



**ACCREDITATION  
AGRÉMENT**  
CANADA  
Qmentum

---

# Rapport d'agrément

---

## Réseau de santé Vitalité Health Network

Bathurst, NB

Dates de la visite d'agrément : 18 au 23 juin 2017

Date de production du rapport : 28 juillet 2017

## 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 2017. 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

Le présent rapport est confidentiel et fourni par Agrément Canada uniquement à l'organisme. Agrément Canada ne présente ce rapport à aucune autre partie.

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	5
Analyse selon les normes	6
Aperçu par pratiques organisationnelles requises	9
Sommaire des constatations de l'équipe des visiteurs	20
<b>Résultats détaillés relatifs aux pratiques organisationnelles requises</b>	<b>22</b>
<b>Résultats détaillés de la visite</b>	<b>24</b>
Résultats pour les normes relatives à l'ensemble de l'organisme, par processus prioritaires	25
Processus prioritaire : Gouvernance	25
Processus prioritaire : Planification et conception des services	26
Processus prioritaire : Gestion des ressources	27
Processus prioritaire : Capital humain	28
Processus prioritaire : Gestion intégrée de la qualité	30
Processus prioritaire : Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes	31
Processus prioritaire : Communication	32
Processus prioritaire : Environnement physique	33
Processus prioritaire : Préparation en vue de situations d'urgence	34
Processus prioritaire : Cheminement des clients	35
Processus prioritaire : Équipement et appareils médicaux	37
Résultats pour les normes portant sur des populations spécifiques, par processus prioritaires	40
Ensemble de normes : Santé et bien-être de la population - Intégration horizontale des soins	40
Résultats pour les normes sur l'excellence des services	42
Ensemble de normes : Analyses de biologie délocalisées - Secteur ou service	43
Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service	45
Ensemble de normes : Imagerie diagnostique - Secteur ou service	48
Ensemble de normes : Laboratoires médicaux - Secteur ou service	51
Ensemble de normes : Médecine - Secteur ou service	53

Ensemble de normes : Obstétrique - Secteur ou service	62
Ensemble de normes : Prévention et contrôle des infections - Secteur ou service	67
Ensemble de normes : Réadaptation - Secteur ou service	69
Ensemble de normes : Santé mentale - Secteur ou service	74
Ensemble de normes : Santé mentale – Services communautaires et soutien offert aux usagers - Secteur ou service	82
Ensemble de normes : Santé publique - Secteur ou service	84
Ensemble de normes : Services périopératoires et interventions invasives - Secteur ou service	86
Ensemble de normes : Soins à domicile - Secteur ou service	91
Ensemble de normes : Soins ambulatoires - Secteur ou service	95
Ensemble de normes : Soins critiques - Secteur ou service	99
Ensemble de normes : Soins de longue durée - Secteur ou service	103
Ensemble de normes : Soins primaires - Secteur ou service	110
Ensemble de normes : Télésanté - Secteur ou service	114
Ensemble de normes : Toxicomanie et lutte contre l'obsession du jeu - Secteur ou service	117
Ensemble de normes : Traitement du cancer - Secteur ou service	119
Ensemble de normes : Transfusions - Secteur ou service	124
Ensemble de normes : Urgences - Secteur ou service	125
<b>Résultats des outils d'évaluation</b>	<b>131</b>
Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)	131
Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers	135
Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail	137
Outil d'évaluation de l'expérience vécue par l'utilisateur	139
<b>Commentaires de l'organisme</b>	<b>140</b>
<b>Annexe A - Programme Qmentum</b>	<b>141</b>
<b>Annexe B - Processus prioritaires</b>	<b>142</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 : 18 au 23 juin 2017**

- **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. (Edmundston) Centre de santé mentale communautaire / Community Mental Health Centre (Edmundston)
2. (Moncton) Centre de santé mentale communautaire / Community Mental Health Centre
3. Centre de santé communautaire de Saint-Isidore Community Health Centre
4. Centre de santé communautaire St.Joseph Community Health Centre
5. Centre hospitalier Georges Dumont-Médecine (pédiatrie)
6. Centre Hospitalier Restigouche Hospital Centre
7. Centre hospitalier Restigouche-(mental health rehabilitation)
8. Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont University Hospital Centre
9. Hôpital de l'Enfant-Jésus RHSJ† Hospital
10. Hôpital de Tracadie-Sheila Hospital
11. Hôpital et Centre de santé communautaire de Lamèque Hospital and Community Health Cent
12. Hôpital général de Grand-Sault / Grand Falls General Hospital
13. Hôpital régional Chaleur Regional Hospital
14. Hôpital régional d'Edmundston Regional Hospital
15. Hôpital régional de Campbellton Regional Hospital
16. Hôpital Stella-Maris-de-Kent Hospital
17. Hôtel-Dieu St-Joseph de Saint-Quentin
18. Programme extra-mural / Extra Mural Program (Dalhousie)
19. Programme extra-mural / Extra Mural Program (Dieppe)
20. Programme extra-mural / Extra Mural Program (Edmundston)
21. Santé publique (Moncton) Public Health
22. Services de traitement des dépendances / Addiction Services (Edmundston)
23. Siège social - Réseau de santé Vitalité

## 24. Unité des anciens combattants / Veteran's Unit (Campbellton)

## • 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. Gestion des médicaments
2. Gouvernance
3. Leadership
4. Prévention et contrôle des infections

**Normes portant sur des populations spécifiques**

5. Santé et bien-être de la population

**Normes sur l'excellence des services**

6. Analyses de biologie délocalisées - 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. Médecine - Normes sur l'excellence des services
10. Obstétrique - Normes sur l'excellence des services
11. Réadaptation - Normes sur l'excellence des services
12. Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables - Normes sur l'excellence des services
13. Santé mentale - Normes sur l'excellence des services
14. Santé mentale – Services communautaires et soutien offert aux usagers - Normes sur l'excellence des services
15. Santé publique - Normes sur l'excellence des services
16. Services périopératoires et interventions invasives - Normes sur l'excellence des services
17. Soins à domicile - Normes sur l'excellence des services
18. Soins ambulatoires - Normes sur l'excellence des services
19. Soins critiques - Normes sur l'excellence des services
20. Soins de longue durée - Normes sur l'excellence des services
21. Soins primaires - Normes sur l'excellence des services
22. Télésanté - Normes sur l'excellence des services
23. Toxicomanie et lutte contre l'obsession du jeu - Normes sur l'excellence des services
24. Traitement du cancer - Normes sur l'excellence des services
25. Transfusions - Normes sur l'excellence des services



26. Urgences - Normes sur l'excellence des services









• **Outils**

L'organisme a utilisé les outils suivants :

1. Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance (2016)
2. Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers
3. Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail
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.)	112	3	2	117
 Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	151	9	5	165
 Sécurité (Assurez ma sécurité.)	674	84	109	867
 Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	195	7	2	204
 Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	583	53	22	658
 Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	136	2	6	144
 Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	1057	153	231	1441
 Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	73	3	5	81
<b>Total</b>	<b>2981</b>	<b>314</b>	<b>382</b>	<b>3677</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 (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 (100,0%)	0 (0,0%)	0	35 (97,2%)	1 (2,8%)	0	85 (98,8%)	1 (1,2%)	0
Leadership	49 (98,0%)	1 (2,0%)	0	87 (90,6%)	9 (9,4%)	0	136 (93,2%)	10 (6,8%)	0
Prévention et contrôle des infections	37 (92,5%)	3 (7,5%)	0	27 (87,1%)	4 (12,9%)	0	64 (90,1%)	7 (9,9%)	0
Gestion des médicaments	66 (90,4%)	7 (9,6%)	5	55 (94,8%)	3 (5,2%)	6	121 (92,4%)	10 (7,6%)	11
Santé et bien-être de la population	4 (100,0%)	0 (0,0%)	0	35 (100,0%)	0 (0,0%)	0	39 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Analyses de biologie délocalisées	11 (100,0%)	0 (0,0%)	27	18 (100,0%)	0 (0,0%)	30	29 (100,0%)	0 (0,0%)	57
Imagerie diagnostique	61 (91,0%)	6 (9,0%)	0	67 (97,1%)	2 (2,9%)	0	128 (94,1%)	8 (5,9%)	0
Laboratoires médicaux	11 (91,7%)	1 (8,3%)	59	13 (92,9%)	1 (7,1%)	91	24 (92,3%)	2 (7,7%)	150
Médecine	40 (88,9%)	5 (11,1%)	0	63 (82,9%)	13 (17,1%)	1	103 (85,1%)	18 (14,9%)	1

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (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	61 (87,1%)	9 (12,9%)	3	82 (94,3%)	5 (5,7%)	1	143 (91,1%)	14 (8,9%)	4
Réadaptation	37 (82,2%)	8 (17,8%)	0	73 (92,4%)	6 (7,6%)	1	110 (88,7%)	14 (11,3%)	1
Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	82 (93,2%)	6 (6,8%)	0	40 (100,0%)	0 (0,0%)	0	122 (95,3%)	6 (4,7%)	0
Santé mentale	38 (76,0%)	12 (24,0%)	0	82 (90,1%)	9 (9,9%)	1	120 (85,1%)	21 (14,9%)	1
Santé mentale - Services communautaires et soutien offert aux usagers	39 (88,6%)	5 (11,4%)	0	92 (98,9%)	1 (1,1%)	1	131 (95,6%)	6 (4,4%)	1
Santé publique	43 (97,7%)	1 (2,3%)	3	67 (98,5%)	1 (1,5%)	1	110 (98,2%)	2 (1,8%)	4
Services périopératoires et interventions invasives	100 (87,0%)	15 (13,0%)	0	105 (96,3%)	4 (3,7%)	0	205 (91,5%)	19 (8,5%)	0
Soins à domicile	40 (83,3%)	8 (16,7%)	0	67 (89,3%)	8 (10,7%)	0	107 (87,0%)	16 (13,0%)	0
Soins ambulatoires	40 (90,9%)	4 (9,1%)	2	72 (92,3%)	6 (7,7%)	0	112 (91,8%)	10 (8,2%)	2
Soins critiques	38 (76,0%)	12 (24,0%)	0	102 (88,7%)	13 (11,3%)	0	140 (84,8%)	25 (15,2%)	0
Soins de longue durée	47 (85,5%)	8 (14,5%)	0	87 (88,8%)	11 (11,2%)	1	134 (87,6%)	19 (12,4%)	1
Soins primaires	42 (73,7%)	15 (26,3%)	1	82 (91,1%)	8 (8,9%)	1	124 (84,4%)	23 (15,6%)	2
Télésanté	39 (86,7%)	6 (13,3%)	7	70 (92,1%)	6 (7,9%)	13	109 (90,1%)	12 (9,9%)	20
Toxicomanie et lutte contre l'obsession du jeu	43 (95,6%)	2 (4,4%)	0	81 (100,0%)	0 (0,0%)	1	124 (98,4%)	2 (1,6%)	1

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (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
Traitement du cancer	93 (92,1%)	8 (7,9%)	0	122 (95,3%)	6 (4,7%)	0	215 (93,9%)	14 (6,1%)	0
Transfusions	8 (100,0%)	0 (0,0%)	67	10 (83,3%)	2 (16,7%)	57	18 (90,0%)	2 (10,0%)	124
Urgences	53 (75,7%)	17 (24,3%)	1	94 (88,7%)	12 (11,3%)	1	147 (83,5%)	29 (16,5%)	2
<b>Total</b>	<b>1172</b> <b>(88,1%)</b>	<b>159</b> <b>(11,9%)</b>	<b>175</b>	<b>1728</b> <b>(93,0%)</b>	<b>131</b> <b>(7,0%)</b>	<b>207</b>	<b>2900</b> <b>(90,9%)</b>	<b>290</b> <b>(9,1%)</b>	<b>382</b>

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

## 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
Gestion des événements (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 (Médecine)	Non Conforme	2 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Obstétrique)	Non Conforme	4 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Réadaptation)	Conforme	5 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 : Communication</b>			
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Santé mentale)	Non Conforme	0 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Santé mentale – Services communautaires et soutien offert aux usagers)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Services périopératoires et interventions invasives)	Non Conforme	6 sur 8	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins à domicile)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins ambulatoires)	Non Conforme	0 sur 7	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins critiques)	Non Conforme	4 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Soins de longue durée)	Non Conforme	0 sur 5	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Toxicomanie et lutte contre l'obsession du jeu)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2

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 (Traitement du cancer)	Non Conforme	5 sur 12	0 sur 0
Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins (Urgences)	Non Conforme	2 sur 4	0 sur 0
Identification des usagers (Analyses de biologie délocalisées)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Imagerie diagnostique)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Laboratoires médicaux)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Médecine)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Obstétrique)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Réadaptation)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Santé mentale)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Services périopératoires et interventions invasives)	Non Conforme	0 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Soins à domicile)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Soins ambulatoires)	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 (Soins critiques)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Soins de longue durée)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Toxicomanie et lutte contre l'obsession du jeu)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Traitement du cancer)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Identification des usagers (Transfusions)	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	4 sur 4	2 sur 2
Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	3 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 (Médecine)	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 (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)	Non Conforme	1 sur 4	0 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
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Soins à domicile)	Non Conforme	4 sur 4	0 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Soins ambulatoires)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Soins critiques)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Soins de longue durée)	Non Conforme	2 sur 4	0 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 (Toxicomanie et lutte contre l'obsession du jeu)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Traitement du cancer)	Non Conforme	4 sur 4	0 sur 1
Transfert de l'information aux points de transition des soins (Urgences)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>			
Électrolytes concentrés (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
Formation sur les pompes à perfusion (Médecine)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
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 à domicile)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Formation sur les pompes à perfusion (Soins ambulatoires)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2

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 (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 (Urgences)	Conforme	4 sur 4	2 sur 2
Médicaments de niveau d'alerte élevé (Gestion des médicaments)	Non Conforme	1 sur 5	1 sur 3
Programme de gérance des antimicrobiens (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	1 sur 1
Sécurité liée à l'héparine (Gestion des médicaments)	Conforme	4 sur 4	0 sur 0
Sécurité liée aux narcotiques (Gestion des médicaments)	Conforme	3 sur 3	0 sur 0
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>			
Plan de sécurité des usagers (Leadership)	Conforme	2 sur 2	2 sur 2
Prévenir la congestion au service des urgences (Leadership)	Non Conforme	1 sur 7	0 sur 1
Prévention de la violence en milieu de travail (Leadership)	Non Conforme	3 sur 5	0 sur 3

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 : Milieu de travail</b>			
Programme d'entretien préventif (Leadership)	Conforme	3 sur 3	1 sur 1
Sécurité des patients : formation et perfectionnement (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 (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	0 sur 0
Taux d'infection (Prévention et contrôle des infections)	Conforme	1 sur 1	2 sur 2
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>			
Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile (Soins à domicile)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Médecine)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Réadaptation)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Soins critiques)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2

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 des plaies de pression (Soins de longue durée)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention des plaies de pression (Traitement du cancer)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Prévention du suicide (Santé mentale)	Non Conforme	4 sur 5	0 sur 0
Prévention du suicide (Santé mentale – Services communautaires et soutien offert aux usagers)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Prévention du suicide (Soins de longue durée)	Non Conforme	3 sur 5	0 sur 0
Prévention du suicide (Toxicomanie et lutte contre l'obsession du jeu)	Conforme	5 sur 5	0 sur 0
Prévention du suicide (Urgences)	Non Conforme	4 sur 5	0 sur 0
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Médecine)	Non Conforme	2 sur 3	2 sur 2
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

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>			
Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) (Traitement du cancer)	Non Conforme	2 sur 3	1 sur 2
Soins efficaces des plaies (Soins à domicile)	Conforme	7 sur 7	1 sur 1
Stratégie de prévention des chutes (Imagerie diagnostique)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Médecine)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Obstétrique)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Réadaptation)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Santé mentale)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Services périopératoires et interventions invasives)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Soins à domicile)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Soins ambulatoires)	Non Conforme	0 sur 3	0 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Soins critiques)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Soins de longue durée)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2

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	3 sur 3	2 sur 2
Stratégie de prévention des chutes (Urgences)	Conforme	3 sur 3	2 sur 2



## 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.**

Le Réseau de santé Vitalité est l'une des deux régies régionales de la santé de la province du Nouveau-Brunswick. Elle a été créée en 2008 et elle porte la double responsabilité de la prestation et de l'administration des services de santé pour le territoire couvrant tout le nord et le sud-est du Nouveau-Brunswick. Le Réseau de santé Vitalité a la particularité d'être une régie ayant une gouvernance francophone qui doit offrir des services à la population dans les deux langues officielles. Le réseau compte près de 70 points de services sur son territoire : onze hôpitaux, dont cinq régionaux et six hôpitaux communautaires, neuf centres de santé, cinq cliniques, dix centres de santé mentale communautaire, quatre centres de traitement des dépendances, deux centres pour les anciens combattants, onze bureaux de santé publique et sexuelle, et douze bureaux du Programme extra-mural. Le réseau compte environ 7 400 employés, plus de 570 médecins (dont 269 spécialistes), et un peu plus de 1 000 bénévoles. Le budget annuel était de 689 millions de dollars en 2016-2017.

Le conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité démontre un fort leadership et un haut niveau d'engagement. Ses comités permanents sont actifs et répondent à leur mandat. Les administrateurs sont bien outillés pour soutenir leur prise de décision. Le récent exercice de planification stratégique 2017-2020 a été l'occasion de renouveler les énoncés de mission, la vision et les valeurs de l'organisme. La planification stratégique tient compte des besoins et des réalités variés de la population, des orientations gouvernementales et des tendances en matière de santé. Le conseil projette une volonté de modernisation et de transformation. Un plan opérationnel global axé sur l'utilisateur a été élaboré pour assurer sa mise en œuvre. Le conseil est invité à préciser les modalités lui permettant de veiller à l'atteinte des résultats attendus. Un Plan régional de la santé et d'affaires contribue également à l'alignement stratégique au niveau de la planification et des priorités du système de santé.

L'établissement a établi de solides relations avec de multiples partenaires communautaires, institutionnels, gouvernementaux et universitaires. Les partenaires rencontrés témoignent d'un historique fertile au plan des collaborations et apprécient le leadership transformationnel dont fait preuve la direction du Réseau de santé Vitalité. L'équipe de direction est soucieuse d'informer, de consulter et d'impliquer les partenaires dans la réalisation de sa mission et la mise en œuvre des services, en démontrant un souci de transparence.

La structure organisationnelle de la haute direction traduit une volonté de gérer de manière transversale les différents programmes cliniques et les fonctions administratives du Réseau de santé Vitalité. Dans un esprit de dynamisme et un élan de renouveau, la direction a revisité son identité organisationnelle et développé une image de marque, en tant que « leader francophone au service de ses communautés ». L'équipe de direction possède une vision claire de ses principaux défis, en cohérence avec les sept grandes orientations stratégiques de l'organisme. Le souci de la performance est bien présent et il allie les préoccupations financières, de qualité et de sécurité. L'administration a établi une saine collaboration avec l'équipe médicale en vue de l'atteinte des objectifs organisationnels. Les équipes médicales gagneraient à s'organiser en communautés de pratique régionales afin d'accroître leur implication.

Un plan de développement des ressources humaines a été élaboré pour l'ensemble du Réseau de santé Vitalité. Plusieurs activités de formation et de perfectionnement sont offertes au personnel et les critères de priorisation tiennent compte des alignements stratégiques et des impératifs en matière de sécurité. Diverses initiatives contribuent à l'amélioration de la qualité de vie au travail et à l'expression de la reconnaissance envers les employés. Des travaux ont été mis en marche en regard de la prévention de la violence en milieu de travail. On encourage l'organisme à mener à terme les démarches d'implantation de ce programme. Un programme d'appréciation du rendement a été mis en place. Toutefois, les pratiques varient d'un secteur à l'autre. Il serait souhaitable qu'on étende et systématiser son application. L'organisme fait face à de sérieux défis en regard de la dotation. La pénurie de main-d'œuvre est importante dans plusieurs secteurs d'activités et elle représente une menace pour la continuité des services, la stabilité des équipes et la sécurité des pratiques. On encourage l'organisme à intensifier et diversifier ses stratégies de recrutement et à optimiser les processus de dotation.

Le Réseau de santé Vitalité est soucieux d'adapter les soins et services de santé aux besoins de la population. L'accessibilité est un enjeu reconnu compte tenu du territoire dispersé et l'établissement travaille à mettre en œuvre diverses solutions favorisant une proximité de service. L'organisme reconnaît la nécessité de renforcer les continuums de soins et d'accentuer le virage ambulatoire. Il est encouragé à intensifier ses efforts en ce sens en poursuivant la réallocation de ressources et en clarifiant les rôles et responsabilités des partenaires de soins. Les zones de fragilité au plan clinique sont connues, notamment en regard de services de santé mentale, et des efforts sont consentis pour corriger la situation. Différents obstacles font toutefois entrave au cheminement des usagers et contribuent, entre autres, au débordement des urgences. On invite l'organisme à mettre en œuvre une approche systémique et coordonnée permettant de prévenir la congestion des services des urgences et le débordement, en mettant à contribution les équipes internes et le réseau externe.

L'organisme endosse formellement une approche de soins centrés sur l'utilisateur et sa famille. Un document d'orientation intitulé « Soins centrés sur l'utilisateur et la famille » formalise cet engagement. Plusieurs sondages de satisfaction de la clientèle ont été administrés dans les deux dernières années (soins à domicile, expérience vécue par l'utilisateur dans les hôpitaux, programme de santé mentale et dépendances, programme de soins prolongés). L'information recueillie par le biais de ces sondages est diffusée et elle est utilisée dans la prise de décision aux plans clinique et administratif. Certaines initiatives réalisées à ce jour démontrent une volonté d'améliorer l'expérience vécue par l'utilisateur par l'entremise d'un partenariat plus étroit avec les usagers et les familles. On encourage les équipes cliniques à travailler en partenariat plus étroit avec les usagers et les familles pour offrir les soins. Il importe également de susciter une plus grande implication de patients partenaires dans la prise de décision organisationnelle.

