la préparation préopératoire, les interventions en salle d'opération, le rétablissement postopératoire et le congé.                               |
| Leadership clinique                    | Diriger et guider les équipes qui offrent les services.  |
| Prévention des infections              | Instaurer des mesures pour prévenir et réduire l'acquisition et la transmission d'infections chez le personnel, les prestataires de services, les clients et les familles.                                   |
| Santé publique                         | Maintenir et améliorer la santé de la population en soutenant et en mettant en oeuvre des politiques et des pratiques de prévention des maladies et d'évaluation, de protection et de promotion de la santé. |
| Services de diagnostic – Imagerie      | Assurer la disponibilité de services d'imagerie diagnostique pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.                  |
| Services de diagnostic – Laboratoire   | Assurer la disponibilité de services de laboratoire pour aider les professionnels de la santé à établir un diagnostic pour leurs clients et à surveiller leurs problèmes de santé.                           |
| Transplantation d'organes et de tissus | Offrir des services de transplantation d'organes ou de tissus, de l'évaluation initiale jusqu'à la prestation des services de suivi aux greffés.   |