## 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> 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>· Traitement du cancer 22.9</li> <li>· Soins à domicile 9.10</li> <li>· Santé mentale 9.18</li> <li>· Soins de longue durée 9.19</li> </ul>
<p><b>Identification des usagers</b> En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Services périopératoires et interventions invasives 12.3</li> <li>· Médecine 9.2</li> </ul>
<p><b>Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins</b> Un 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>· Services périopératoires et interventions invasives 11.6</li> <li>· Traitement du cancer 15.6</li> <li>· Soins ambulatoires 8.5</li> <li>· Soins de longue durée 8.5</li> <li>· Médecine 8.5</li> <li>· Obstétrique 8.5</li> <li>· Soins critiques 8.6</li> <li>· Santé mentale 8.6</li> </ul>
<b>But en matière de sécurité des patients : Utilisation des médicaments</b>	
<p><b>Médicaments de niveau d'alerte élevé</b> Une approche documentée et coordonnée est mise en oeuvre pour la gestion sécuritaire des médicaments de niveau d'alerte élevé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Gestion des médicaments 2.5</li> </ul>

Pratiques organisationnelles requises pour lesquelles il n'y a pas conformité	Ensemble de normes
<b>But en matière de sécurité des patients : Milieu de travail</b>	
<p><b>Prévention de la violence en milieu de travail</b> Une approche documentée et coordonnée afin de prévenir la violence en milieu de travail est mise en oeuvre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Leadership 2.12</li> </ul>
<p><b>Prévenir la congestion au service des urgences</b> Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs. NOTA : Cette POR ne s'applique qu'aux organismes dotés d'un Service des urgences qui peut admettre des usagers.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Leadership 13.4</li> </ul>
<b>But en matière de sécurité des patients : Évaluation des risques</b>	
<p><b>Stratégie de prévention des chutes</b> Pour minimiser les blessures qui résultent des chutes, une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre et évaluée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Soins ambulatoires 8.6</li> </ul>
<p><b>Prévention du suicide</b> Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Urgences 10.7</li> <li>· Soins de longue durée 8.8</li> <li>· Santé mentale 8.8</li> </ul>
<p><b>Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV)</b> Les usagers en médecine et en chirurgie qui risquent d'avoir une thrombo-embolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire) sont identifiés et reçoivent la thromboprophylaxie appropriée. NOTA : Cette POR ne s'applique pas dans les hôpitaux pédiatriques. Elle s'applique uniquement aux usagers âgés de 18 ans et plus. Cette POR ne s'applique pas aux interventions d'un jour ni aux interventions n'exigeant qu'une nuit d'hospitalisation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Traitement du cancer 15.8</li> <li>· Médecine 8.8</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.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Gouvernance</b>	
2.3 Le conseil d'administration compte des usagers parmi ses membres, lorsque c'est possible.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
<p>Le conseil d'administration possède des règlements administratifs et des politiques bien définis. De nombreux comités permanents sont actifs et répondent à leur mandat. Le programme d'orientation des nouveaux membres est structuré et des séances de formation sont couramment offertes aux administrateurs. Les membres du conseil d'administration sont bien informés et outillés pour soutenir leur prise de décision. Ils démontrent une sensibilité marquée aux questions d'ordre éthique et veillent à l'appropriation d'une culture de soins centrés sur l'utilisateur et la famille. Le conseil d'administration a assumé un fort leadership dans la démarche de planification stratégique et il est encouragé à préciser les mécanismes permettant de suivre de près la réalisation du plan opérationnel global.</p>	

## 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>	
1.6 L'apport des usagers et des familles est obtenu dans le cadre des principaux processus décisionnels de l'organisme.	
4.11 Les progrès réalisés en vue d'atteindre les buts et les objectifs stratégiques de l'organisme sont signalés aux parties prenantes internes et externes et au conseil d'administration, s'il y a lieu.	
4.12 Les politiques et les procédures concernant l'ensemble des fonctions, des opérations et des systèmes clés de l'organisme sont documentées, autorisées, mises en oeuvre et mises à jour.	
6.2 Lors de l'élaboration des plans opérationnels, l'apport des membres de l'équipe, des usagers et des familles, ainsi que des autres parties prenantes est obtenu, et les plans sont communiqués dans l'ensemble de l'organisme.	
12.1 Un processus structuré est utilisé pour déterminer et analyser les difficultés ou les risques réels et potentiels.	!

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

Un plan stratégique 2017-2020 a été élaboré dans la dernière année en tenant compte des besoins et des réalités variés de la population, des orientations gouvernementales et des tendances en matière de santé. Un plan opérationnel global en découle et précise les responsabilités des directions au niveau de sa mise en oeuvre. Les mécanismes permettant de veiller à l'atteinte des résultats attendus, notamment en ce qui concerne le rôle du conseil d'administration, doivent être précisés.

Dans le contexte de régionalisation des services administratifs et des programmes cliniques, de nombreuses politiques et procédures doivent être élaborées pour favoriser l'harmonisation des pratiques.

## 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)

L'attribution des ressources financières pour les opérations et les immobilisations est soumise à un cycle rigoureux de planification. L'allocation des ressources tient compte des orientations stratégiques et du plan d'affaire. Le conseil d'administration, l'équipe leadership et l'ensemble du personnel d'encadrement sont mis à contribution dans l'élaboration, l'approbation et le suivi du budget. Les démarches relatives à l'achat d'équipements, ainsi qu'aux projets de rénovation, sont également bien structurées. Les systèmes de gestion des ressources ont été intégrés pour l'ensemble du Réseau de santé Vitalité. On encourage ces secteurs d'activités à réviser leurs politiques et procédures dans un souci d'harmonisation des pratiques.



## Processus prioritaire : Capital humain

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Leadership</b>	
<p>2.12 Une approche documentée et coordonnée afin de prévenir la violence en milieu de travail est mise en oeuvre.</p> <p>2.12.4 Des évaluations des risques sont effectuées pour vérifier le risque de violence en milieu de travail.</p> <p>2.12.5 Des procédures permettent aux membres de l'équipe de signaler en toute confidentialité les incidents liés à la violence au travail.</p> <p>2.12.6 Des procédures permettent d'enquêter sur les incidents liés à la violence au travail et d'y donner suite.</p> <p>2.12.7 Le personnel d'encadrement de l'organisme étudie les rapports trimestriels sur les incidents liés à la violence au travail et il se sert des renseignements ainsi obtenus pour améliorer la sécurité, réduire les incidents impliquant la violence et améliorer la politique sur prévention de la violence en milieu de travail.</p> <p>2.12.8 De l'information et de la formation sont fournies aux membres de l'équipe sur la prévention de la violence au travail.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p><b>PRINCIPAL</b></p> <p><b>SECONDAIRE</b></p> <p><b>PRINCIPAL</b></p> <p><b>SECONDAIRE</b></p> <p><b>SECONDAIRE</b></p>
10.14 Des dossiers de ressources humaines sont tenus pour l'ensemble des membres de l'équipe.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

Un plan de développement des ressources humaines (PDRH) a été élaboré pour l'ensemble du Réseau de santé Vitalité. Plusieurs activités de formation et de perfectionnement sont offertes au personnel et les critères de priorisation tiennent compte, notamment, des alignements stratégiques et des impératifs en matière de sécurité.

Diverses initiatives contribuent à l'amélioration de la qualité de vie au travail et à l'expression de la reconnaissance envers les employés. Des travaux ont été mis en œuvre en regard de la prévention de la violence en milieu de travail. On encourage l'organisme à achever les démarches d'implantation de ce programme.

Un programme d'appréciation du rendement a été mis en place. Toutefois, les pratiques varient d'un secteur à l'autre. Il est souhaitable que l'organisme étende et systématise son application.

L'organisme fait face à de sérieux défis en regard de la dotation. La pénurie de main-d'oeuvre est importante dans plusieurs secteurs d'activités et elle représente une menace pour la continuité des services, la stabilité des équipes et la sécurité des pratiques. On encourage l'organisme à intensifier ses stratégies de recrutement et à optimiser le processus de dotation.

La tenue des dossiers des employés varie d'un dossier à l'autre, de même que d'un établissement à l'autre. Il importe d'harmoniser les pratiques en s'assurant d'inclure l'information relative à l'embauche, l'orientation, les évaluations du rendement et les problèmes à cet égard, ainsi que le licenciement ou la démission, y compris l'entrevue de départ.

## 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.

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

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

L'établissement a élaboré un Cadre de référence en matière de la qualité et de la sécurité des usagers. Il est encouragé à poursuivre sa diffusion et à veiller sur son opérationnalisation. Un plan d'action annuel en amélioration de la qualité et sécurité est également élaboré. On souligne le dynamisme démontré par les nombreux projets d'amélioration de la qualité. De nombreux outils d'évaluation et sondages sont administrés et des mesures de suivi sont intégrées dans les plans de travail des secteurs concernés.

La gestion des plaintes et la gestion des risques sont également bien structurées et on fait régulièrement rapport au conseil d'administration. Le programme de gestion des risques et une politique d'atténuation des risques sont disponibles. Il y a également une approche documentée et coordonnée relativement à la divulgation aux usagers et aux familles des incidents liés à la sécurité. On encourage l'organisme à unifier le système de gestion des déclarations d'événements, à renforcer les habitudes de déclaration, à intensifier les mesures de rétroaction aux équipes terrain et à poursuivre le travail concernant les mesures d'atténuation pour les risques organisationnels et de gouvernance.

Un plan régional de déploiement du bilan comparatif des médicaments est défini. La politique est toutefois en processus d'écriture. On encourage l'établissement à compléter cette démarche de formalisation. Deux secteurs ont été priorisés pour l'année en cours: les soins intensifs et les services extra-muraux.

## 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)

Un cadre conceptuel en matière d'éthique a été élaboré récemment et couvre les volets d'éthique clinique, organisationnelle et de la recherche. Le code d'éthique du Réseau de santé Vitalité, de même que les orientations relatives aux droits et responsabilités des usagers, ont été révisés récemment. Il importe que l'organisme mette en place des stratégies assurant la diffusion de ces contenus.

Un comité d'éthique clinique régionalisé a été récemment créé, en remplacement des comités d'éthique clinique anciennement présents dans chacune des zones du réseau. On encourage l'organisme à faciliter le recours aux consultations éthiques par le personnel dans tous les établissements. L'organisme encadre de manière rigoureuse l'évaluation éthique des projets de recherche. Il importe de souligner le travail consenti dans la dernière année pour soutenir l'implantation de l'aide médicale à mourir.

## Processus prioritaire : Communication

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Leadership</b>	
11.1 Les systèmes de gestion de l'information sélectionnés répondent aux besoins actuels de l'organisme et tiennent compte de ses besoins futurs.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

L'organisme démontre une approche de communication dynamique et stratégique. Il a adopté un plan de communication qui sert de cadre général de référence. Le plan d'action annuel de la direction des communications s'aligne bien sur les orientations stratégiques. De nombreux outils de communication ont été élaborés pour usage interne et externe. Ces outils projettent la vision et le leadership renouvelé de l'organisme. Les relations avec les médias sont assidues et structurées. On encourage l'équipe des communications dans sa volonté de rapprochement avec les communautés et dans son désir d'être plus présent sur les médias sociaux.

## 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.

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Ensemble de normes : Leadership</b>	
9.2 Il y a des mécanismes pour obtenir l'apport des usagers et des familles afin de concevoir de nouveaux locaux et de déterminer l'usage optimal qui peut être fait des locaux existants pour favoriser au mieux le confort et le rétablissement.	

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

Il n'est pas pratique courante d'impliquer des usagers et des familles dans des projets concernant l'aménagement des espaces. On encourage l'organisme à le faire, pour favoriser une prise de décision axée sur l'expérience vécue par l'utilisateur.

La mise en place d'une gestion informatisée de l'entretien des installations contribue grandement à la rapidité d'intervention et à la fiabilité des opérations. Les délais pour la réalisation de travaux mineurs demeurent des irritants. On encourage l'organisme à prioriser l'allocation de ressources à cet effet. On félicite l'organisme pour la réalisation de plusieurs projets d'économie d'énergie.

Les services de salubrité sont soucieux d'adhérer aux bonnes pratiques en matière de prévention des infections et des processus d'audit permettent de veiller à leur respect.

L'harmonisation des pratiques pour l'ensemble de la région, autant au service de salubrité qu'aux installations matérielles, est recommandée.

## 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)


Un plan de gestion des urgences en santé et un plan de continuité des opérations ont été élaborés. La gestion des mesures d'urgence se fait de manière intégrée et collaborative, avec les partenaires concernés. La démarche d'harmonisation des codes d'urgence pour l'ensemble du Réseau de santé Vitalité est réalisée en partie (70 %). On encourage l'organisme à mener cette démarche à terme.

Plusieurs initiatives contribuent à la diffusion des plans et des codes, mais il importe de les poursuivre afin de favoriser une bonne appropriation pour l'ensemble des personnes concernées. Des exercices et des simulations de situations d'urgence ont lieu régulièrement; on recommande de les systématiser pour tous les types d'urgence et d'augmenter leur fréquence. Lorsqu'une situation d'urgence se produit, on fait un retour sur les événements et on apporte des améliorations aux plans, si nécessaire.

Chaque zone de l'établissement possède un système de garde administrative en continu, jumelé à un système régionalisé de garde en mesures d'urgence. La formation a été offerte à tous les administrateurs concernés et des outils pour soutenir les interventions sont facilement accessibles.

## 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 : Leadership</b>	
13.1 L'information sur le cheminement des usagers est recueillie et analysée pour déceler les obstacles au cheminement optimal des usagers, leurs causes ainsi que leurs répercussions sur l'expérience et la sécurité des usagers.	
13.2 L'information sur les obstacles au cheminement des usagers sert à élaborer une stratégie visant à renforcer la capacité de l'organisme à répondre à la demande de services et à améliorer le cheminement des usagers dans l'ensemble de l'organisme.	
<p>13.4 Le cheminement des usagers est amélioré dans l'ensemble de l'organisme et la congestion au Service des urgences est réduite en travaillant de façon proactive avec des équipes internes et des équipes d'autres secteurs.</p> <p>NOTA : Cette POR ne s'applique qu'aux organismes dotés d'un Service des urgences qui peut admettre des usagers.</p> <p>13.4.1 Le personnel d'encadrement de l'organisme, dont les médecins, sont tenus responsables d'agir de façon proactive pour améliorer le cheminement des usagers et réduire la congestion au Service des urgences.</p> <p>13.4.2 Les données sur le cheminement des usagers (p. ex., durée du séjour, délais pour les services de laboratoire ou d'imagerie, temps requis pour les placements dans la communauté, temps de réponse pour les consultations) sont utilisées pour cerner les variations de la demande et les obstacles qui nuisent à une prestation des services en temps opportun au Service des urgences.</p> <p>13.4.3 Une approche documentée et coordonnée est utilisée pour améliorer le cheminement des usagers et prévenir la congestion au Service des urgences.</p> <p>13.4.4 L'approche précise le rôle que joue chaque équipe de l'hôpital et de l'ensemble du système de soins de santé dans l'amélioration du cheminement des usagers.</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>



13.4.5	L'approche précise des objectifs d'amélioration du cheminement des usagers (p. ex., période visée pour transférer les usagers du Service des urgences vers un lit d'hospitalisation après que la décision d'admission a été prise, durée du séjour au Service des urgences pour les usagers non admis, temps requis pour le transfert des soins des services médicaux d'urgence au Service des urgences).	PRINCIPAL
13.4.7	Au besoin, des mesures à court terme sont mises en oeuvre pour gérer la congestion. Ces mesures réduisent les risques pour les usagers et les membres de l'équipe (p. ex., protocoles de surcapacité).	PRINCIPAL
13.4.8	Les données sur le cheminement des usagers sont utilisées pour déterminer si les interventions préviennent ou réduisent la congestion au Service des urgences, et des améliorations sont apportées, au besoin.	SECONDAIRE

**Ensemble de normes : Urgences**

3.1	Le cheminement des usagers à l'intérieur de l'organisme est pris en compte et géré en collaboration avec le personnel d'encadrement de l'organisme et avec l'apport des usagers et des familles.	!
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.	!
3.10	Des protocoles sont en place pour déterminer et gérer les périodes de congestion et d'afflux massif au service des urgences.	!
3.11	Des protocoles pour déplacer les usagers ailleurs dans l'organisme pendant les périodes de congestion sont suivis par l'équipe.	!

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

Différents obstacles entravent le cheminement des usagers et contribuent, entre autres, au débordement des urgences. Bien que l'organisme ait une politique de débordement et diverses initiatives pour intervenir en aval et en amont, il n'y a pas évidence d'une approche systémique, coordonnée et documentée permettant de prévenir la congestion au service des urgences et les débordements vers les unités hospitalières. Certaines interventions sont mises en œuvre en soins primaires, en soins à domicile, dans la communauté, de même qu'au sein de l'hôpital, mais l'effort d'ensemble est insuffisant et peu coordonné.

## 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 : Imagerie diagnostique</b>	
8.7 Tous les secteurs servant au retraitement de l'équipement et des appareils diagnostiques comportent des aires distinctes de nettoyage et de décontamination, des zones d'entreposage propres et distinctes, de la plomberie et des canalisations réservées à ces activités, ainsi qu'une ventilation et des taux d'humidité adéquats.	!
<b>Ensemble de normes : Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables</b>	
3.2 L'URDM est conçue de manière à empêcher la contamination croisée des dispositifs médicaux, à isoler les activités incompatibles et à séparer clairement les aires de travail.	!
3.6 L'URDM est munie de planchers, de murs, de plafonds, d'installations fixes, de tuyaux et de surfaces de travail qui sont faciles à nettoyer, qui sont non absorbants et qui ne libèrent pas de particules ou de fibres.	!
5.4 L'équipe qui participe au retraitement des dispositifs médicaux est préparée à effectuer les fonctions nécessaires grâce à une formation effectuée dans un programme spécialisé en retraitement des dispositifs médicaux et reconnu dans le milieu de la santé.	!
7.1 Des politiques claires et concises sont élaborées et maintenues pour les services de retraitement.	!
8.1 Les entrées et les sorties des aires de retraitement sont équipées des installations nécessaires à l'hygiène des mains, y compris les secteurs de soutien au personnel.	!
9.7 Pour chaque nettoyant et chaque désinfectant, les directives d'utilisation des fabricants sont respectées, dont celles qui concernent les exigences relatives à la ventilation, le temps de contact, la durée de conservation, l'entreposage, la dilution appropriée, les tests pour vérifier la concentration et l'efficacité, de même que l'équipement de protection individuelle.	!
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	

De nombreux processus efficaces sont en place dans les unités de retraitement des quatre zones et respectent les normes d'Agrément Canada et les procédures opérationnelles normalisées (PON). Les locaux de retraitement au CHU Dr-Georges-L.-Dumont sont aménagés en fonction du niveau d'utilisation de la gamme des services de retraitement et de l'élimination de toutes contaminations croisées. Les aires de travail sont bien délimitées. L'accès au local de réception des équipements et des instruments contaminés est situé dans un autre corridor, évitant ainsi le va-et-vient dans les aires stériles. La collaboration entre les sites est acquise et tous sont à la recherche des meilleures pratiques.

Les employés sont très engagés, compétents et soucieux d'exécuter leurs tâches avec excellence, étant très conscient de l'importance de l'exactitude dans leur travail. Un plan de formation est en cours qui vise à certifier les employés des centres de retraitement à l'aide d'un programme spécialisé en retraitement des dispositifs médicaux reconnu dans le milieu de santé d'ici 2019. À ce jour, plus du quart des employés sont certifiés et en sont très fiers.

L'organisme est encouragé à poursuivre sa démarche de certification.

On suggère de poursuivre la démarche d'informatisation du contenu des nombreux cahiers utilisés pour monter les plateaux, de manière à faciliter le travail des employés.

Le service d'ingénierie clinique couvre les quatre zones du Réseau de santé Vitalité et travaille en étroite collaboration avec le Réseau de santé Horizon. Un comité provincial de gestion des équipements détermine, entre autres, des cibles de performance annuelles en entretien préventif : 100 % pour les équipements dont l'état est critique pour la vie et 80 % pour les équipements à haut niveau de risque. Cette dernière année, les cibles de performance ont été atteintes, voir même dépassées.

La coordination provinciale en ingénierie clinique présente plusieurs avantages, dont la standardisation des procédures et le partage de techniciens avec expertises spécifiques.

Les employés sont fiers de leur système de gestion des équipements RMS (« ressource management system »), de l'atteinte des cibles de performance et de la collaboration avec le Réseau de santé Horizon et le comité provincial, de la standardisation des procédures d'entretien préventif (initiative provinciale), du système de pondération du niveau de risque pour chaque équipement et de l'inventaire de tous les appareils médicaux (demande du Ministère).

Les défis pour ce service se situent au niveau de la mise en place du processus de suivi des alertes médicales (initiative provinciale), du suivi du développement du nouveau module du RMS sur le cycle de vie des appareils (en soutien à la projection des besoins en équipements) et du dépassement des cibles de performance actuelles concernant l'entretien préventif des appareils à risque moyen et faible.

Les services de retraitement à l'Hôpital régional d'Edmundston

L'unité de retraitement est propre et organisée. La première phase de nettoyage et lavage se fait à la salle d'opération. Les instruments sont alors acheminés dans un chariot métallique fermé recouvert d'une housse.

L'aire de retraitement pour les endoscopes est adéquate, avec une bonne séparation entre le matériel souillé et la zone propre. Les endoscopes sont suspendus dans un cabinet. Le seul endroit non conforme est en imagerie diagnostique, où il y a contamination croisée avec les sondes endovaginales.

Environ 25 % du personnel a reçu une formation dans le cadre d'un programme spécialisé en retraitement des dispositifs médicaux. Il y a cependant un plan pour faire en sorte que la totalité soit certifiée pour 2019, tel qu'il est prévu par la loi.

## 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>	

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 : Santé et bien-être de la population</b>

À la lecture du plan stratégique 2017-2020, de la mission et de la vision du Réseau de santé Vitalité, on comprend rapidement que pour l'organisme, la santé et le bien-être de sa population sont la priorité. Le portrait de la population et les populations prioritaires sont bien connus et priorisés. La collaboration des services avec de nombreux partenaires est remarquable. L'équipe offre plusieurs activités de prévention de la maladie et de promotion de saines habitudes de vie dans la communauté.

En collaboration avec la direction de la santé publique et des organismes partenaires du milieu (municipal, scolaire, organismes communautaires), différents projets et programmes de soins assurent la protection et la promotion de la santé en prenant en compte des déterminants de la santé. L'engagement du personnel dans ce secteur est exemplaire. Hypertension Canada a sélectionné le Centre de santé communautaire St. Joseph pour recevoir un Certificat d'excellence 2017 pour sa contribution exceptionnelle à la prévention et au contrôle de l'hypertension.

Afin de répondre adéquatement aux besoins des populations vulnérables, citons deux grands projets mis en place pour les grands consommateurs de service (usager qui visite l'urgence cinq fois ou plus par année, usager hospitalisé plus de trois fois par année).

On encourage l'équipe à impliquer les usagers et les familles dans les projets d'amélioration. Dans ce secteur, l'accessibilité et l'engagement de la population demeurent un défi à relever.

---

## 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 :

### **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.

**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.

**Services transfusionnels**

- Services transfusionnels

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Analyses de biologie délocalisées</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 : Analyses de biologie délocalisées</b>

Le laboratoire est responsable de la supervision et de la mise en place de cette norme, mais la réalisation des activités est effectuée par le personnel infirmier dans l'ensemble de l'organisme. Nous avons constaté une excellente collaboration entre tous les acteurs.

Les mécanismes de supervision et d'encadrement sont là dans chacun des organismes. Les rôles des différents intervenants dans tout le processus sont définis. Un comité interdisciplinaire régional vient d'être formé, les rôles et responsabilités seront à redéfinir.

Pour chacune des analyses de biologie délocalisées (ABBD) réalisées, il existe une procédure opérationnelle normalisée (PON) et des formulaires qui s'y rattachent.

L'utilisation des glucomètres est bien structurée, et la supervision du biochimiste assure la qualité de ces analyses.




Le programme de contrôle externe n'est pas en place.

Le laboratoire doit se doter d'un système de gestion de la qualité, documenter les non-conformités, et faire le suivi d'indicateurs qualité afin d'alimenter le comité interdisciplinaire dans ses prises de décision. La mise en place d'un programme régional complet nécessitera des efforts soutenus et l'implication de toutes les directions touchées par l'exécution des ADBD afin de mener ce projet à terme et assurer la fiabilité et la justesse des analyses réalisées au chevet de l'utilisateur dans tous les points de service de l'organisme.

Nous avons constaté que certaines ADBD ne sont pas sous la gouverne du laboratoire, mais sous celle des soins primaires. L'établissement est encouragé à se pencher sur cette problématique afin de s'assurer que toutes les analyses de biologie délocalisées soient encadrées par la politique et soient soumises aux contrôles exigés par le laboratoire tel que précisé dans les normes.

## Ensemble de normes : Gestion des médicaments - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Gestion des médicaments</b>	
<p>2.5 Une approche documentée et coordonnée est mise en oeuvre pour la gestion sécuritaire des médicaments de niveau d'alerte élevé.</p> <p>2.5.1 Il existe une politique sur la gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé.</p> <p>2.5.3 La politique comprend une liste des médicaments de niveau d'alerte élevé identifiés par l'organisme.</p> <p>2.5.5 Les concentrations et les options relatives au volume des médicaments de niveau d'alerte élevé sont limitées et normalisées.</p> <p>2.5.6 Les médicaments de niveau d'alerte élevé font l'objet d'une vérification régulière dans les unités de soins.</p> <p>2.5.7 La politique est régulièrement mise à jour.</p> <p>2.5.8 De l'information et de la formation continue sont fournies aux membres de l'équipe sur la gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé.</p>	<p></p> <p><b>PRINCIPAL</b></p> <p><b>PRINCIPAL</b></p> <p><b>PRINCIPAL</b></p> <p><b>SECONDAIRE</b></p> <p><b>SECONDAIRE</b></p> <p><b>PRINCIPAL</b></p>
2.10 Le comité interdisciplinaire élabore un processus visant l'utilisation des échantillons de médicaments.	
6.2 Les équipes peuvent accéder à l'information sur les médicaments de niveau d'alerte élevé (ce qui comprend les protocoles en vigueur, les directives, les recommandations relatives aux échelles de dosage, les listes de vérification et les ensembles de modèles d'ordonnances standard) à la pharmacie et dans les secteurs de services cliniques.	!
9.2 Quand cela est possible, des médicaments de fabrication commerciale sont achetés pour réduire les préparations magistrales.	
12.6 Dans la pharmacie et les unités de soins, les médicaments dont l'apparence et le nom sont semblables, les diverses concentrations d'un même médicament, de même que les médicaments de niveau d'alerte élevé sont rangés séparément.	!
12.8 Dans les unités de soins, le recours à des fioles à usage multiple est réduit au minimum.	!

15.1	Le pharmacien examine toutes les prescriptions et les ordonnances de médicaments émises dans l'organisme avant l'administration de la première dose.	!
15.4	Le pharmacien communique avec le prescripteur si des changements sont requis ou que des préoccupations sont soulevées concernant l'ordonnance, et consigne la discussion au dossier de l'usager.	!
15.5	Une procédure est en place pour régler les cas de désaccord qui surviennent au sein de l'équipe au sujet des ordonnances de médicaments.	
16.4	Les produits stériles et les solutions intraveineuses sont préparés dans une zone séparée munie d'une hotte à flux laminaire certifiée.	!
23.3	Un processus indépendant de double vérification prend place à l'endroit où sont offerts les soins avant d'administrer des médicaments de niveau d'alerte élevé.	!

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

#### Processus prioritaire : Gestion des médicaments

Compte tenu du contexte de pénurie de pharmaciens et du personnel technique difficile à régler à court terme ainsi que la possibilité de retraites d'ici les 5 prochaines années, certaines mesures doivent être envisagées à court et à moyen terme pour améliorer l'efficacité du service et de la sécurité du circuit du médicament, notamment :

Rehaussement technologique :

Système d'information en pharmacie Meditech : chaque zone a une version différente. Il est impératif de procéder à une réévaluation globale de cet outil de travail dans toutes les zones pour procéder soit à son rehaussement et à son uniformisation dans toutes les zones, soit à son remplacement afin d'assurer l'efficacité et la sécurité des actes pharmaceutiques et infirmiers. Le système actuel ne permet pas d'informatiser la feuille d'administration des médicaments (FADM) à Tracadie. Les infirmières doivent transcrire une FADM manuellement avec tous les risques d'erreurs médicamenteuses que cela implique.

- Révision des processus et optimisation de la réorganisation du travail du personnel : automatisation de la vérification contenant-contenu des médicaments.
- Révision du processus de travail du personnel technique aux sites sans pharmacien.
- Remplacement du pneumatique par la numérisation des ordonnances.

Toutes ces mesures permettront de diminuer le temps technique des pharmaciens et des assistants-techniques pour les réaffecter à des programmes cliniques comme la gérance des antimicrobiens et le bilan comparatif des médicaments (BCM).

Services aux soins infirmiers :

- Révision des processus de préparation des médicaments ensachés.
- Révision du modèle de la feuille d'administration des médicaments (FADM) afin d'alléger la préparation et l'administration des médicaments et éviter les risques d'erreurs médicamenteuses.
- Remplacement des chariots de médicaments brisés dans les unités de soins.

BCM :

Depuis l'été 2016, le BCM à l'admission a été implanté dans toutes les unités de soins. Cependant, avec la pénurie du personnel à la pharmacie, l'activité a nettement diminué et est très variable selon les sites.

Le plan de déploiement prévu pour la prochaine étape est l'implantation du BCM de transfert aux soins intensifs ainsi que le BCM de congé dans toutes les unités de soins.

L'organisme est invité à réviser le plan de déploiement afin de cibler quelques unités de soins clés et d'y assurer un processus complet de BCM au lieu des services incomplets dans toutes les unités de soins.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Services de diagnostic – Imagerie</b>	
3.6 Le directeur médical de l'équipe et les médecins sont des spécialistes de l'imagerie autorisés par l'association ou l'ordre professionnel approprié.	!
4.4 La zone réservée aux services aux clients comprend un endroit qui assure la confidentialité et qui permet d'effectuer le triage des clients avant qu'ils procèdent aux examens diagnostiques.	!
4.5 Le secteur de services aux clients comprend un vestiaire privé et sécuritaire.	!
6.7 L'équipe passe en revue le manuel de politiques et de procédures chaque année et effectue des mises à jour.	
10.4 L'équipe comprend ses rôles et ses responsabilités dans les cas où les clients sont incapables de prendre des décisions éclairées et doit faire appel à une personne chargée de prendre des décisions au nom du client.	
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.	!
15.4 L'équipe se prépare aux urgences médicales en participant à des exercices de simulation.	!
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
<b>Processus prioritaire : Services de diagnostic – Imagerie</b>	

Le suivi des temps d'attente est réalisé dans chacun des secteurs de l'imagerie médicale. Nous notons un enjeu de délai dans certains secteurs, dont l'échographie, l'arthrographie et la résonance magnétique. Des mesures sont prises afin de pallier les délais d'attente supérieurs aux cibles attendues.

Diverses méthodes sont utilisées afin de connaître la satisfaction et les commentaires des usagers, familles et partenaires internes et externes. Afin d'optimiser l'utilisation des diverses technologies en lien avec les diagnostics recherchés, des diagrammes décisionnels et de la formation aux médecins traitants sont offerts.

Avec le regroupement régional, une analyse globale de l'utilisation et du plan de relève en cas de bris d'équipement a été réalisée. L'équipe a le souci d'offrir le service à la population en tout temps, autant que possible.

L'équipe cerne les ressources nécessaires pour offrir des services d'imagerie diagnostique de manière efficiente et en temps opportun. La pénurie de ressources techniques et de soutien en échographie est la plus criante.

De nouveaux médecins rejoindront l'équipe à l'été 2017. Nous encourageons l'organisme à réaliser la régionalisation du volet médical afin d'assurer une couverture régionale répondant aux besoins.

L'équipe fournit des renseignements sur les examens d'imagerie diagnostique aux usagers et à leur famille de façon verbale lors de la réalisation des examens et par écrit dans les diverses salles d'attente. Les examens radiologiques sont interprétés quotidiennement localement ou par le site désigné. Au besoin, des couvertures de garde permettent l'accès. Les rapports sont disponibles grâce à Impax immédiatement pour les médecins traitants. La reconnaissance vocale est implantée et très appréciée.

L'équipe est à l'amorce de la standardisation régionale des procédures et des protocoles. L'analyse des répétitions a été mise en place depuis la dernière visite d'agrément.

#### Hôpital régional Chaleur

Lorsque le consentement est donné par une personne chargée de prendre des décisions au nom de l'utilisateur, par exemple, le parent d'une personne mineure, on suggère d'indiquer au dossier de l'utilisateur le nom de cette personne, son lien avec l'utilisateur, ainsi que la décision qui a été prise.

Pour tous les examens nécessitant une exposition de l'abdomen ou du bassin, l'équipe doit demander aux usagères en âge de procréer s'il y a possibilité qu'elles soient enceintes, et leur réponse doit être notée au dossier de celle-ci.

#### Hôpital régional d'Edmundston

L'équipe de gestionnaires est engagée dans un processus d'amélioration de la qualité au quotidien. Plusieurs stratégies sont utilisées : audits de qualité, observations de procédures, sondages de satisfaction de la clientèle en sont quelques exemples. Ces stratégies sont en place, et ce, à plusieurs niveaux dans les différents secteurs de l'imagerie. Les données sont analysées et diffusées sur le tableau qualité à la vue des usagers et du personnel. Les usagers rencontrés se sont montrés très satisfaits des services.

Malgré une pénurie de radiologistes, soulignons le travail de l'équipe qui s'est mobilisée de façon exemplaire afin de trouver d'autres solutions et éviter une rupture de service pour la clientèle. Un service de télé-radiologie a été mis en place avec la collaboration de ressources externes. Des liens informatiques ont été rajustés afin d'assurer la sécurité des images transmises et la confidentialité des transferts des données numérisées.

Hôpital de l'Enfant Jésus à Caraquet

Le service d'imagerie médicale a été remis à neuf dernièrement. Les locaux et équipements répondent aux besoins des usagers. Lorsque l'urgence demande un examen spécialisé, des trajectoires sont utilisées rapidement afin de répondre aux besoins. La lecture des examens est réalisée à Bathurst dans les délais souhaités. Les demandes d'examen urgentes la nuit sont couvertes par un service de garde. Le tout répond, à ce jour, aux besoins des urgentologues.

CHU Dr-Georges-L.-Dumont - Moncton

Un dixième radiologiste sera probablement requis au cours des prochaines années en raison de la croissance de la population de cette région. La collaboration entre les médecins traitants et l'imagerie médicale est à consolider.

Hôpital Régional de Campbellton

La zone d'accueil de la clientèle est à aire ouverte, ce qui n'assure pas la confidentialité de l'information des usagers avant qu'ils procèdent aux examens diagnostiques.

Nous encourageons l'équipe à réaliser l'évaluation du rendement des employés.

Le lieu et le processus de décontamination des sondes échographiques endovaginales auraient avantage à être revus.

Hôtel Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin

Nous notons un enjeu de vestiaire dans le secteur.

Le chef médical doit être membre de l'association requise.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Services de diagnostic – Laboratoire</b>	
20.2 Le laboratoire suit une PON pour le maintien de l'intégrité des échantillons qui sont traités après les heures normales d'ouverture, s'il y a lieu.	!
29.16 L'organisme communique l'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages aux clients, aux familles, au personnel, aux prestataires de services, au personnel d'encadrement de l'organisme, et à d'autres organismes, s'il y a lieu.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
<b>Processus prioritaire : Services de diagnostic – Laboratoire</b>	

Les différents laboratoires sont dotés d'appareils de haute technologie dans la plupart des secteurs d'activités. Les locaux sont propres, éclairés et relativement vastes.

Le laboratoire réalise régulièrement des sondages auprès de sa clientèle et recueille des commentaires auprès de ses utilisateurs. Ces données sont analysées et permettent, au besoin, d'entreprendre une modification de l'offre de service.

Tous les contrats sont vérifiés annuellement. Les prestataires de service pour lesquels des écarts importants au respect des exigences ont été notés sont rencontrés.

Les lois et règlements sont vérifiés et le personnel est informé de toute modification. Un membre du personnel est responsable d'assurer la mise à jour des "Clinical and Laboratory Standards Institute" (CLSI).

Les relations avec la clientèle sont transparentes et toute entrave à l'accès au service est analysée et documentée.

Afin de maintenir les standards de qualité et de sécurité, des agents de qualité ont été nommés. Leur rôle consiste, par exemple, à procéder à différents audits de qualité et à assurer le suivi des formations obligatoires pour le laboratoire et celles demandées par le réseau.


Chaque année, une revue de direction des services est produite. Tous les éléments du système qualité sont pris en compte.





Nous encourageons les gestionnaires à actualiser l'installation de tableaux qualité avec différentes sections où on y retrouverait les résultats des sondages et des audits, les projets qualité ainsi que les possibilités d'amélioration.

Présentement, les laboratoires sont séparés par zone et sont autonomes. L'organisme a pris l'orientation d'une régionalisation et d'une modernisation de ses façons de faire et du parc d'équipement. Les prochains mois s'annoncent difficiles, car des choix devront être faits pour maintenir l'offre de services sur tout le territoire avec des pénuries importantes de personnel. Le projet de réorganisation permettra sûrement de dégager des occasions de remédier au manque de ressources.

## Ensemble de normes : Médecine - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
1.4 Les services sont revus et surveillés pour déterminer s'ils sont appropriés, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
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.	
2.4 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.	
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.	
5.2 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.	
<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.	!
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
8.5 Un 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.	
8.5.1 Au moment de l'admission ou avant celle-ci, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.	<b>PRINCIPAL</b>

8.5.2	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; tous les écarts entre les sources d'information sont alors décelés, corrigés et consignés.	PRINCIPAL
8.5.4	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.	PRINCIPAL
8.8	<p>Les usagers en médecine et en chirurgie qui risquent d'avoir une thrombo-embolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire) sont identifiés et reçoivent la thromboprophylaxie appropriée.</p> <p>NOTA : Cette POR ne s'applique pas dans les hôpitaux pédiatriques. Elle s'applique uniquement aux usagers âgés de 18 ans et plus. Cette POR ne s'applique pas aux interventions d'un jour ni aux interventions n'exigeant qu'une nuit d'hospitalisation.</p>	
8.8.1	Une politique ou une ligne directrice écrite sur la prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse (TEV) est en place.	PRINCIPAL
9.2	En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.	
9.2.1	Au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, en partenariat avec les usagers et les familles.	PRINCIPAL
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>		
11.5	L'information est consignée dans le dossier de l'utilisateur en partenariat avec l'utilisateur et la famille.	
12.2	Des politiques sur l'utilisation des communications électroniques et des technologies sont élaborées et suivies, avec l'apport des usagers et des familles.	
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>		

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.	!
15.2	Les renseignements et les commentaires recueillis servent à déterminer les possibilités de projets d'amélioration de la qualité et à déterminer les priorités, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
15.3	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.	!
15.4	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.	
15.11	Les projets d'amélioration de la qualité sont évalués régulièrement pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	

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

##### Processus prioritaire : Leadership clinique

Les buts et des objectifs spécifiques aux services de médecine sont élaborés avec l'apport des usagers et des familles par le biais de consultations et de l'approbation des membres du conseil d'administration.

L'information sur les services est mise à la disposition des usagers et des familles, des partenaires et de la communauté par l'entremise du site Internet de l'organisme. Une gamme complète de renseignements utiles et pertinents s'y retrouve.

Hôpital général de Grand-Sault

La gestionnaire en poste est aussi responsable de la salle d'urgence. Cela lui permet de garder un contrôle sur l'occupation des lits. D'ailleurs, elle lance le plan de débordement dès qu'elle atteint 20 lits.

**Processus prioritaire : Compétences**

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. Plus spécifiquement, de la formation traitant de la culture autochtone est en place dans certains secteurs.

Le maintien des compétences du personnel est suivi par l'équipe de gestion. Certaines formations ont été complétées par un grand nombre d'employés, d'autres exigent une attention particulière de la part des gestionnaires.

Un sondage est remis aux usagers et à leur famille à la fin d'un épisode de soins. Les commentaires ainsi recueillis servent de base de discussions et de pistes d'amélioration à l'unité de médecine.

L'efficacité de la collaboration au sein de l'équipe et de son fonctionnement est évaluée et des possibilités d'amélioration sont cernées. Le manque criant de main-d'œuvre est un enjeu de taille pour les équipes de médecine.

**Hôpital régional Chaleur**

La formation et le perfectionnement sur la façon de cerner les besoins en matière de soins palliatifs et de fin de vie ne sont pas offerts spécifiquement à l'unité de médecine. Par contre, au besoin, un intervenant de l'unité des soins palliatifs intervient à l'unité de médecine.

Des activités de reconnaissance sont organisées afin que les membres de l'équipe soient reconnus pour leurs contributions. Des activités locales sont aussi offertes.

**Hôpital général de Grand-Sault**

Les membres des équipes de soins, les professionnels ainsi que les employés de soutien ont tous eu une évaluation du rendement dans la dernière année. Le personnel nous a mentionné apprécier cette démarche avec leur supérieur immédiat.

**Hôpital régional d'Edmundston**

Des évaluations du personnel ont été complétées selon la cible fixée.

**CHU Dr-Georges-L.-Dumont**

Programme rigoureux d'orientation à l'embauche et perfectionnement des employés. L'évaluation de rendement atteint la cible fixée.

**Pédiatrie**

En plus de la formation de l'établissement disponible pour tous les intervenants, le programme de pédiatrie poursuit le maintien de sa compétence avec des cours spécifiques à la clientèle obligatoire. La venue d'une infirmière ressource au niveau de l'unité de soins est un ajout important pour l'intégration, l'harmonisation des pratiques et le soutien au développement et au maintien de l'expertise.

**Processus prioritaire : Épisode de soins**

Un projet de travail collaboratif est prévu à l'automne 2017. Nous encourageons l'organisme à déployer ce projet pilote et d'en assurer le suivi.

Une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en œuvre dans les unités de médecine.

Un travail colossal a été réalisé afin que les usagers en médecine qui risquent d'avoir une thrombo-embolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire) soient identifiés et reçoivent la thromboprophylaxie appropriée.

Bien que la régionalisation demeure un enjeu, l'équipe met les efforts nécessaires pour que les protocoles de traitement soient suivis systématiquement afin offrir la même qualité de soins à tous les usagers, dans tous les milieux.

Au besoin, les usagers ou les familles sont dirigés vers les services répondant à leur besoin, comme les soins palliatifs et services psychosociaux.

Les efforts déployés pour la conformité aux pratiques organisationnelles requises sont remarquables. Tous les outils de dépistage et de suivi se retrouvent au dossier.

Les médecins travaillent en groupe et se relaient les usagers avec un rapport écrit que l'on retrouve dans tous les dossiers. Il s'agit d'une note de transfert.

Unité à plusieurs vocations (médecine-chirurgie-orthopédie et pédiatrie).

**Hôpital régional Chaleur**

Un plan de soins complet et individualisé est élaboré en partenariat avec l'utilisateur et la famille. La durée moyenne de séjour à Bathurst est assez courte, ce qui rend difficile la réalisation du plan de soins. La pénurie de main-d'œuvre rend difficile la rédaction de celui-ci.

L'organisme aurait avantage à évaluer régulièrement, grâce à un échantillon d'utilisateurs, de familles ou d'organismes vers lesquels ils ont acheminé les utilisateurs, l'efficacité de la transition ou de la fin des services. L'évaluation des transitions représente une occasion de vérifier que les besoins de l'utilisateur et de la famille ont été satisfaits et que leurs préoccupations ou leurs questions ont été abordées.

**Hôpital général de Grand-Sault**

Nous encourageons l'équipe de médecine à poursuivre ses démarches pour son projet de relances téléphoniques post-hospitalisation. Plusieurs étapes sont à venir.

#### Hôpital régional d'Edmundston

Les pratiques organisationnelles requises (POR) sont respectées, incluant le bilan comparatif des médicaments (BCM) dans sa totalité.

#### CHU Dr-Georges-L.-Dumont

Nous avons constaté un problème de débordement qui cause une surcharge de travail pour le personnel.

Excellente collaboration entre la pharmacie et les soins infirmiers dans la réalisation du BCM d'admission. Il y a implication des usagers dans leur épisode de soins.

L'unité est une unité d'enseignement en lien avec le programme de formation médicale de l'Université de Sherbrooke. Nous y retrouvons toujours deux externes et résidents.

Nous constatons qu'il y a des équipements dans les corridors.

La réorganisation à la pharmacie pourrait aider à diminuer la tâche des infirmières et à améliorer la sécurité dans la préparation et l'administration des médicaments.

La POR thrombo-embolie veineuse (TEV) est non implantée à ce jour. Nous encourageons l'organisme à amorcer l'implantation.

#### Médecine néphrologique

Il y a présence de rencontres régionales avec l'équipe du réseau en néphrologie.

Nous notons le travail de l'équipe interdisciplinaire auprès des usagers et la présence de la pharmacie au sein de l'équipe.

#### Clinique pédiatrique

Une mention spéciale doit être faite à la clinique de pédiatrie Georges-L.-Dumont qui appuie aux niveaux régional, provincial et international les pratiques en pédiatrie. Les intervenants sont engagés et passionnés envers la satisfaction des besoins non comblés dans la communauté, comme la gestion des commotions cérébrales directement dans les écoles, les équipes sportives, etc. L'équipe reconnaît un besoin et élabore des projets d'amélioration de la qualité qui sont déployés à petite échelle. Cette clinique interdisciplinaire est un chef de file en soins centrés sur l'utilisateur, sur les proches et surtout sur la communauté. La clinique interdisciplinaire est innovatrice dans sa conception elle-même et dans son approche communautaire. La présence de coordonnateurs communautaires permet de réunir les intervenants significatifs pour l'enfant au sein de l'équipe. Les meilleures pratiques, la revue des lignes directrices et la recherche sont au cœur de toutes les interventions effectuées, qui visent surtout à donner du pouvoir à l'utilisateur et à mobiliser tout l'environnement de celui-ci dans le suivi des maladies. Les partenariats sont solides avec le Réseau de santé Horizon, les organismes et les écoles, et on retrouve même des liens avec le ministère de la Justice et de l'Éducation et la santé publique, notamment pour le centre d'excellence en trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale, qui a même réussi à créer des liens avec les Premières nations.

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

Nous notons le nombre d'usagers en attente de placement, ce qui cause des enjeux de débordement dans plusieurs des sites.

**Hôpital régional Chaleur**

L'évaluation des pratiques de tenue de dossiers a été réalisée antérieurement, mais non récemment. Un processus est en place et aurait avantage à être mis en application.

La tenue des dossiers se fait sur un support papier et dans certains secteurs de façon électronique, ce qui crée des problèmes pour le personnel. Un processus a été mis en place au 2e Ouest afin de s'assurer que toute l'information se retrouve au dossier papier. Parfois, le manque de personnel retarde l'application de ce processus.

Nous encourageons l'équipe de Bathurst à continuer l'implantation du rapport de transition des soins et d'en évaluer l'efficacité.

**Hôpital général de Grand-Sault**

Le dossier, qui est sur support papier, est bien rempli et on s'y retrouve facilement.

Le personnel infirmier a accès à des documents d'information, politiques, procédures, ainsi qu'à de l'information sur la médication sur l'application Boulevard.

**Hôpital régional d'Edmundston**

Le dossier de l'utilisateur est sur un support papier, et les renseignements y sont très bien classés.

Cependant, nous avons pu constater que le formulaire pour le niveau de soins est absent malgré une admission de quelques jours.

Le continuum de soins : Organisation des unités mobiles et satellites pour un accès dans la communauté.

Augmenter la dialyse à domicile : le plan de formation est structuré et utilisé. Les usagers répondent aux critères mais le manque d'équipement ne permet pas actuellement d'augmenter le volume.

La liste d'attente de l'unité satellite à Tracadie est un enjeu.

**CHU Dr-Georges-L.-Dumont**

Unité d'enseignement. Le dossier est en support papier, et en version électronique pour les soins infirmiers

**Médecine néphrologique**

On constate le dévouement, la disponibilité et l'humanisme de tous les intervenants du réseau de néphrologie et la qualité des interventions par une équipe spécialisée et collaborative qui sait innover



dans les stratégies de formation pour responsabiliser l'utilisateur. Les conseillères cliniques soutiennent la révision des meilleures pratiques, la standardisation des pratiques et des protocoles et l'intégration des changements de pratique dans tout le continuum. Formation des comités régionaux en néphrologie : comité de gestion, comité clinique, comité de qualité (par contre, l'utilisateur ne participe pas).

### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

L'apport des usagers et des familles, lorsqu'intégré aux différentes démarches, aura un impact significatif sur les résultats de l'organisme. L'objectif de l'utilisation des connaissances des usagers et des familles par la consultation est de déterminer si la méthode utilisée suit une approche centrée sur l'utilisateur.

Tous les rapports ou interventions en provenance des usagers ou de leurs familles sont notés et, au besoin, des améliorations sont mises en place afin de diminuer les risques pour la clientèle.

Les usagers rencontrés se sont dits très satisfaits des services, le personnel est courtois et les repas sont excellents.

#### Hôpital régional Chaleur

Les commentaires au sujet de la qualité des services sont recueillis par un sondage sur la satisfaction de l'utilisateur et de la famille ou sur l'expérience vécue par l'utilisateur, ou sont tirés de plaintes, de divers indicateurs, de résultats, d'information découlant de l'analyse des incidents et de rapports financiers. Les commentaires recueillis sont analysés et priorisés sous forme d'action d'amélioration à réaliser. L'apport des usagers et des familles dans le choix des priorités est encouragé.

Les activités d'amélioration de la qualité sont suivies rigoureusement par l'équipe avec l'utilisation d'un tableau de bord, et les améliorations qui se sont révélées efficaces durant l'étape de mise à l'essai sont mises en œuvre à grande échelle dans l'ensemble de l'organisme. Des communications sont alors réalisées afin de faire connaître localement et à la population les résultats obtenus.

Une trousse d'information est remise systématiquement à la clientèle lors de l'admission. Cette dernière contient, entre autres, un document sur les droits et responsabilités des usagers.

#### Hôpital général de Grand-Sault

Les dossiers des usagers sont sur support papier.

#### CHU Dr-Georges-L.-Dumont - Pédiatrie :


On retrouve un outil formalisé pour les transitions élaboré au sein de l'établissement. Le rapport de transition des soins est utilisé, mais les appels téléphoniques sont également dans la pratique de transfert, car les intervenants déplorent que l'outil ne soit pas adapté pour la clientèle pédiatrique.

Le programme de pédiatrie a élaboré des projets d'amélioration de la qualité qui sont connus des intervenants et qui sont affichés au poste sur un tableau de bord. La mobilisation du personnel dans l'atteinte des indicateurs reste à poursuivre.

On retrouve au sein de la clinique pédiatrique à Moncton une culture de mesure excellente. Les indicateurs sont compilés, revus et discutés lors des rencontres d'équipe. La complexité de gestion des intervenants par plusieurs gestionnaires différents cause des embûches et pourrait être analysée pour viser une organisation de gestion simplifiée.

---

## Ensemble de normes : Obstétrique - 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 usagères et des familles.	
2.4 L'espace est conçu conjointement avec l'apport des usagères et des familles pour assurer la sécurité et permettre qu'il y ait des interactions confidentielles et privées avec les usagères et les familles.	
2.5 L'efficacité des ressources, de l'espace et de la dotation est évaluée avec l'apport des usagères et des familles, de l'équipe et des parties prenantes.	
<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 usagères et des familles.	!
3.3 Un programme d'orientation complet est offert aux nouveaux membres de l'équipe et aux représentants des usagères et des familles.	
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>	
8.5 Un 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.	
8.5.4 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>
<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.	

16.3	Il existe un processus normalisé, élaboré avec l'apport des usagères et des familles, pour faire des choix entre des lignes directrices éclairées par des données probantes qui sont contradictoires.	!
16.4	Des procédures et des protocoles pour réduire les variations non nécessaires dans la prestation des services sont mis au point avec l'apport des usagères et des familles.	!
16.5	Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagères et des familles.	!
17.1	Une approche proactive et prédictive est utilisée en vue de cerner les risques pour la sécurité des usagères et de l'équipe, et ce, avec l'apport des usagères et des familles.	!
17.2	Des stratégies sont élaborées et mises en oeuvre pour cerner les risques en matière de sécurité, avec l'apport des usagères et des familles.	!
17.3	Des processus de vérification sont utilisés pour réduire les activités à risque élevé, avec l'apport des usagères et des familles.	!
17.4	Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des usagères et des familles.	!

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

#### Processus prioritaire : Leadership clinique

CHU Dr-Georges-L.-Dumont, Moncton

Une équipe dynamique est tournée vers l'AVENIR et les projets d'amélioration des services sont basés sur les meilleures pratiques. Un nouvel appareil d'échographie répondant aux besoins de la clientèle a été acquis et sera fonctionnel sous peu.

Les services d'obstétrique sont donnés dans un environnement qui ne répond plus aux exigences et aux besoins grandissants des jeunes femmes, des bébés et des soins en néonatalogie. On encourage l'organisme à évaluer la possibilité de réorganiser ces locaux spécialisés afin de les mettre aux normes.

Hôpital régional d'Edmundston

Une nouvelle structure est en place afin de favoriser un travail de collaboration entre les quatre établissements. Les objectifs sont d'offrir à la population des services de haute qualité basés sur les meilleures pratiques et d'avoir un lieu spécifique pour partager les bons coups des équipes.

L'harmonisation des pratiques entre les centres est amorcée. L'équipe semble très ouverte à adopter des pratiques qui répondent à des hauts standards de qualité.

Un comité régional devrait entamer ses activités sous peu. Différents autres comités sont actifs, tels que le comité deuil périnatal, le comité local pour l'allaitement et le comité communautaire. Ce dernier a pour but de promouvoir les services disponibles dans la région. Afin d'amener les usagers à participer aux décisions, il est suggéré d'en identifier pour les associer aux comités décisionnels.

Hôpital régional Chaleur

L'harmonisation des pratiques est amorcée.

### Processus prioritaire : Compétences

Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont

L'équipe a acquis une expertise dans l'accouchement par les voies naturelles d'un enfant se présentant par le siège. Les résultats ont été concluants en réduisant considérablement le taux de césarienne. L'équipe médicale du service a commencé à sensibiliser les autres services d'obstétrique des régions sud et nord.

Des ententes avec l'hôpital d'Halifax pour le transfert d'un nouveau-né connaissant des complications sont en place. L'avion ambulance vient chercher l'enfant accompagné de membres du personnel.

Les gestionnaires évaluent annuellement et au besoin le rendement de chaque membre de l'équipe. Cette démarche est très appréciée par le personnel.

Les membres de l'équipe reçoivent différentes formations pour rehausser les compétences. Certaines sont obligatoires et doivent être renouvelées annuellement. L'une des formations obligatoires pour les infirmières porte sur la réanimation néo-natale et celle-ci doit être renouvelée tous les ans.

Plusieurs formations obligatoires sont offertes en ligne. D'ailleurs, le module de formation permet aux gestionnaires d'assurer un suivi de l'état d'avancement de chacun des employés. En voici quelques exemples : sécurité des usagers, mains propres, SIR (Soins interventions respiratoires) protection de la vie privée, sensibilisation à la violence au travail.

Hôpital régional Chaleur

La pénurie de ressources se fait sentir surtout au niveau des infirmières. La gestionnaire doit adapter les horaires en fonction des expertises et de la disponibilité du personnel. L'équipe est invitée à poursuivre ses efforts de recrutement et à élaborer un programme d'orientation pour les infirmières.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

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

En phase prénatale, un questionnaire d'évaluation de l'état de santé a été modifié afin de détecter précocement les habitudes de consommations de la future maman. Cette pratique permet d'intervenir de façon proactive.

L'équipe a procédé à la mise en œuvre d'un processus de suivi pour une approche de ventilation sécuritaire du nouveau-né.

## Hôpital régional d'Edmundston

Des efforts importants ont été déployés pour l'application du programme de prévention des chutes. Le déploiement du BCM (Bilan comparatif des médicaments) n'est pas optimal. Il y a cependant une bonne collaboration avec le service de la pharmacie, ce qui est certainement un gage de réussite.

Les membres de l'équipe apprécient la présence d'une nouvelle conseillère en allaitement. Elle est à définir son rôle en rapport au soutien à donner à l'équipe et en ce qui concerne les services à offrir aux mamans.

## Hôpital régional Chaleur Bathurst

Le secteur mère-enfant-famille est éloigné des services hospitaliers, occasionnant des déplacements inutiles pour les usagères. Un projet de construction est prévu pour la relocalisation de la salle d'accouchement dans le secteur mère-enfant-famille.

L'initiative ami des bébés a été amorcée, mais on lui accorde moins d'importance depuis deux ans. L'équipe est invitée à trouver des stratégies afin de motiver les intervenants à reprendre les activités de cette initiative.

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

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

## Hôpital régional d'Edmundston

## Hôpital régional Chaleur

Les dossiers des usagères en obstétrique sont entreposés de façon sécuritaire et respectent les lois en vigueur pour la protection de la vie privée. Le personnel de soins infirmiers ainsi que les professionnels y consignent leurs notes en continu. Cependant, nous avons constaté que des dossiers de suivi de grossesse sont conservés dans l'unité de soins (Edmundston). Cette pratique serait à revoir, compte tenu du risque encouru sur le plan de la sécurité des usagères. Tous les dossiers devraient se retrouver dans un environnement sécuritaire et confidentiel, comme celui des archives médicales.

Tous les documents de référence, dont les politiques et procédures, se retrouvent sur le Boulevard et sont faciles d'accès, ce qui est apprécié du personnel.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont

Une jeune maman et son conjoint ont été rencontrés et ont exprimé leur grande satisfaction à l'égard de tous les services, à l'exception de la nourriture. Un suivi est donné aux jeunes mères en clinique postnatale ainsi que par la santé publique.

Hôpital régional d'Edmundston

La responsable de l'unité a à cœur la sécurité des usagères et la qualité. L'équipe a élaboré des indicateurs de qualité qui sont suivis rigoureusement. Les équipes sur le terrain les connaissent, participent à leur suivi et apportent des pistes d'amélioration. De plus, le programme AMPRO (Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux) est à sa troisième année d'existence. Un médecin est impliqué dans la gestion du programme; il assure aussi un suivi des indicateurs et collabore aux séances de formation pour le personnel.

La gestion des risques se vit au quotidien dans ce secteur de soins, et tout le personnel est très sensibilisé en regard de la sécurité des mamans. Les déclarations d'incident-accident sont faites dans un contexte d'amélioration continue pour certains membres de l'équipe. Il est suggéré de rencontrer les employés qui n'adhèrent pas à ce processus de déclaration d'incident-accident afin de diminuer leur crainte d'être blâmés à la suite d'un événement.

L'équipe est invitée à améliorer le taux de césarienne, qui est à 30 % alors que l'OMS (Organisation mondiale de la Santé) cible un taux entre 10 et 15 %.

Les familles rencontrées nous ont exprimé leur entière satisfaction en regard des services.

Hôpital régional Chaleur

Le programme Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux (AMPRO) a été mis en place, mais il n'a pas eu les résultats souhaités en rapport au travail avec l'équipe médicale. Par contre, en ce qui concerne le travail entre les infirmières, il y a eu des changements notables et des avantages notés. AMPRO plus sera mis en œuvre à l'automne.

## 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>	
1.1 Les éléments de la prévention et du contrôle des infections sont vérifiés régulièrement en se fondant sur l'évaluation des risques et les priorités organisationnelles.	!
2.10 Les normes applicables en matière de salubrité des aliments sont respectées afin de prévenir les maladies d'origine alimentaire.	!
5.2 Les membres de l'équipe, les usagers et les familles ainsi que les bénévoles participent à l'élaboration de l'approche à multiples facettes en matière de prévention et de contrôle des infections.	
14.1 Il existe un plan d'amélioration de la qualité pour le programme de prévention et de contrôle des infections.	!
14.3 Des commentaires au sujet des volets du programme de prévention et de contrôle des infections sont recueillis auprès des membres de l'équipe, des bénévoles, des usagers et des familles.	
14.4 L'information recueillie au sujet de la qualité du programme de prévention et de contrôle des infections est utilisée pour déterminer les réussites et les possibilités d'amélioration, et pour apporter des améliorations en temps opportun.	
14.5 Les résultats d'évaluation sont communiqués aux membres de l'équipe, aux bénévoles, aux usagers et aux familles.	

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

#### Processus prioritaire : Prévention des infections

L'équipe responsable de la prévention des infections est dynamique, proactive et impliquée. En 2015, à la suite de la publication du rapport du vérificateur général, une équipe régionale a été créée afin de répondre aux différentes lacunes soulevées dans le rapport du Bureau du vérificateur général. Cette équipe régionale termine son mandat et elle sera remplacée sous peu par un comité régional. Les liens avec la santé publique sont bien intégrés dans les processus.

Les décisions se prennent au niveau régional, à la grande satisfaction de toute l'équipe, qui n'y voit que des avantages.



Toutes les politiques sont harmonisées; les procédures sont à mettre en place dans chaque organisation.

Bien que la situation au niveau des infections soit sous contrôle, il est préoccupant de voir que certains services de prévention des infections reposent sur les épaules d'une seule personne. L'organisme est encouragé à revoir cette situation qui pourrait s'avérer problématique dans le cas d'éclosions majeures dans la zone.

Un défi qui demeure est la participation médicale dans certaines zones.

L'équipe de prévention et de contrôle des infections est impliquée à tous les niveaux de l'organisme et elle exerce bien son influence.

Il faut souligner la mise en place d'une méthode visuelle pour alerter les soignants et les visiteurs qu'une chambre est en isolation. Les affiches aux portes des chambres d'isolation sont claires et faciles à suivre pour le personnel et les familles.

L'organisme a réalisé des audits sur les différentes unités en 2015. Lors de notre visite, nous avons constaté plusieurs écarts aux procédures en place. Nous encourageons l'organisme à réaliser régulièrement des audits et à appliquer un suivi rigoureux des plans d'action à la suite des audits.

## 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.	
2.4 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.	
<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>	
8.4 Des outils d'évaluation normalisés sont utilisés durant le processus d'évaluation.	
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>	
11.1 Un dossier exact, à jour et complet est tenu pour chaque usager, en partenariat avec l'usager et sa famille.	!
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>	
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.	!

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.	!
14.1	Une approche proactive et prédictive est utilisée en vue de cerner les risques pour la sécurité des usagers et de l'équipe, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	!
14.2	Des stratégies sont élaborées et mises en oeuvre pour cerner les risques en matière de sécurité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
15.3	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.	!
15.6	De nouvelles données ou des données existantes découlant des indicateurs sont utilisées pour établir un point de référence pour chaque indicateur.	

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

##### Processus prioritaire : Leadership clinique

L'équipe médicale comprend deux médecins gériatres et deux généralistes. Leur leadership au sein de l'équipe est fort et mobilisateur. L'équipe de médecins fait une évaluation préalable de tous les usagers qui ont fait l'objet d'une orientation vers l'unité pour admission.

L'approche de soins de l'équipe prône la responsabilisation de l'utilisateur. L'équipe de réadaptation est encouragée à donner un pouvoir grandissant à l'utilisateur et à sa famille en les impliquant dès l'admission dans les discussions et les décisions. La formalisation d'un plan d'intervention interdisciplinaire centré sur les attentes et les objectifs de l'utilisateur et de sa famille serait une valeur ajoutée et donnerait une plus grande capacité d'autodétermination à l'utilisateur.

Pour soutenir la prise de décision, les priorités d'amélioration et l'évaluation du programme de réadaptation, l'organisme est encouragé à revoir la compilation des mesures de rendement pour pouvoir établir la durée de séjour, le succès du retour à domicile et les enjeux face à des échecs. La mouvance de la clientèle de la réadaptation vers d'autres unités de l'établissement et le changement de statut lors d'une demande d'hébergement suivant la cessation des interventions rendent le suivi des résultats ardu pour les dirigeants et limitent la mobilisation du personnel dans les plans d'amélioration de la qualité.

##### Processus prioritaire : Compétences

Le processus d'embauche est complet et comprend une partie théorique sur l'organisation et la philosophie de soins et une partie d'intégration clinique, pendant lesquelles un accompagnement est offert sur les pratiques organisationnelles requises en réadaptation.

Le logiciel de formation en ligne est un outil intéressant et convivial pour les intervenants et permet un suivi de mise à niveau par le gestionnaire. L'intégration dans ce logiciel de formations spécifiques à la réadaptation serait intéressante et pourrait faciliter le maintien des compétences spécialisées. Plusieurs formations sont offertes par l'organisme, notamment la gestion des comportements perturbateurs, mais les intervenants mentionnent le besoin croissant d'offrir des disponibilités, car les places sont limitées.

La venue d'une infirmière spécialisée dans l'unité de soins est un atout dans le maintien et le transfert des compétences. Cette conseillère pourra servir de levier dans la poursuite continue de la qualité. L'équipe interdisciplinaire est encouragée à poursuivre des initiatives de mise à niveau comme des capsules de formation, des midis conférences et des échanges entre pairs pour maintenir les standards de pratique. L'organisme est encouragé à adopter une approche proactive et une responsabilisation d'équipe sur la gestion des risques pour assurer un environnement exempt de dangers pour la clientèle. Le gestionnaire fait régulièrement des tournées visuelles. L'information et la formation sur la sécurité et le développement d'une culture d'imputabilité d'équipe dans la gestion des risques assureraient une sécurité constante dans les unités de soins dans un contexte où l'environnement est un défi.

Les médecins gériatres de l'équipe de soins discutent ouvertement avec la clientèle et les proches de spiritualité et de fin de vie, et ont eu à répondre à une demande d'aide à mourir. Les médecins de l'unité sont des leaders dans ce processus et savent offrir du soutien et obtenir les ressources au besoin.

#### Processus prioritaire : Épisode de soins

L'autonomisation et la responsabilisation de l'utilisateur dans son processus de réadaptation est une pratique inscrite dans les interventions au sein de l'unité de soin. La communication entre les professionnels et l'équipe de soins est fluide et permet la transmission de l'information sur l'évolution de l'autonomie des usagers. Ceux-ci sont encouragés à participer activement à la routine du matin et à la gestion de leur horaire quotidien. L'autogestion des médicaments est tentée lorsqu'il y a des doutes sur la capacité de l'utilisateur à reprendre cette habitude de vie. Le déploiement de l'auto-administration pourrait être élargi et mis entre les mains de l'utilisateur même si sa capacité n'est pas en doute. L'équipe de réadaptation adopte une gestion saine des risques pour améliorer l'autonomie, pour faciliter la prise de conscience des risques chez l'utilisateur et la famille et pour simuler un fonctionnement se rapprochant de celui du domicile.

Les ressources professionnelles limitées font qu'il peut être difficile d'atteindre une intensité de traitement optimale dans un milieu de réadaptation fonctionnelle intensive. Le nombre élevé d'utilisateurs force les intervenants à faire des choix et à établir des priorités. Le nombre d'heure de traitement pour les usagers ayant subi un accident vasculaire (AVC) ne respecte pas les lignes directrices pour la prise en charge de cette clientèle.

La récréologie est impliquée dans les activités aux usagers et offre des activités de groupe cinq jours par semaine. Les proches mentionnent être encouragés à participer aux activités de réadaptation et à poursuivre les exercices au chevet de l'utilisateur. Par contre, le manque d'espace et l'absence de salles disponibles pour poursuivre le plan de réadaptation limitent leurs efforts. Ceux-ci ont également mentionné le peu d'activités au sein de l'unité pendant les fins de semaine.

Sur le plan clinique, la mise en place d'évaluations standardisées sur la dépression, le risque de suicide et la dysphagie sont des standards de pratique qui gagneraient à être revus.

L'environnement physique de l'unité de soins est exigu et ne permet pas une approche optimale de réadaptation. L'unité fait face à des débordements constants au niveau de l'occupation des lits et on retrouve des usagers qui doivent séjourner dans le corridor. L'organisme est encouragé à poursuivre l'analyse de cet écart de soins pour favoriser un environnement propice à la récupération et exempt de risques.

Au niveau de l'environnement, on devrait envisager la création d'espaces fermés non accessibles pour les équipements propres et souillés. Les chariots de médicaments devraient toujours être verrouillés, car ils sont en tout temps situés dans des aires accessibles aux usagers et à la famille. L'organisme est encouragé à revoir la présence d'une demie-porte pour une chambre de l'unité qui ne correspond pas à la mission de l'unité de soins.

La préparation du congé est planifiée et les proches sont rencontrés au besoin. Une orientation pour une évaluation du domicile par un ergothérapeute est faite au besoin et des essais de sortie temporaire avant le congé définitif font partie de la pratique de l'unité.

Le programme de réadaptation au domicile (R et R) est un beau modèle d'optimisation de l'autonomie de l'utilisateur. Ce programme d'intervention dans le milieu est standardisé avec des critères spécifiques basés sur le risque et l'observance de l'utilisateur, ainsi que des objectifs à atteindre. Le plan de santé associé à ce programme est un beau modèle de transition.

Un des défis de la réadaptation est l'arrimage avec les hébergements de longue durée. L'attente pour un placement se prolongeant, les usagers doivent souvent attendre dans les lits réservés à la réadaptation.

### Processus prioritaire : Aide à la décision

L'organisation des soins permet une évaluation de la santé physique, psychique et sociale de chaque usager. Le transfert d'information entre l'urgence, les différentes unités de soins et les membres de l'équipe interdisciplinaire limite la répétition d'information et d'évaluation et permet un continuum fluide.

Le dossier électronique est bien implanté aux soins infirmiers et chez les professionnels. L'organisme est encouragé à poursuivre l'informatisation du dossier dans tous les secteurs de soins.

Le dossier médical parallèle donne parfois un portrait fragmenté de l'utilisateur.

Les dossiers amincis par manque d'espace au sein de l'unité sont très bien identifiés. La liste des documents ne pouvant être retirés est clairement déterminée.

Les intervenants en réadaptation sont bien au fait des lois régissant la tenue de dossier et la confidentialité associée au transfert d'information.

L'organisme est encouragé à poursuivre les audits de contenu de dossier pour assurer une conformité complète. Dans les cas de contention, le formulaire de consentement de la famille doit toujours être déposé au dossier de l'utilisateur. La fiche de suivi de contention sur laquelle on retrouve l'évaluation faite lors des visites fréquentes de contrôle de la santé et d'intégrité de l'utilisateur doit se retrouver au dossier et être à jour.

Une belle pratique vue dans le service de réadaptation est le processus de transition fait par les médecins de l'unité. Une pratique courante lors du congé de l'utilisateur est un appel aux médecins de famille pour peindre le portrait de la situation et expliquer le plan de fin de traitement. L'accès aux données électroniques des médecins de famille est également une force dans la transmission de renseignements.

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

Les équipes de réadaptation discutent de la clientèle régulièrement. Par contre, l'utilisateur n'est pas invité à ces rencontres et ne participe pas activement à son plan d'intervention individualisé. L'organisation est encouragée à revoir le processus pour trouver un outil de plan intégré qui pourrait servir de plan d'action pour l'utilisateur dans sa réadaptation. La présence de l'utilisateur et, au besoin, de sa famille est un appui à l'intégration et à la mobilisation de l'utilisateur dans sa réadaptation.

La présence des usagers et de la famille dans les comités cliniques pour déterminer les priorités, revoir les pratiques et évaluer l'environnement est une avenue à envisager au sein du programme pour orienter et soutenir les décisions cliniques.




Tous les intervenants ont à cœur la qualité des soins et la sécurité de la clientèle. Une approche proactive et prédictive est à poursuivre avec l'apport des usagers et de la famille pour l'identification des risques. L'implication de tous les membres de l'équipe serait un atout puissant sur le plan de la responsabilité partagée au sein de l'unité de soins.

On retrouve un tableau de qualité accessible aux usagers, à la famille et aux membres du personnel. Les projets d'amélioration de la qualité sont bien identifiés avec des indicateurs précis de résultats. La direction a identifié trois objectifs spécifiques en lien avec la sécurité des usagers et du personnel. L'organisme est encouragé à poursuivre la mobilisation des intervenants dans ces projets d'amélioration de la qualité.

L'organisme est également invité à revoir ses stratégies de gestion de débordement pour limiter le niveau sonore et l'encombrement dans l'unité de soin. On retrouve actuellement dans les corridors des lits de débordement et des bureaux de stagiaires, ce qui crée un environnement potentiellement dangereux pour le personnel et les usagers.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
1.1 Les services sont conçus conjointement avec les usagers et les familles, les partenaires et la communauté.	!
1.6 Les processus et politiques pour répondre aux divers besoins des usagers et des familles desservis sont établis avec l'apport des usagers et des familles.	
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.	
2.4 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.	
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.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
3.9 Une formation sur le recours sécuritaire et approprié aux mesures de contention et d'isolement est fournie à l'équipe.	
4.1 Une approche collaborative est utilisée pour offrir les services.	!
5.6 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur la façon de déceler, réduire et gérer les risques liés à la sécurité des usagers et des membres de l'équipe.	!
9.15 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>	
2.7 L'environnement physique est sécuritaire et confortable et il favorise le rétablissement de l'utilisateur.	
6.1 L'accès des usagers aux services de santé mentale essentiels et urgents est facilité en tout temps.	
7.10 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.	!

7.11	Lorsque l'usager est incapable de donner son consentement éclairé, le consentement est obtenu auprès d'une personne chargée de prendre des décisions en son nom.	!
8.3	Les objectifs et les résultats attendus des soins et services fournis à l'usager sont déterminés en partenariat avec l'usager et la famille.	
8.6	Un 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.	
8.6.1	Au moment de l'admission ou avant celle-ci, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'usager, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.	<b>PRINCIPAL</b>
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; tous les écarts entre les sources d'information sont alors décelés, corrigés et consignés.	<b>PRINCIPAL</b>
8.6.3	Une liste de médicaments à jour est conservée dans le dossier de l'usager.	<b>PRINCIPAL</b>
8.6.4	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>
8.6.5	L'usager, le prestataire de soins de santé de la communauté et le pharmacien communautaire (selon le cas) reçoivent une liste complète des médicaments que l'usager devrait prendre après son congé.	<b>PRINCIPAL</b>
8.8	Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.	
8.8.1	Les usagers à risque de suicide sont cernés.	<b>PRINCIPAL</b>
8.10	Un processus pour évaluer l'usager avant de lui accorder la permission de s'absenter à l'extérieur de l'unité et lorsqu'il revient à l'unité est suivi par l'équipe en partenariat avec l'usager et la famille.	!
9.10	Les besoins de l'usager en matière d'activités physiques sont appuyés dans le cadre d'une prestation complète des services.	!
9.18	L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	



9.18.1	L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé.	<b>PRINCIPAL</b>
9.18.2	Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.	<b>PRINCIPAL</b>
9.18.3	Aux points de transition, les usagers et les familles reçoivent l'information dont ils ont besoin pour prendre des décisions et gérer leurs propres soins.	<b>PRINCIPAL</b>
9.18.5	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**

11.1	Un dossier exact, à jour et complet est tenu pour chaque usager, en partenariat avec l'usager et sa famille.	!
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**

13.6	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.	!
14.1	Une approche proactive et prédictive est utilisée en vue de cerner les risques pour la sécurité des usagers et de l'équipe, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	!

14.3 Des processus de vérification sont utilisés pour réduire les activités à risque élevé, avec l'apport des usagers et des familles.



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

##### Processus prioritaire : Leadership clinique

Le modèle de cogestion concertée entre la santé mentale et le centre de santé mentale communautaire est une force dans le continuum de soins de l'utilisateur. Cette force est particulièrement présente en pédopsychiatrie, où les intervenants de l'unité de soins sont les mêmes que ceux qui interviennent en communauté.

Les équipes de soins sont soucieuses de mettre en valeur les forces des usagers en adoptant une approche interdisciplinaire. La philosophie d'intervention de rétablissement de la santé est au cœur des décisions et des interventions. Tous les intervenants ont à cœur le développement d'un lien thérapeutique avec les usagers pour les mobiliser dans leurs épisodes de soin.

Les équipes se rencontrent hebdomadairement pour discuter de chaque usager et revoir les plans d'intervention. En pédopsychiatrie, l'utilisateur et sa famille participent à la rencontre d'équipe et ils sont impliqués dans l'élaboration des objectifs. L'équipe est encouragée à formaliser un plan d'intervention interdisciplinaire centré sur les objectifs de l'utilisateur et de sa famille qui pourrait même servir comme plan d'autogestion des usagers.

Les équipes de pédopsychiatrie sont encouragées à porter une attention particulière aux proches de la clientèle qui atteignent leur pouvoir décisionnel à 16 ans. Cette période de transition modifie le rôle des proches de décideur à participant. Des familles nous ont exprimé leur difficulté à vivre cette période et à comprendre le changement. Un soutien de l'équipe faciliterait la transition.

Dans la planification du congé, les équipes en santé mentale sont invitées à inclure plus systématiquement la famille, avec l'accord de l'utilisateur. La famille peut devenir un pilier d'intégration du plan de sortie et un soutien gagnant pour l'application des stratégies de continuum et de maintien de la santé. Cet élément s'avère encore plus vrai avec les grands utilisateurs de services en santé mentale.

##### Processus prioritaire : Compétences

Les équipes en santé mentale sont dévouées, mobilisées, empathiques et centrées sur l'utilisateur. Les intervenants sont stables et permettent un soutien et une expertise clinique interdisciplinaires. La présence d'un gériopsychiatre et d'un pédopsychiatre à Moncton assure un rehaussement constant de l'expertise et un gain profitable pour la clientèle et pour l'équipe de soins. Cette surspécialisation est un atout important pour une prise en charge spécifique des usagers. L'organisme est encouragé à voir comment cette expertise pourrait servir tous les établissements du Réseau Vitalité.

On retrouve dans quelques établissements du réseau un leadership clinique fort chez les médecins et les psychiatres. La collaboration efficace entre la sphère médicale, les soins infirmiers et les professionnels

dans ces secteurs est un modèle à suivre dans le réseau pour assurer une réponse efficace aux besoins des usagers.

Le modèle de service en pédopsychiatrie de Moncton est un bel exemple de rehaussement et de maintien de la compétence pour la réponse aux besoins des usagers. La dissociation de l'unité pédopsychiatrique de la pédiatrie est un modèle de réussite sur le plan de la ségrégation de problèmes distincts et permet un rehaussement des compétences des équipes assignées à cette surspécialisation. L'approche spécialisée pour la période de nuit reste un enjeu, mais l'organisme a déjà obtenu l'approbation d'ajouter une infirmière formée à l'unité pour tous les quarts de travail.

La formation continue et le maintien des compétences est un enjeu important dans une spécialisation comme la santé mentale. Plusieurs formations sont offertes dans le réseau, mais la disponibilité des places et la difficulté à libérer le personnel rendent parfois le perfectionnement professionnel difficile à assurer. De plus, l'absence de cliniciennes spécialisées est également un obstacle au transfert de connaissances. L'organisme est encouragé à revoir les modèles de formation pour envisager une structure de perfectionnement sur mesure. Des avenues telles que des capsules de formation, des midis conférences et des échanges entre pairs permettraient le maintien des compétences. Les formations établies par l'organisme comme étant prioritaires et obligatoires sont suivies par les gestionnaires, mais le manque de places reste parfois un obstacle. Les thèmes du suicide, des comportements agressifs, de l'allègement des conflits, de la contention, de la violence au travail et de la gestion de risques sont des incontournables dans le programme de santé mentale.

La formation académique pour le diplôme postdoctoral en psychiatrie à l'Université de Moncton est une avenue qui assurera une plus grande disponibilité des ressources dans le programme de santé mentale et un rehaussement de l'expertise dans le Réseau Vitalité au niveau médical. L'organisme a encore des défis à relever au niveau de l'embauche et de la disponibilité des ressources pour assurer la dotation des postes dans tout le réseau. Le réseau fera face d'ici cinq ans à l'autre défi associé au départ à la retraite de 45 % de la main-d'œuvre.

L'organisme est encouragé à adopter une approche proactive et une responsabilisation d'équipe sur la gestion des risques pour assurer un environnement exempt de dangers pour la clientèle. Les équipements qui ne sont pas spécifiques au secteur, comme, par exemple, un lit électrique provenant des urgences, ne devraient pas se retrouver dans l'unité de santé mentale. Des tournées visuelles et une imputabilité d'équipe dans la gestion des risques assureraient une sécurité constante dans les unités de soins.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

Les obstacles d'accès aux services sont bien identifiés par la direction. Nous les encourageons à poursuivre la réflexion sur les modes de solution pour éliminer les entraves et les délais, particulièrement en région rurale. L'absence de services spécialisés dans cette zone oblige l'utilisateur à passer par l'urgence de sa région pour obtenir un transfert en ambulance ou sous escorte policière vers l'unité de soins spécialisés. Une force à mentionner est l'implantation d'unités de crise mobiles dans l'organisme. L'offre

de services pour ces unités est en augmentation et une disponibilité constante serait un mode de prévention optimal. L'organisme a une procédure claire d'accueil à l'urgence pour la clientèle. L'organisme est encouragé à revoir les délais d'admission et les débordements dans l'unité spécialisée. L'environnement physique au sein de l'unité de soins à Moncton est exigü et ne permet pas une approche de rétablissement. Des chambres individuelles sont devenues doubles pour recevoir un surplus de clientèle, mais au détriment de l'approche de rétablissement de la santé. Des stratégies sont en place pour assurer la confidentialité et respecter l'intimité de la clientèle malgré cette cohabitation. L'organisme est encouragé à poursuivre l'analyse de cet écart de soins. Le manque d'espace au sein de l'unité fait en sorte qu'il n'y a pas de distinctions claires entre les équipements propres et souillés, et ceux-ci sont accessibles à tous les usagers et visiteurs. Le besoin d'espace est également perceptible dans l'unité de pédopsychiatrie. Dans les deux unités, les usagers, la famille et les employés soulignent le manque d'activités physiques ou ludiques autant comme plan thérapeutique qu'occupationnel. Les initiatives et innovations cliniques, comme la zoothérapie, sont à encourager au sein des unités de soins. Au niveau de l'environnement, il faut souligner les initiatives comme la salle d'attente créée avec l'apport des usagers et la chambre snoezelen à Edmundston, qui pourraient servir de modèle dans tout le Réseau Vitalité.

On retrouve des structures d'accueil formalisées dans les unités de soins. Les rôles sont clairs pour chaque intervenant. Le cahier d'accueil de l'utilisateur et celui visant le parent ou le gardien légal pour l'unité 3D pédopsychiatrie est un exemple d'outil facilitant l'intégration de l'utilisateur et de sa famille, ainsi que de repère d'information autant pour le séjour que pour les ressources disponibles au congé.

Le processus pour évaluer l'utilisateur à l'admission, au congé, aux transferts vers la salle d'opération et avant et après une permission de sortie à l'extérieur de l'hôpital est bien établi. L'organisme est encouragé à se doter d'un processus aussi bien défini pour les sorties à l'extérieur de l'unité de soins et lors des transferts vers d'autres secteurs de l'établissement.

Les services sont conçus pour assurer une liberté et limiter les perturbations et restrictions liées à une hospitalisation. L'équipe d'intervenants favorise l'autonomisation et l'autodétermination de la clientèle pendant l'épisode de soins. L'autogestion est un mode de soins prôné dans le rétablissement de la santé. L'organisme est encouragé à poursuivre cette implication et à engager rapidement l'utilisateur dans la planification de l'épisode par une participation active dans les décisions et la planification du congé.

Les pratiques organisationnelles requises en lien avec le bilan comparatif des médicaments, l'application du protocole d'identification et de prévention du suicide et la transmission de l'information aux points de transition sont des pratiques à diffuser et à harmoniser pour assurer une conformité dans tout le Réseau Vitalité. L'application et le respect de la procédure sur l'application de la contention, incluant l'accord du représentant légal, est également une pratique qui nécessitera une mise à jour dans les secteurs.

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

Les différents secteurs de l'établissement ont des processus clairs de communication sur la santé physique, psychique et sociale de chaque usager. Le transfert d'information se fait de façon harmonieuse

pour s'assurer que l'utilisateur n'a pas à répéter la même information lors d'un transfert et lors de son admission dans une unité de soins. Les intervenants sont bien au fait des lois régissant la tenue de dossiers et la confidentialité associée au transfert d'information. Le dossier non uniformisé et le dossier médical parallèle donnent parfois un portrait fragmenté de l'utilisateur. L'organisme est encouragé à assurer une uniformisation des dossiers par une collaboration de tous les intervenants, y compris les psychiatres, et en assurant des audits de dossiers.

Le dossier électronique est bien implanté chez les intervenants en soins infirmiers et les différents professionnels. Ce mode de fonctionnement permet de faciliter le transfert d'information dans l'épisode de soins. L'organisme est encouragé à poursuivre l'informatisation de tous les renseignements et évaluations de l'utilisateur.

Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services. Une uniformisation entre les différents établissements du réseau est à poursuivre pour que le formulaire de consentement se retrouve systématiquement dans le dossier de l'utilisateur. Un audit de dossier permettrait également de suivre cette conformité.

Lors du congé de l'utilisateur de l'unité de soins, la transmission des renseignements aux partenaires de suivi dans le continuum pourrait être standardisée. L'organisme est encouragé à élaborer une trousse de transfert dans laquelle les responsabilités, les documents à transmettre, les délais et le mode de transmission seraient bien définis pour assurer un continuum de soins et de services harmonieux et complet.

Le carnet d'établissement qui appartient à l'utilisateur, que nous avons pu observer dans un secteur de soins en santé mentale, est un bel exemple de communication des besoins, des priorités et du progrès de l'utilisateur. Cet outil qui sert de passeport entre les différents programmes touchant l'utilisateur est une pratique qui pourrait servir de modèle à un déploiement à l'échelle du réseau.

### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Un gros travail d'harmonisation s'est effectué dans la dernière année. On retrouve un groupe de gestionnaires impliqués qui ont à cœur la standardisation des meilleures pratiques et la qualité des soins et services. Ce travail d'harmonisation est un bel exemple d'intégration de l'apport des usagers et de la famille. On retrouve dans ce comité de rétablissement, en plus des personnes clés en gestion de la santé mentale, deux usagers et un proche qui participent activement aux décisions relatives à l'établissement des priorités, à la révision des politiques et des meilleures pratiques. Le défi à poursuivre est l'actualisation standardisée des lignes directrices de soins établies en partenariat avec les usagers.

Le souci de la sécurité est présent et on retrouve une culture de divulgation. Le travail est à poursuivre en ce qui concerne la mise en place d'un processus de prévention proactive et d'imputabilité de tous les intervenants sur la déclaration des risques potentiels pour la clientèle. L'organisme est encouragé à revoir les processus de vérification pour réduire les activités à risque élevé. Le transfert de lits électriques de l'urgence vers l'unité de soins et l'uniformisation de l'entreposage des équipements et de la literie sont

des éléments qui pourraient faire partie de la réflexion. Les usagers sont invités à participer à ce processus.

Plusieurs projets d'amélioration de la qualité de l'équipe de gestion ont émergé. On dénombre actuellement six projets d'amélioration de la qualité des soins et des services. Une salle de pilotage située au centre hospitalier de Restigouche est un bel exemple de mobilisation, de suivi de projets et d'indicateurs d'amélioration de la qualité. L'organisme est encouragé à poursuivre dans cette voie et à impliquer les cliniciens, les usagers et la famille dans la réalisation de ces mandats.

L'implication des psychiatres au sein de l'équipe interdisciplinaire est un atout essentiel pour le suivi de la clientèle fragilisée. L'organisme est encouragé à favoriser une collaboration optimale des membres de l'équipe, particulièrement au Centre hospitalier Restigouche, et à nommer un chef de psychiatrie qui sera un facilitateur dans la hausse de qualité, l'augmentation de l'accessibilité aux soins et le contrôle de la durée de séjour.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
3.3 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>	
8.9 Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services.	!
12.1 Les usagers et les familles participent activement à la planification et à la préparation de la transition des soins.	!
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>	
13.8 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>	
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.	!
15.6 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.	!
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	

Le leadership de gestion est solide et les gestionnaires font preuve de beaucoup d'enthousiasme pour améliorer la qualité des services et la collaboration. La gestion encourage une culture participative dans les équipes et démontre une ouverture à inviter les usagers à s'impliquer dans chaque étape.

### Processus prioritaire : Compétences

Le programme de réduction des risques liés à la sécurité des usagers et des membres de l'équipe est couronné de succès.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

Le programme offre une prestation de services bien intégrés soutenue par des partenaires dans la communauté, dont la gendarmerie Royale du Canada (GRC) et les écoles. Le programme des jeunes s'aligne bien sur le programme des adultes. Les équipes sont motivées, empathiques et dévouées. L'organisme offre un environnement propice au rétablissement. L'organisme est encouragé à capitaliser sur les occasions de partenariat avec les usagers et les familles.

### Processus prioritaire : Aide à la décision

Une des grandes forces de ce programme est le soutien qu'il procure à la communauté. Par exemple, l'organisme est très actif sur le plan de la diffusion de campagnes visant à informer le public au sujet de la santé mentale. Entre autres, la vidéo YouTube « la vie au masculin » est un bel exemple de réussite. L'organisme a fait un bel effort pour réduire la stigmatisation des hommes et la vidéo présente de très bons exemples d'hommes discutant de leurs vulnérabilités. Il reste encore quelques petites possibilités d'intégrer l'apport des usagers en lien avec certains critères.

### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

Les usagers et les familles sont impliqués dans les comités de qualité. Les modèles reconnus comme meilleures pratiques, telle que l'équipe FACT, sont mis en œuvre.



## 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>	
4.2 La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!

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

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

<b>Processus prioritaire : Santé publique</b>	
3.5 Les ressources nécessaires pour atteindre les buts et les objectifs en matière de santé publique sont déterminées.	

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

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

L'émergence au cours des dernières années d'un portait de santé populationnelle a permis d'identifier des objectifs d'amélioration répondant aux besoins de la population. On incite l'équipe à élaborer et à surveiller une liste d'indicateurs qui procureront une tendance à plus court terme en lien avec les initiatives en cours. On devra également aligner ces nouvelles priorités sur les programmes du Ministère. On encourage le partage des bonnes pratiques et des initiatives fructueuses avec les autres régions de la province. L'équipe dispose d'un plan solide d'affaires publiques.

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

La structure actuelle remonte à 2008 et l'équipe semble avoir désormais atteint un niveau de maturité lui permettant de s'approprier son mandat de manière proactive. La gestion de la santé publique au sein du Réseau de santé Vitalité soulèvent certains enjeux, étant donné que la division du territoire sous l'autorité du médecin hygiéniste en chef au niveau provincial pour la protection de la santé ne correspond pas à la division du territoire des Réseaux, qui sont responsables de la prestation des programmes de prévention.



**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

On encourage l'équipe à impliquer les usagers et les familles dans la définition de la formation et du perfectionnement requis. L'équipe a très bien su s'adapter aux besoins spécifiques des réfugiés syriens récemment accueillis dans la région.

**Processus prioritaire : Santé publique**

Un portrait de la santé de la population du réseau (Le Coup d'œil) est effectué tous les trois ans depuis 2014. On encourage l'équipe à capitaliser sur la récente mission et vision du réseau, qui met l'accent sur l'amélioration de la santé de la population et l'engagement de celle-ci dans ce processus d'amélioration afin d'accroître le profil de la santé publique au sein de l'organisme. Un récent exercice de priorisation a permis d'identifier les enjeux majeurs en santé publique pour la population du secteur. Les ressources nécessaires à la mise en œuvre de plans d'action abordant ces priorités restent à déterminer. L'organisme entretient de nombreux partenariats avec les instances locales ayant un lien avec la santé publique. On encourage l'organisme à capitaliser sur ces partenariats pour réaliser des synergies permettant d'accomplir les objectifs en lien avec la santé publique de la manière la plus efficiente possible. On encourage aussi l'organisme à militer pour la création d'un registre centralisé de vaccination afin d'avoir une meilleure vue globale du statut vaccinal de la population desservie. De nombreuses initiatives existent afin d'accroître la santé de la population : amendes positives pour le port du casque à vélo, lieux d'allaitement dans les municipalités, partenariats avec les agents de développement communautaire dans les centres de mieux-être, élimination des boissons énergisantes dans les établissements municipaux, approche ciblée pour les Premières nations, la boîte à lunch écolo-santé, la cuisine collective dans les écoles, et des sessions d'information sur l'autorégulation dans les garderies.

## 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>	
6.1 La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
11.2 Le processus d'évaluation est conçu avec l'apport des usagers et des familles.	
11.6 SOINS EN MILIEU HOSPITALIER SEULEMENT : Un 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. 11.6.4 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. 11.6.5 L'utilisateur, le prestataire de soins de santé de la communauté et le pharmacien communautaire (selon le cas) reçoivent une liste complète des médicaments que l'utilisateur devrait prendre après son congé.	  <b>PRINCIPAL</b>  <b>PRINCIPAL</b>
12.3 En partenariat avec les usagers et les familles, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné. 12.3.1 Au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, en partenariat avec les usagers et les familles.	  <b>PRINCIPAL</b>
14.11 Immédiatement avant l'intervention, un temps d'arrêt afin de confirmer l'identité de l'utilisateur, la nature de l'intervention chirurgicale ainsi que l'emplacement et le côté du corps où elle sera pratiquée est effectué et consigné.	!

17.4	Des antibiotiques prophylactiques sont administrés par des membres qualifiés de l'équipe dans le délai approprié.	!
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>		
21.8	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.	!
22.2	Des politiques sur l'utilisation des communications électroniques et des technologies sont élaborées et suivies, avec l'apport des usagers et des familles.	
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>		
23.3	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.	!
23.4	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.	!
23.5	Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.	!
23.6	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.	!
24.1	Une approche proactive et prédictive est utilisée en vue de cerner les risques pour la sécurité des usagers et de l'équipe, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	!
24.2	Des stratégies sont élaborées et mises en oeuvre pour cerner les risques en matière de sécurité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
24.3	Des processus de vérification sont utilisés pour réduire les activités à risque élevé, avec l'apport des usagers et des familles.	!
24.4	Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des usagers et des familles.	!
24.7	Les incidents liés à la sécurité des usagers sont analysés pour éviter qu'ils ne se reproduisent et pour apporter des améliorations, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	!

25.3	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.	!
------	---	---

#### Processus prioritaire : Gestion des médicaments

5.3	Le contenu des chariots de médicaments dans le bloc opératoire est standardisé pour l'ensemble de l'organisme.	
-----	--	--

15.5	Un processus indépendant de double vérification est effectué avant d'administrer les médicaments de niveau d'alerte élevé dans le champ stérile.	!
------	--	---

16.3	Les médicaments et les fournitures entreposés dans les chariots d'anesthésie sont standardisés.	
------	---	--

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

##### Processus prioritaire : Leadership clinique

Les services périopératoires et les interventions invasives répondent adéquatement à ce processus prioritaire. Tout est mis en œuvre pour que leurs services soient optimaux et de haute qualité pour les usagers. Les politiques et procédures sont en place et connues. Il y a lieu de faire connaître les résultats aux usagers et aux équipes.

Les grands défis qui auront à être relevés au cours des prochaines années d'amener les usagers et les familles à participer à la conception et à l'évaluation des services.

##### Processus prioritaire : Compétences

Un excellent programme d'orientation pour les nouveaux employés est en place. On encourage la mise en place d'un plan de rétention pour les employés qui sont à leur première année au bloc opératoire afin d'assurer leur maintien dans le poste.

Les employés sont fiers de travailler dans ce service et d'appliquer les meilleures pratiques. Une formation continue est planifiée sur les systèmes d'information. Le personnel est évalué annuellement et un plan d'action sur les besoins de formation identifiés est élaboré. Le personnel du bloc opératoire et de l'unité reçoit de la formation sur toutes les nouvelles techniques, procédures et autres. Un plan de formation est réalisé annuellement. La formation est offerte tout au long de l'année lors de l'acquisition de nouveaux équipements et de l'implantation de nouvelles techniques.

**Processus prioritaire : Épisode de soins**

## CHU Dr-Georges-L.-Dumont

Des employés compétents et dévoués travaillent au bloc opératoire et sont constamment à la recherche de nouvelles pratiques pour améliorer les services. Les chefs de salle sont très qualifiés et sont les piliers du fonctionnement tout au long des interventions. La satisfaction des usagers est très élevée. Il est remarquable que dans des locaux aussi restreints, les pratiques soient de grande qualité.

Les locaux du bloc opératoire devaient être rénovés, mais les travaux n'ont pas commencé en raison des lacunes observées lors de la dernière visite d'agrément. La trajectoire du matériel souillé passe par la zone propre.

L'équipe a réalisé une démarche Lean qui a amélioré grandement l'accès au local où se trouve le matériel pour les chirurgies. Il y a un manque d'espace, mais les aires de rangement prévues dans le nouveau bloc opératoire remédieront à ce problème. L'équipe est encouragée à revoir le nombre de produits dans les futurs locaux.

Le déménagement dans de nouveaux locaux permettra de corriger la majorité des irritants. Il y aura lieu de repenser au service d'entretien ménager, car les interventions seront pratiquées dans des locaux dont la superficie sera nettement plus grande.

## Hôpital régional d'Edmundston :

Le bloc opératoire est assez moderne et comporte les trois zones appropriées. Le corridor central d'accès restreint sert aussi de zone d'entreposage pour les équipements stériles et est encombré. Bonne conformité au niveau des critères. Lors du traceur, aucune pause chirurgicale n'a été observée alors que le chirurgien continuait le badigeonnage lors des questions, bien qu'il semblait écouter.

Une offre de service intéressante avec de la chirurgie thoracique et vasculaire. L'équipe souhaite recruter un Ortho-rhino-laryngologiste (ORL).

Problème de recrutement pour les infirmières au bloc opératoire. Projet d'introduction des infirmières auxiliaires qui a bien fonctionné. Excellent programme de formation et d'évaluation de la performance. À l'unité de chirurgie, les dossiers sont complets et les différentes PORs sont respectées.

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

Les équipes atteignent un haut niveau de conformité relativement à ce processus, mais la culture de participation de l'utilisateur et de la famille n'est pas en place.

L'accès au dossier par l'utilisateur est encore complexe et on doit demander l'autorisation aux médecins avant de lui permettre de le lire. Il serait suggéré de mettre en place une procédure sur l'accès au dossier par l'utilisateur et sa famille. Bien que le personnel soit très bien intentionné envers l'utilisateur et sa famille, la culture du patient partenaire n'est pas intégrée et peu d'employés rencontrés connaissaient les concepts sous-jacents : avec la participation et l'apport des usagers et des familles.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

Le personnel de services périopératoires et des interventions invasives démontre un engagement envers la prestation de la qualité et de la qualité des services.

La gestion du bloc opératoire est complexe et variée. Il y a des rencontres quotidiennes pour connaître les activités de la journée. Depuis la dernière visite, la salle d'opération de la maternité a été déplacée et est maintenant située en gynécologie. C'est le personnel du bloc qui y travaille.

Le défi quotidien se situe au niveau des contraintes d'espace, mais l'équipe assure une prestation de services sécuritaires et de qualité. Beaucoup de travail a été réalisé par les gestionnaires et employés pour mettre en place les pratiques organisationnelles requises. Le bilan comparatif de transfert n'est pas encore en place, car il n'existe aucun formulaire formel pour le réaliser.

L'équipe du bloc et de l'unité de chirurgie ont déterminé leurs indicateurs de qualité et de rendement. Les résultats sont suivis. À l'unité 4A, il y aurait lieu de formaliser l'informatisation de ces indicateurs afin d'en faciliter le suivi et la lecture. Il est fortement suggéré de présenter périodiquement aux équipes le niveau d'atteinte des objectifs et d'évaluer les écarts.

Afin d'assurer la sécurité en tout temps au 4A, il serait bien d'évaluer la possibilité d'acquérir de nouveaux chariots de médicaments, mais de garder les charriots barrés d'ici là.

**Processus prioritaire : Gestion des médicaments**

Tous les processus relatifs à la gestion des médicaments sont respectés. Les chariots de médicaments sont toutefois non sécuritaires. Aucun des chariots examinés n'était barré et plusieurs étaient situés dans un endroit accessible aux usagers. Il est recommandé d'évaluer la possibilité d'acquérir de nouveaux chariots pour l'unité de soins.

## Ensemble de normes : Soins à domicile - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
1.1 Les services sont conçus conjointement avec les usagers et les familles, les partenaires et la communauté.	!
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.	
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.	
<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.	!
3.3 Un programme d'orientation complet est offert aux nouveaux membres de l'équipe et aux représentants des usagers et des familles.	
3.11 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.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
8.2 Le processus d'évaluation est conçu avec l'apport des usagers et des familles.	
9.10 L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	POR



9.10.5	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>
<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.	!
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>		
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.	!
14.11	Les incidents liés à la sécurité des usagers sont analysés pour éviter qu'ils ne se reproduisent et pour apporter des améliorations, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	!
15.3	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.	!

- |  |  |
|--|--|
| 15.4 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. |  |
| 15.11 Les projets d'amélioration de la qualité sont évalués régulièrement pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.       |  |

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

##### Processus prioritaire : Leadership clinique

L'équipe apparaît toujours prête à réagir pour cerner les besoins des usagers et des familles. Les grandes forces constatées sont le partenariat au sein du programme des maladies chroniques et du programme des soins des aînés, et la collaboration avec les soins aigus à l'hôpital. L'équipe a accès à des outils, comme le guide des soins des aînés, et elle utilise adéquatement leurs indicateurs pour améliorer ses services. Il y existe une possibilité d'impliquer les usagers et d'inviter des patients partenaires au sein des comités de qualité.

##### Processus prioritaire : Compétences

L'organisation dispose d'une belle équipe bien intégrée. Les professionnels collaborent et soutiennent leurs collègues. On dénote une occasion d'intégrer l'apport des usagers dans ce processus prioritaire et de recruter des patients partenaires en normalisant leur rôle.

##### Processus prioritaire : Épisode de soins

La rétroaction des usagers et de leur famille concernant les services du programme est très positive. Les usagers et les familles apprécient beaucoup le soutien et les soins offerts par l'équipe. Par exemple, le conjoint d'une usagère a dit : « extramural, c'est un autre mot pour solutions, parce qu'ils ont toujours des solutions sans délais pour nous autres ».

Une autre force du service est la collaboration entre les professionnels pour trouver des solutions créatives et individualisées pour les usagers afin de les soutenir à domicile. On constate que les employés travaillent fort et ont un sentiment d'accomplissement et une fierté à l'égard de leur travail.

Il existe tout de même quelques chances à saisir concernant les lacunes d'information parfois rencontrées lors des transferts d'usagers. Une autre occasion qui se présente concerne l'acquisition d'équipements pour les usagers n'ayant pas les moyens de se les procurer.

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


Les dossiers sont bien organisés et il est facile d'y trouver l'information nécessaire. Les politiques pour conserver l'information des usagers sont suivies et les usagers savent comment accéder à leur information. La seule chose qui manque est un processus pour favoriser l'apport des usagers dans


l'évaluation et la surveillance des documents. L'équipe a déjà pris note de ce défi, et un plan est mis en œuvre pour y remédier.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

L'une des grandes forces est le cheminement clinique, qui est bien articulé, clair et intégré. Il demeure encore des occasions à saisir pour favoriser l'apport des usagers et des familles en ce qui concerne l'amélioration des services.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
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.	
2.5 Les ressources et l'infrastructure nécessaires pour nettoyer et retraiter les appareils réutilisables sont accessibles, au besoin, dans le secteur des services ambulatoires.	
2.6 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.	
<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>	
6.3 Lorsque les rendez-vous pour les services sont fixés, l'organisation de multiples services la même journée pour un même usager est coordonnée avec les autres secteurs de services dans l'organisme, en partenariat avec l'usager et sa famille.	
6.4 Les usagers reçoivent l'information sur l'admissibilité aux services assurés.	
8.5 Un bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments de l'usager qui reçoit des soins ambulatoires, si celui-ci risque de subir des événements indésirables liés aux médicaments. La politique de l'organisme précise pour quels usagers des soins ambulatoires un bilan comparatif des médicaments doit être établi et à quelle fréquence il doit être répété.	
8.5.1 Les types d'usagers des soins ambulatoires pour lesquels un bilan comparatif des médicaments doit être établi sont précisés et consignés.	<b>PRINCIPAL</b>
8.5.2 En ce qui a trait aux usagers des soins ambulatoires pour lesquels un bilan comparatif des médicaments doit être établi, la fréquence à laquelle il faut répéter le bilan comparatif des médicaments est précisée et consignée.	<b>PRINCIPAL</b>

8.5.3	Avant ou pendant la première visite aux soins ambulatoires, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'usager, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.	PRINCIPAL
8.5.4	Avant ou pendant les visites subséquentes aux soins ambulatoires, le MSTP est comparé à la liste actuelle de médicaments et tout écart entre les deux sources d'information est décelé et consigné. Cela se fait à la fréquence exigée par l'organisme.	PRINCIPAL
8.5.5	Les écarts entre les sources d'information sur les médicaments sont réglés en partenariat avec l'usager et la famille OU communiqués au prescripteur principal; les mesures prises pour régler les écarts sont consignées.	PRINCIPAL
8.5.6	Quand les écarts sont réglés, la liste de médicaments est mise à jour et conservée dans le dossier de l'usager.	PRINCIPAL
8.5.7	L'usager et le prochain prestataire de soins (p. ex., prestataire de soins primaires, pharmacien communautaire ou prestataire de soins à domicile) reçoivent une liste complète des médicaments que l'usager devrait prendre à la fin des services.	PRINCIPAL
8.6	Pour minimiser les blessures qui résultent des chutes, une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre et évaluée.	
8.6.1	Une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre.	PRINCIPAL
8.6.2	L'approche cerne les populations qui sont à risque de faire des chutes.	PRINCIPAL
8.6.3	L'approche répond aux besoins spécifiques des populations à risque de faire des chutes.	PRINCIPAL
8.6.4	L'efficacité de l'approche est régulièrement évaluée.	SECONDAIRE
8.6.5	Les résultats découlant de l'évaluation sont utilisés pour apporter des améliorations à l'approche, au besoin.	SECONDAIRE
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>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>		

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

#### Processus prioritaire : Impact sur les résultats

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.	!
14.6	Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des usagers et des familles.	!

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

##### Processus prioritaire : Leadership clinique

Des améliorations pourraient être apportées au niveau des technologies de l'information, et ce, de façon harmonisée afin d'optimiser les services offerts et de faciliter le travail du personnel et des gestionnaires (p. ex. un guichet unique pour planifier les rendez-vous). De plus, cela aiderait à l'harmonisation des façons de faire entre les différentes cliniques.

Un réaménagement des espaces de travail est déjà prévu, dont un majeur à l'hôpital régional Chaleur.

En somme, on ne peut qu'encourager l'organisme à continuer sa quête d'excellence.

##### Processus prioritaire : Compétences

Les rôles de chaque membre des équipes sont clairement définis, ce qui rend plus simples les gestes à poser : orientation, formation, évaluation, etc. On souligne leur engagement à plusieurs niveaux, tels que les suivis des tableaux de qualité, d'indicateurs, d'audits et les listes d'attente.

##### Processus prioritaire : Épisode de soins

Le bilan comparatif de médicament et la prévention des chutes restent des processus à prioriser et à définir. Quels sont les usagers qui en profiteraient le plus?

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

Les soins ambulatoires se font dans plusieurs zones, avec une ou plusieurs installations dans chaque zone. Même s'ils travaillent avec l'interne et les soins primaires, certains services ambulatoires sont gérés par des organismes extramuraux et même par certaines équipes médicales elles-mêmes, ce qui ne facilite pas l'harmonisation des pratiques. Ils travaillent également à harmoniser les services avec les autres hôpitaux des régions centre et nord.


Les membres de l'équipe des gestionnaires collaborent ensemble dans la mesure du possible et cela reflète bien la situation générale de certaines autres équipes visitées. Ils respectent les recommandations selon les données probantes. Qui plus est, ils ont choisi de prendre les décisions administratives et d'offrir les services en fonction des meilleures pratiques et des données probantes.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

L'apport des usagers et des familles constitue un autre processus à réfléchir afin de déterminer ce que leur contribution pourrait apporter aux différentes équipes des services ambulatoires.

---

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
2.4 Le niveau d'expérience et de compétence approprié au sein de l'équipe est déterminé avec l'apport des usagers et des familles.	
2.6 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.	
<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.	!
3.3 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.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
8.6 Un 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.	
8.6.4 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>
9.11 Un outil de dépistage du délire est utilisé, en partenariat avec l'utilisateur et la famille, pour déterminer si l'utilisateur présente des symptômes de délire.	
<b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b>	
13.8 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.	!
14.2 Des politiques sur l'utilisation des communications électroniques et des technologies sont élaborées et suivies, avec l'apport des usagers et des familles.	



Processus prioritaire : Impact sur les résultats	
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.
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 usagers et des familles.
15.5	Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.
15.6	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.
16.1	Une approche proactive et prédictive est utilisée en vue de cerner les risques pour la sécurité des usagers et de l'équipe, et ce, avec l'apport des usagers 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 usagers et des familles.
16.3	Des processus de vérification sont utilisés pour réduire les activités à risque élevé, avec l'apport des usagers et des familles.
16.4	Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des usagers et des familles.
16.7	Les incidents liés à la sécurité des usagers sont analysés pour éviter qu'ils ne se reproduisent et pour apporter des améliorations, et ce, avec l'apport des usagers 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 usagers et des familles.
17.4	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.
17.11	Les projets d'amélioration de la qualité sont évalués régulièrement pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.

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

- |       |   |  |
|-------|---|--|
| 12.3  | Une politique est en place sur le diagnostic de décès neurologique (DDN).   |  |
| 12.4  | Un protocole écrit pour le DDN qui comprend l'accès à des personnes qualifiées pour déclarer le décès neurologique est suivi.   |  |
| 12.15 | Des protocoles écrits pour la gestion des donneurs sont en place.   |  |
| 12.19 | Les données recueillies sur tous les décès s'étant produits à l'unité des soins intensifs sont accessibles et un processus est en place pour examiner ces données de façon à repérer les possibilités manquées de don d'organes et de tissus. |  |

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

Le programme des soins critiques est régionalisé depuis 2015. Les quatre unités se rencontrent régulièrement par vidéoconférence pour élaborer les plans d'amélioration de la qualité, discuter de l'état d'avancement et des défis à rencontrer. Il y a une belle collaboration en ce qui concerne la standardisation des pratiques. Cependant, le processus d'approbation et de mise en œuvre est lourd et inefficace. Il y aurait plus de 20 canaux d'approbation. Des protocoles peuvent prendre plus de deux ans avant d'être appliqués et au moment de leur application, ils doivent alors déjà être révisés. L'organisme est encouragé à revoir son processus d'approbation afin d'améliorer la mise en place des meilleures pratiques et de soutenir l'engagement de son personnel dans la préparation de ces plans d'amélioration.

L'organisme est encouragé à intégrer l'apport des usagers et des familles dans l'évaluation de l'efficacité des ressources.

**Processus prioritaire : Compétences**

Les équipes des soins critiques sont multiprofessionnelles et tous les membres ont les compétences requises. L'organisme doit être félicité pour un programme rigoureux de formation et de vérification du maintien des différentes certifications. Le programme d'apprentissage en ligne est robuste. Bien que le logiciel de gestion des apprentissages soit déployé, son utilisation ne semble pas être encore être maximisée. À certains endroits, les gens maintiennent un système parallèle de documentation. L'organisme est encouragé à établir un partenariat avec les usagers et les familles.

**Processus prioritaire : Épisode de soins**

L'organisme a quatre sites qui fournissent des soins critiques. Au CHU Dr-Georges-L.-Dumont, il y a une unité fermée de soins intensifs médicaux et chirurgicaux. L'unité des soins coronariens ainsi que les unités de Campbellton, Bathurst et Edmundston sont des unités ouvertes, couvertes en dehors des heures normales par différents spécialistes.

L'organisme est encouragé à revoir ce mode de fonctionnement afin de viser une standardisation favorisant un modèle d'unité fermée.

Les critères sont établis pour l'admission et le congé des différentes unités, mais il existe une certaine variabilité dans l'application des critères au congé. L'organisme est encouragé à préciser les critères de congé. Les usagers et les familles collaborent à l'élaboration des plans de soins et de transition.

L'équipe est à l'écoute des suggestions des usagers et des familles, comme en témoigne le projet d'amélioration des différentes salles d'attente des visiteurs dans différents services. Des appuis sont disponibles dans les situations difficiles, comme pour les soins palliatifs et les décisions de fin de traitement.

Les différents protocoles de sécurité sont bien établis, à l'exception du bilan comparatif des médicaments au transfert et au congé, ainsi que du dépistage du délire. L'équipe est encouragée à poursuivre son cheminement dans l'implantation de ces pratiques sécuritaires.

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

L'organisme est à différent niveau d'informatisation des dossiers médicaux. Cependant, dans tous les sites, les dossiers étaient à jour et contenaient toute l'information nécessaire afin de permettre à l'équipe de fournir des soins de qualité et sécuritaires. L'organisme est encouragé à évaluer la possibilité de migration vers un dossier unique informatique, afin que toute l'information soit disponible au même endroit. L'organisme est encouragé à intégrer l'apport des usagers et des patients dans la revue des pratiques de revue de dossier et sur l'utilisation des technologies et des communications électroniques.


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




L'organisme doit être félicité pour l'élaboration d'un plan d'amélioration de qualité régional avec des objectifs précis et des échéanciers documentés. Il procède à une surveillance des progrès reliés à l'atteinte de ces cibles. L'organisme est encouragé à inclure la participation des usagers et de sa famille dans l'élaboration des cibles, et des processus de contrôle de l'atteinte de ces cibles, ainsi que dans la sélection des protocoles basés sur les données probantes.

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

L'équipe des soins intensifs est bien consciente des possibilités de dons d'organes. Les membres de l'équipe sont en contact avec le programme provincial qui coordonne le processus de dons d'organes. De la formation sur les processus de dons d'organes a eu lieu dernièrement. Il existe un leadership médical exercé par le médecin chef des soins critiques médico-chirurgicaux à Moncton, qui désire investir dans cette voie et devenir un centre d'expertise pour la province, voire les Provinces maritimes. L'équipe est encouragée à formaliser les politiques et les procédures liées aux décès d'origine neurologique. Elle est aussi encouragée à évaluer les décès afin de cerner les occasions d'augmenter l'identification des donneurs potentiels.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
1.1 Les services sont conçus conjointement avec les résidents et les familles, les partenaires et la communauté.	!
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.	
2.5 La sécurité physique des résidents est protégée.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
3.9 De la formation et du perfectionnement sont fournis sur les façons de reconnaître et de prévenir le mauvais traitement des résidents et sur l'évaluation des personnes à risque de subir ou d'infliger des mauvais traitements.	!
3.16 Les représentants des résidents 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.	
5.7 De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de prévenir et de gérer la violence en milieu de travail, y compris les mauvais traitements, les agressions, les menaces et les voies de fait.	!
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
7.14 De l'information et de l'enseignement sur les façons de reconnaître et de signaler les mauvais traitements sont fournis aux résidents et aux familles.	
7.15 La stratégie de l'organisme en matière de prévention des mauvais traitements est comprise et suivie par l'équipe.	!
8.5 Un bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec l'utilisateur ou le résident, la famille ou le soignant pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments aux points de transition des soins.	

8.5.1	Au moment de l'admission ou avant celle-ci, un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'usager ou le résident, la famille, les prestataires de soins ou le soignant (selon le cas) et consigné.	<b>PRINCIPAL</b>
8.5.2	Le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est comparé avec les ordonnances de médicaments rédigées à l'admission, et tous les écarts entre les sources d'information sont décelés, réglés et consignés.	<b>PRINCIPAL</b>
8.5.3	Les ordonnances établies à l'admission à l'aide du bilan comparatif des médicaments sont utilisées pour produire une liste de médicaments à jour qui est versée dans le dossier de l'usager ou du résident.	<b>PRINCIPAL</b>
8.5.4	Au moment de la réadmission après un séjour dans un autre milieu de soins (p. ex., en soins de courte durée) ou avant la réadmission, les ordonnances de médicaments rédigées au congé sont comparées à la liste des médicaments à jour; tous les écarts entre les deux sont décelés, réglés et consignés.	<b>PRINCIPAL</b>
8.5.5	À la sortie du milieu de soins de longue durée, l'usager ou le résident et le prochain prestataire de soins (p. ex., un autre établissement de soins de longue durée ou un prestataire de soins dans la communauté), selon le cas, reçoivent la liste complète des médicaments que le résident prend.	<b>PRINCIPAL</b>
8.8	Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.	 <b>PRINCIPAL</b>
8.8.1	Les usagers à risque de suicide sont cernés.	<b>PRINCIPAL</b>
8.8.2	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>
8.12	La santé et les besoins bucco-dentaires de chaque résident sont régulièrement évalués en partenariat avec le résident et la famille.	
9.7	Une procédure est suivie pour mettre adéquatement en oeuvre les mesures de contention, pour surveiller le résident concerné et pour consigner l'utilisation de ces mesures au dossier du résident.	
9.10	L'accès des résidents aux services dentaires est facilité par l'équipe.	
9.19	L'information pertinente aux soins dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	

9.19.1	L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé.	PRINCIPAL
9.19.2	Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins.	PRINCIPAL
9.19.5	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>	SECONDAIRE
10.1	Les résidents et les familles bénéficient d'un milieu qui est flexible et qui répond à leurs besoins.	
10.3	Une expérience de repas agréable est favorisée pour chaque résident.	
12.7	L'efficacité des transitions est évaluée et l'information est utilisée pour améliorer la planification de la transition, avec l'apport des résidents et des familles.	
<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>		
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.



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

#### Processus prioritaire : Leadership clinique

On retrouve un leadership médical fort dans l'unité de longue durée. Le médecin gériatre assure un soutien précieux à l'équipe interdisciplinaire, une continuité de soins et un arrimage pendant la période de transition des usagers et des familles. Le médecin soutient les soins de confort et le passage avec dignité vers la fin de vie. Son appui à l'équipe est gage de succès dans capacité de l'équipe à faire cheminer les proches dans l'acceptation de l'hébergement.

La présentation de la semaine d'appréciation des soins de longue durée est une belle initiative faite par l'équipe de l'unité pour valoriser les soins et services prodigués à cette clientèle.

L'organisme est encouragé à développer l'offre de services des bénévoles et à impliquer les proches pour apporter un soutien à l'équipe clinique. La seule présence physique est souvent un mode d'apaisement efficace avec la clientèle.

L'équipe interdisciplinaire se rencontre aux trois semaines pour des discussions de cas. L'organisme est encouragé à trouver un outil de plan d'interventions interdisciplinaires qui serait élaboré en partenariat avec l'usager et la famille. L'implication hâtive des proches faciliterait une continuité dans le processus de cheminement déjà bien amorcé.

Un enjeu important en longue durée est l'attente pour un lit d'hébergement. Ce délai multifactoriel, impliquant entre autres le ministère de la santé et le ministère du développement social de la province, et la pénurie de ressources disponibles pour assurer des soins dans des lits disponibles en communauté font que le séjour des usagers en longue durée se prolonge souvent sur quelques années. Dans ce contexte, l'organisme est encouragé à analyser ce qu'il peut faire pour limiter ces délais, mais surtout créer un milieu de bien-être pour un séjour transitoire prolongé.

#### Processus prioritaire : Compétences

Le logiciel de formation en ligne est un outil intéressant et convivial pour les intervenants et permet un suivi de la mise à niveau par le gestionnaire. L'intégration dans ce logiciel de formations spécialisées et propres aux soins de longue durée pourrait être un atout dans le développement et le maintien des compétences.

Les intervenants rencontrés durant la visite ont tous parlé de l'augmentation des comportements perturbateurs chez la clientèle en soins de longue durée. Ils ont exprimé un besoin croissant de formation et d'outils pour les aider dans les interventions d'apaisement. Les lieux physiques représentent un obstacle pour isoler un usager et faire en sorte qu'il ne perturbe pas la quiétude de l'unité de soins. L'organisme offre une formation spécifique sur le sujet, mais les places semblent disparaître rapidement. L'organisme est encouragé à revoir la formation essentielle en soins de longue durée et à améliorer l'expertise du personnel. L'équipe interdisciplinaire est encouragée à poursuivre des initiatives de mise à niveau telles que des capsules de formation, des midis conférences et des échanges entre pair, pour maintenir les standards de pratique.

L'organisme est encouragé à aborder la question de la maltraitance dans les formations offertes à la clientèle et aux proches. On retrouve actuellement de la documentation dans l'unité de soins, mais il n'y a pas de formation formelle offerte à l'équipe.

Les compétences des membres de l'équipe interdisciplinaire sont déjà mises à profit. À titre d'exemple, l'ergothérapeute est impliqué pour tous les usagers qui sont à risque de développer une plaie ou de chuter, ou qui nécessitent une contention.

Les membres de l'équipe sont encouragés à sonder les intérêts et évaluer les compétences des usagers et des familles pour une utilisation possible et volontaire de ceux-ci au profit de la qualité des soins. L'équipe est expérimentée dans l'offre d'aide aux proches pendant cette période de transition. L'organisme est encouragé à soutenir cette pratique essentielle et de qualité et à encourager l'implication rapide des proches dans l'équipe interdisciplinaire.

### Processus prioritaire : Épisode de soins

Les protocoles de soins pour la prévention et la gestion des plaies ainsi que pour la prévention des chutes sont complets, connus de tous et alignés sur une approche interdisciplinaire. L'identification de tous les usagers à risque de chute est une approche proactive dans la gestion des risques. On retrouve au sein de l'unité plusieurs stratégies compensatoires pour limiter l'utilisation des contentions. L'organisme est encouragé à déployer le protocole de prévention du suicide.

L'unité encourage les proches à amener des objets familiers et à personnaliser l'environnement de l'usager. Par contre, c'est un défi de créer un milieu de vie au sein d'une unité hospitalière. L'organisme est encouragé à étudier des modifications possibles pour améliorer l'expérience vécue par l'usager et impliquer les proches dans des initiatives d'amélioration.

L'environnement physique est un défi de taille pour l'unité de longue durée. L'encombrement, le manque d'espaces de repos et la présence de lits de débordement dans les corridors limitent la sécurité, la confidentialité et la dignité des usagers. Lors de la visite, un usager en surplus dans l'unité était hébergé dans le corridor depuis 4 semaines. Nous avons dénombré 4 lits de surcroît lors de la visite et l'accès à un seul bain pour une occupation de 25 usagers. La réparation du sol de la salle de douche donnerait un accès à la douche. Le personnel adopte des stratégies pour limiter les lacunes en ce qui a trait à l'intimité de l'usager.



L'organisme est encouragé à revoir le processus de gestion des lits pour assurer la sécurité des usagers et la qualité des soins. La consultation des usagers et des proches pourrait faire partie du processus de détermination de solutions.

Plusieurs procédures sont en place pour assurer la sécurité de la clientèle. L'organisme est encouragé à poursuivre dans ce sens et à adopter une approche proactive et une responsabilisation d'équipe quant à la gestion des risques pour assurer un environnement exempt de dangers pour la clientèle. Bien que des tournées visuelles soient faites régulièrement, les chariots de médicaments non verrouillés et l'accès ouvert aux équipements souillés et propres ont été observés lors de la visite. Une responsabilité partagée et une imputabilité d'équipe dans la gestion des risques assureraient une sécurité constante au sein des unités de soins dans un contexte où l'espace est un défi.

Quelques initiatives cliniques sont à souligner dans le rehaussement des activités significatives pour les usagers. L'implication de la récréologie favorise la zoothérapie et des visites amicales, et grâce à la fondation, un parc extérieur a été aménagé. Les usagers sont impliqués dans l'entretien de cette aire de détente où on retrouve un potager.

La politique sur la prévention du suicide est en cours de révision dans le réseau. Elle n'est pas encore déployée et connue des intervenants. Cependant, il y a actuellement une évaluation faite par le médecin gériatre sur la prévention de la dépression et du suicide. Cette évaluation sert de repère pour mettre en place des stratégies et ainsi assurer la sécurité des usagers dans l'unité de soins.

### Processus prioritaire : Aide à la décision

Le processus d'embauche est complet. La pratique d'intégration de nouveaux employés comprend des activités théoriques en lien avec la mission et les valeurs du réseau ainsi que la philosophie du milieu de soins. Un mentor clinique assure par la suite l'intégration des pratiques organisationnelles requises. La pochette d'accueil élaborée par le service de longue durée est une belle initiative pour donner de l'information sur l'orientation à l'unité de soins, le déroulement du séjour et sur les ressources disponibles. L'organisme est encouragé à déployer cette bonne pratique.

Le processus d'admission à l'unité de soins est bien établi et les outils visant à faire en sorte que l'information complète sur l'utilisateur soit disponible et à jour à son arrivée sont déterminés. Les intervenants sont bien au fait des lois régissant la tenue de dossiers et la confidentialité associée au transfert d'information. Le dossier électronique et le dossier médical parallèle donnent parfois un portrait fragmenté de l'utilisateur. L'organisme est encouragé à poursuivre l'informatisation de tous les secteurs. Des audits de dossiers sont faits régulièrement avec plusieurs mesures de contrôle.

La politique sur les contentions est bien définie. L'organisme est encouragé à s'assurer que le consentement des proches et la fiche de suivi de la santé et de l'intégrité de l'utilisateur sous contention soient versés au dossier et que l'outil standardisé de suivi soit connu et appliqué par tous les intervenants.

Lors du congé de l'utilisateur de l'unité de soins, la transmission des renseignements aux partenaires de suivi dans le continuum est standardisée et efficace pour assurer un suivi optimal de la clientèle.

Les questionnements éthiques sont cernés et discutés en équipe interdisciplinaire. La résolution saine des différends est présente et les membres de l'équipe savent trouver le support extérieur au besoin.

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

Les tournées visuelles menées dans l'unité de soins sont une approche proactive dans la gestion des risques. L'organisme est encouragé à inclure des proches dans cette initiative pour amener un regard autre et à élaborer d'autres stratégies pour optimiser la sécurité.

L'organisme est également invité à revoir ses stratégies de gestion de débordement pour limiter le niveau sonore et l'encombrement au sein de l'unité de soin. Les lits de débordement ajoutés au matériel d'usage quotidien créent un environnement potentiellement dangereux pour le personnel, les usagers et les familles. On retrouve plusieurs projets dans le plan de développement de la qualité pour la longue durée. Les plans sont élaborés en fonction des priorités déterminées par les intervenants. L'organisme est encouragé à inclure des usagers et des proches dans les comités cliniques. Le tableau de développement de la qualité est nouvellement installé dans les unités. On y retrouve des renseignements sur la qualité, les plans de développement et les indicateurs suivis. L'organisme est encouragé à faire vivre ces projets, à mobiliser les intervenants et les usagers et à soutenir le développement d'une culture de mesure des résultats.

Une initiative qui se doit d'être mentionnée est le déploiement des tableaux dans les chambres des usagers à l'unité des anciens combattants à Campbellton. La simplification de l'information par des pictogrammes facilite la compréhension par tous les individus.

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

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
1.1 Les services sont conçus conjointement avec les usagers et les familles, les partenaires et la communauté.	!
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>	
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.	!
3.4 Un programme d'orientation complet est offert aux nouveaux membres de l'équipe et aux représentants des usagers et des familles.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
6.6 Pendant les heures normales, un accès aux services de soins primaires est offert le jour même aux usagers et à leur famille, au besoin.	!
6.8 Un processus de soins est utilisé après les heures normales et lorsque la clinique est fermée pour les usagers et leur famille qui doivent avoir accès à des services de soins primaires après les heures normales de travail.	!
6.9 Le processus de soins après les heures normales et lorsque la clinique est fermée comprend la façon de répondre aux demandes de renouvellement des médicaments ou de renseignements sur les médicaments après les heures de travail et en cas d'urgence.	
8.16 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.	!
11.13 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>	

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.	!
13.2	Des politiques sur l'utilisation des communications électroniques et des technologies sont élaborées et suivies, avec l'apport des usagers et des familles.	
<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b>		
14.2	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.	
14.3	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.	!
14.4	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.	!
14.5	Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.	!
15.1	Une approche proactive et prédictive est utilisée en vue de cerner les risques pour la sécurité des usagers et de l'équipe, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	!
15.2	Des stratégies sont élaborées et mises en oeuvre pour cerner les risques en matière de sécurité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
15.3	Des processus de vérification sont utilisés pour réduire les activités à risque élevé, avec l'apport des usagers et des familles.	!
15.4	Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des usagers et des familles.	!
15.7	Les incidents liés à la sécurité des usagers sont analysés pour éviter qu'ils ne se reproduisent et pour apporter des améliorations, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	!
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.	!
16.4	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.	

- 16.11 Les projets d'amélioration de la qualité sont évalués régulièrement pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.

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

##### Processus prioritaire : Leadership clinique

De belles initiatives de communications internes et externes sont en place. Des projets avec la population sont en place. Les équipes de soins primaires sont présentes sur le territoire afin d'apprendre à connaître la population et à faire connaître leurs services.

Hôpital général du Grand Sault

Il n'y a pas d'accès privilégié aux services de soins primaires le jour même pour tous les services de soins primaires.

##### Processus prioritaire : Compétences

Il n'y a rien qui indique que la formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe ont été définis avec l'apport des usagers et des familles.

Hôpital et Centre de santé communautaire de Lamèque :

Un programme d'accueil et d'orientation des nouveaux membres de l'équipe auraient avantage à être rédigé afin de faciliter le transfert des connaissances et le suivi des objectifs à atteindre.

##### Processus prioritaire : Épisode de soins

On encourage l'organisme à élaborer et à mettre en œuvre un processus de mise à contribution des usagers et des familles.

Nous félicitons les équipes pour l'impressionnant travail de recensement des accès aux médecins de famille. Cette information aidera grandement dans la planification et la mise en place de solutions pour améliorer l'accès aux soins primaires.

Hôpital et Centre de santé communautaire de Lamèque :

La zone 6 possède un dossier informatique pour tous les usagers des soins primaires.

Centre de santé communautaire St-Joseph de Dalhousie:

L'environnement physique des lieux à la réception de la pratique collaborative ne permet pas d'assurer la confidentialité des usagers.

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

L'équipe est à mettre en place un plan d'action régional. Celle-ci connaît la population et collabore avec divers partenaires de la communauté.

Nous soulignons la source d'information rendue disponible par le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick.

On encourage l'organisme à élaborer et à mettre en œuvre un processus de mise à contribution des usagers et des familles.

Centre communautaire St-Joseph :

Lusager participe aux tables de discussion et à divers groupes de travail en lien avec l'offre de service.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

L'équipe est à mettre en place un plan d'action régional. Celle-ci connaît la population et collabore avec divers partenaires de la communauté.

Nous soulignons la source d'information rendue disponible par le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick.

On encourage l'organisme à élaborer et à mettre en œuvre un processus de mise à contribution des usagers et des familles.

Centre communautaire St-Joseph :

Lusager participe aux tables de discussion et à divers groupes de travail en lien avec l'offre de service.

## Ensemble de normes : Télésanté - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
1.1 Les services sont conçus conjointement avec les usagers et les familles, les partenaires et la communauté.	!
1.3 Des politiques et des procédures conçues avec l'apport des usagers et des familles régissent la prestation des services de télésanté.	!
1.4 Des buts et des objectifs spécifiques aux services sont élaborés avec l'apport des usagers et des familles.	
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.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
4.1 La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!
<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>	
14.2 Des politiques sur l'utilisation des communications électroniques et des technologies sont élaborées et suivies, avec l'apport des usagers et des familles.	
<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.	!

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

L'équipe de la télésanté est une petite équipe très dynamique. L'équipe est très axée sur les besoins de des usagers qui utilisent ces services.

La couverture est régionale et les besoins sont en constante évolution. Il existe des politiques et procédures qui encadrent tout le processus de télésanté.

La croissance rapide crée une pression sur les ressources tant humaines que matérielles. Au cours de prochaines années, ce sera tout un défi que d'arriver à répondre à la demande.

##### Processus prioritaire : Compétences

L'équipe de télésanté est très rigoureuse et dévouée. Elle s'assure avant d'effectuer des branchements de certifier les utilisateurs. On compte environ deux mille utilisateurs, dont certains sont à l'extérieur du pays.

Le personnel est disponible pour former et aider les utilisateurs afin que l'expérience soit satisfaisante.

Les membres de différentes zones partagent leur expertise afin d'assurer un service constant et de qualité.

##### Processus prioritaire : Épisode de soins

Ce service a connu une augmentation importante de ses activités au cours des deux dernières années et s'ajuste constamment aux besoins de ses différents utilisateurs.

Du côté clinique, on est très satisfait de l'offre de services qui évite des déplacements aux usagers. Les services offerts sont multiples et s'adressent à différentes clientèles. Certains usagers ont la possibilité d'obtenir ces services à domicile. Certaines cliniques utilisent de façon statutaire les services de la télésanté.



L'équipe souhaite mettre en œuvre un projet de réservation des salles de vidéoconférence centralisées afin de mieux gérer les demandes.

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

Les systèmes de vidéoconférence sont sur réseau sécurisé et exclusif pour les soins de santé au Nouveau-Brunswick.

La confidentialité et la vie privée de l'utilisateur sont respectées. Une fois les consignes données à l'utilisateur, celui-ci est seul dans la pièce avec son médecin. Par contre, en cas de besoin, il peut contacter le service de télésanté en tout temps si une problématique se présente ou s'il décide d'interrompre la séance. Certains usagers ayant des besoins particuliers sont accompagnés par des intervenants.

L'équipe ne recueille que les données nécessaires à l'installation de la séance de vidéoconférence.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

À la mise en œuvre de nouvelles politiques et procédures, le service de télésanté s'appuie sur les meilleures pratiques, sur des études portant sur ce qui est fait ailleurs au Canada et à l'échelle internationale, ainsi que sur les indications de la NIFTE2003 (National Initiative for Telehealth Framework of Guidelines). L'équipe participe au comité provincial TMS.

L'équipe incite les usagers à remplir un formulaire d'évaluation immédiatement après son expérience. Cependant, les résultats ne sont pas communiqués aux utilisateurs, usagers et familles. Nous encourageons l'équipe à formaliser les activités d'évaluation et à les communiquer à l'échelle de l'organisme ainsi qu'aux usagers et aux familles.

Le service est en adaptation continue pour satisfaire l'augmentation des besoins de ses différentes clientèles.

L'équipe travaille à l'élaboration d'un dépliant pour promouvoir ses services

## Ensemble de normes : Toxicomanie et lutte contre l'obsession du jeu - 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>	
--	--

3.1 La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.



<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>	
---	--

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.



<b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</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'équipe de leadership a aidé le personnel à se sentir à l'aise face aux changements en cours de réalisation. Nous notons que plusieurs structures soutiennent les activités d'amélioration de la qualité, comme les comités de qualité, le leadership, les gestionnaires, le conseil et de conjoints d'action de communauté.

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

L'équipe est très engagée et tient compte des besoins des populations spécifiques, comme les Premières nations. L'implication d'un travailleur social dans la communauté est aussi un plus. Il y a des outils importants pour les usagers et les familles, comme le guide pour les familles et la trousse d'accueil. Il existe des occasions de mieux faire connaître aux familles des usagers les services de soutien qui sont à leur disposition.

**Processus prioritaire : Épisode de soins**

L'équipe offre un service de haute qualité aux usagers. Des patients partenaires siègent à plusieurs comités opérationnels et beaucoup de bénévoles s'impliquent dans le programme. Il existe des possibilités d'amélioration de l'intégration des services médicaux dans les soins offerts aux usagers et la formation des membres de l'équipe. Une des grandes difficultés relevées par les usagers est l'absence d'un programme de méthadone hors des grandes villes.

**Processus prioritaire : Aide à la décision**


L'équipe travaille avec plusieurs outils de qualité pour orienter ses décisions. Les principaux sont : les tableaux de qualité dans les endroits publics, les projets d'amélioration de la qualité en cours et la modification du processus d'admission.


**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

Le programme a fait beaucoup de travail pour bien intégrer l'apport des usagers et des patients partenaires. On utilise aussi plusieurs sondages pour mieux comprendre l'effet de leur participation. On utilise, par exemple, des sondages auprès des usagers, des employés et des partenaires communautaires (p. ex. les autres prestataires de service et les services policiers).

## 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>	
8.1 La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!
8.10 De la formation et du perfectionnement sont offerts sur la façon de cerner les besoins en matière de soins palliatifs et de fin de vie.	!
8.11 Le rendement de chaque membre de l'équipe est évalué régulièrement et consigné de façon objective, interactive et constructive.	!
8.12 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.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
15.6 Soins en consultation externe seulement : Un bilan comparatif des médicaments est établi en partenariat avec les usagers et les familles pour communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments de l'usager qui reçoit des soins ambulatoires, si celui-ci risque de subir des événements indésirables liés aux médicaments. La politique de l'organisme précise pour quels usagers des soins ambulatoires un bilan comparatif des médicaments doit être établi et à quelle fréquence il doit être répété.	POR
15.6.1 Les types d'usagers des soins ambulatoires pour lesquels un bilan comparatif des médicaments doit être établi sont précisés et consignés.	PRINCIPAL
15.6.2 En ce qui a trait aux usagers des soins ambulatoires pour lesquels un bilan comparatif des médicaments doit être établi, la fréquence à laquelle il faut répéter le bilan comparatif des médicaments est précisée et consignée.	PRINCIPAL

15.6.3	Avant ou pendant la première visite aux soins ambulatoires, le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) est produit en partenariat avec l'utilisateur, la famille, le soignant et d'autres personnes, selon le cas, et consigné.	<b>PRINCIPAL</b>
15.6.4	Avant ou pendant les visites subséquentes aux soins ambulatoires, le MSTP est comparé à la liste actuelle de médicaments et tout écart entre les deux sources d'information est décelé et consigné. Cela se fait à la fréquence exigée par l'organisme.	<b>PRINCIPAL</b>
15.6.5	Les écarts entre les sources d'information sur les médicaments sont réglés en partenariat avec l'utilisateur et la famille OU communiqués au prescripteur principal; les mesures prises pour régler les écarts sont consignées.	<b>PRINCIPAL</b>
15.6.6	Quand les écarts sont réglés, la liste de médicaments est mise à jour et conservée dans le dossier de l'utilisateur.	<b>PRINCIPAL</b>
15.6.7	L'utilisateur et le prochain prestataire de soins (p. ex., prestataire de soins primaires, pharmacien communautaire ou prestataire de soins à domicile) reçoivent une liste complète des médicaments que l'utilisateur devrait prendre à la fin des services.	<b>PRINCIPAL</b>
15.8	Soins en milieu hospitalier seulement : Les usagers en médecine et en chirurgie qui risquent d'avoir une thrombo-embolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire) sont identifiés et reçoivent la thromboprophylaxie appropriée.	
	NOTE : Cette POR ne s'applique pas dans les hôpitaux pédiatriques. Elle s'applique uniquement aux usagers âgés de 18 ans et plus. Cette POR ne s'applique pas aux interventions d'un jour ni aux interventions n'exigeant qu'une nuit d'hospitalisation.	
15.8.3	Des mesures visant le recours à une prophylaxie de la TEV appropriée sont établies, la mise en oeuvre de la prophylaxie de la TEV appropriée est vérifiée; et cette information est utilisée pour apporter des améliorations aux services.	<b>SECONDAIRE</b>
15.8.4	Les usagers en chirurgie orthopédique lourde (c.-à-d. arthroplastie de la hanche et du genou ou chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche) qui nécessitent une prophylaxie après le congé sont ciblés, et un mécanisme est en place pour leur offrir la prophylaxie appropriée après le congé.	<b>PRINCIPAL</b>

21.2	Thérapie systémique en consultation externe seulement : Des processus de suivi sont établis avec les usagers qui reçoivent des traitements oraux.	
22.9	L'information pertinente aux soins dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace aux points de transition des soins.	
22.9.5	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

25.2	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.	
25.3	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.	!
25.4	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.	!
25.5	Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.	!
25.6	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.	!

27.3 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.



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.

27.17 Les projets d'amélioration de la qualité sont évalués régulièrement pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.

#### Processus prioritaire : Gestion des médicaments

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

Le CHU Dr-Georges-L.-Dumont et l'Hôpital régional Chaleur ont été visités pour ce processus prioritaire. Les sites de Campbellton, Caraquet et Edmundston sont toutefois également des satellites du centre régional de Moncton et nécessitent une attention particulière du point de vue de l'amélioration de la qualité. L'unité d'hospitalisation au CHU Dr-Georges-L.-Dumont comprend 22 lits. On applaudit la structure régionale de comités mise en place afin d'harmoniser les services d'oncologie. On souligne la mise sur pied du Centre de santé du sein dont la mise en œuvre a été soutenue par des usagers et des survivantes. La future salle de chimiothérapie à l'étage a également fait l'objet de consultations avec les usagers pour sa création. On encourage l'organisme à maintenir une surveillance proactive de l'occupation de ses services et des délais d'attente afin de planifier l'expansion de ceux-ci en fonction des besoins de la population desservie.

#### Processus prioritaire : Compétences

On encourage l'organisme à impliquer les usagers et les familles dans la définition de la formation et du perfectionnement requis par les membres de l'équipe. On encourage l'organisme à mettre en œuvre un programme de perfectionnement pour tous les employés en matière de soins palliatifs et de fin de vie. Des évaluations du rendement sont effectuées pour les employés problématiques et des plans d'action sont mis en place. On encourage la gestionnaire à mettre en place un cycle d'évaluation périodique et systématique du rendement de tous les membres de l'équipe. L'approche multidisciplinaire et collaborative est propice à la prestation de soins optimaux pour les usagers. On encourage l'organisme à poursuivre ses démarches d'évaluation des rôles du personnel infirmier, auxiliaire et préposé afin d'en arriver à un modèle optimal.

**Processus prioritaire : Épisode de soins**

On encourage la poursuite de l'optimisation de l'utilisation des chaises dans les services externes de chimiothérapie. L'infrastructure déficiente en clinique externe d'oncologie médicale à Moncton présente un risque pour la sécurité et la confidentialité des usagers. La relation avec chaque usager des services d'oncologie est ouverte, transparente et respectueuse. On encourage l'équipe à mettre en œuvre un processus de bilan comparatif des médicaments pour les services ambulatoires d'oncologie, tant à Moncton qu'au sein des sites satellites. L'évaluation du risque de thrombo-embolie veineuse n'étant pas consignée sur le formulaire à cet effet dans tous les dossiers, il est impossible de confirmer la conformité à cette pratique organisationnelle requise. Une nouvelle procédure a récemment été mise en place en collaboration avec le service de cardiologie afin d'identifier les usagers porteurs d'un stimulateur cardiaque présentant un risque avec la radiothérapie. On encourage l'organisme à systématiser l'évaluation de la santé mentale des usagers des services d'oncologie. Des démarches d'harmonisation sont en cours afin de standardiser les protocoles de traitement au sein du Réseau de santé Vitalité. La mise en œuvre à l'échelle régionale du système MOSAIQ assura une dissémination complète de l'information clinique à tous les intervenants du réseau. On encourage l'équipe à mettre en œuvre un processus de suivi systématique des usagers recevant des traitements anti-cancéreux oraux.

**Processus prioritaire : Aide à la décision**

Tous les critères de ce processus prioritaire sont conformes. L'organisme est encouragé à poursuivre son déploiement du système MOSAIQ à l'ensemble du réseau.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

On encourage l'implication des usagers et des familles dans ce processus de choix des lignes directrices éclairées par des données probantes et l'élaboration des procédures et protocoles. On incite l'organisme à impliquer les usagers et les familles dans l'élaboration de plans d'action en soutien à l'amélioration de la qualité. Des revues par les pairs sont régulièrement effectuées au sein de l'équipe d'oncologie. On incite l'équipe à maintenir à jour son plan d'amélioration de la qualité, à le rendre disponible et à en faire le suivi avec tous ses membres. Le pilotage du projet de redéfinition des rôles du personnel sur l'étage 4D est particulièrement pertinent dans le contexte de la surcharge de travail présentement vécue.

**Processus prioritaire : Gestion des médicaments**

On encourage l'organisme à poursuivre ses démarches d'informatisation complète du processus de prescription d'agents de chimiothérapie afin de réduire le risque d'erreur et la variance. On incite le service d'oncologie au CHU Dr-Georges-L.-Dumont à réorganiser le comptoir de service de la pharmacie pour les agents de chimiothérapie; celui-ci est encombré et présente un risque accru d'erreur et de déversement accidentel. De même, la proximité des usagers et le manque d'espace réservé à la préparation des solutions de chimiothérapie présentent des risques pour la sécurité des usagers. On encourage également la réévaluation du processus de distribution des médicaments sur l'étage afin d'en réduire les risques et de réduire les déplacements inutiles du personnel.



## Ensemble de normes : Transfusions - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Services transfusionnels</b>	
25.1 L'équipe recueille des renseignements et des commentaires auprès des usagers, des familles, du personnel, des prestataires de services, du personnel d'encadrement de l'organisme et d'autres organismes à propos de la qualité de ses services pour orienter ses projets d'amélioration de la qualité.	
25.11 L'équipe communique l'information relative aux activités d'amélioration de la qualité, aux résultats et aux apprentissages aux usagers, aux familles, au personnel, aux prestataires de services, au personnel d'encadrement de l'organisme, et à d'autres organismes, s'il y a lieu.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>	
<b>Processus prioritaire : Services transfusionnels</b>	

Dans les unités de soins, on retrouve facilement toute la documentation requise en regard de la médecine transfusionnelle. Des bacs verts renfermant tout le matériel destiné à la transfusion sont placés dans les unités propres, ce qui est une excellente initiative.

Il existe un formulaire relatif au consentement à la transfusion. Dans les dossiers consultés, tous les consentements étaient présents et le suivi noté respectait en tout point la procédure d'administration des produits sanguins.






Le comité de médecine transfusionnelle est actif. Nous l'encourageons à élaborer et à réaliser des sondages auprès des usagers.

L'efficacité des procédures de retrait et étude des dons antérieurs provenant de la Société canadienne du sang est évaluée.

Pour la formation, une session en ligne est élaborée et tout le personnel infirmier impliqué dans l'administration des produits sanguins doit la suivre. Nous avons été en mesure de vérifier les preuves de formation.

## Ensemble de normes : Urgences - Secteur ou service

Critère non respecté	Critères à priorité élevée
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>	
2.1 Les exigences et les lacunes relatives aux ressources sont cernées et communiquées au personnel d'encadrement de l'organisme.	
2.4 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'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.	
2.9 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.	
<b>Processus prioritaire : Compétences</b>	
4.1 La formation et le perfectionnement que doivent détenir tous les membres de l'équipe sont définis avec l'apport des usagers et des familles.	!
4.15 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.	
6.3 La charge de travail est évaluée et les membres de l'équipe sont réaffectés lorsque cela est nécessaire pendant les périodes de volume élevé et les périodes d'afflux massif au service des urgences.	
<b>Processus prioritaire : Épisode de soins</b>	
8.4 Un triage est effectué pour chaque usager en pédiatrie, en partenariat avec l'usager et la famille, dans les délais établis conformément à l'ÉTG pour l'urgence pédiatrique.	!
9.16 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.	!
10.2 Le processus d'évaluation est conçu avec l'apport des usagers et des familles.	

<p>10.5 En partenariat avec les usagers, familles ou soignants, l'établissement du bilan comparatif des médicaments est entrepris pour les usagers que l'on décide d'admettre et pour un groupe cible d'usagers non admis qui présentent un risque potentiel d'événements indésirables liés aux médicaments (la politique de l'organisme précise quand entreprendre l'établissement du bilan comparatif des médicaments pour les usagers que l'on décide de ne pas admettre).</p> <p>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 des médicaments peut commencer au Service des urgences et être terminé à l'unité qui reçoit l'utilisateur.</p> <p>10.5.2 Les critères pour un groupe cible d'usagers non admis qui sont admissibles au bilan comparatif des médicaments sont déterminés et les raisons expliquant le choix de ces critères 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>10.7 Les usagers sont évalués et suivis pour ce qui est du risque de suicide.</p> <p>10.7.2 Le risque de suicide chez chaque usager est évalué à des intervalles réguliers ou au fur et à mesure que les besoins changent.</p>	<p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;"><b>PRINCIPAL</b></p>
<p>13.9 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.</p>	
<p><b>Processus prioritaire : Aide à la décision</b></p>	
<p>14.8 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.</p>	<p style="text-align: center;"></p>
<p><b>Processus prioritaire : Impact sur les résultats</b></p>	
<p>16.3 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.</p>	<p style="text-align: center;"></p>
<p>16.4 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.</p>	<p style="text-align: center;"></p>

16.5	Les lignes directrices et les protocoles sont examinés régulièrement, avec l'apport des usagers et des familles.	!
17.1	Une approche proactive et prédictive est utilisée en vue de cerner les risques pour la sécurité des usagers et de l'équipe, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	!
17.2	Des stratégies sont élaborées et mises en oeuvre pour cerner les risques en matière de sécurité, avec l'apport des usagers et des familles.	!
17.3	Des processus de vérification sont utilisés pour réduire les activités à risque élevé, avec l'apport des usagers et des familles.	!
17.4	Les stratégies d'amélioration de la sécurité sont évaluées avec l'apport des usagers et des familles.	!
17.7	Les incidents liés à la sécurité des usagers sont analysés pour éviter qu'ils ne se reproduisent et pour apporter des améliorations, et ce, 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.	!
18.4	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.	
18.5	Le temps nécessaire pour assurer le transfert des usagers amenés par ambulance est évalué et utilisé afin d'établir les délais prévus pour le transfert des usagers qui sont amenés au service des urgences par les SMU.	
18.13	Les projets d'amélioration de la qualité sont évalués régulièrement pour en vérifier la faisabilité, la pertinence et l'utilité, et ce, avec l'apport des usagers et des familles.	
<b>Processus prioritaire : Dons d'organes et de tissus</b>		
11.6	De la formation et du perfectionnement sur la façon de soutenir et d'informer les familles de donateurs d'organes et de tissus potentiels sont fournis à l'équipe, avec l'apport des usagers et des familles.	
<b>Commentaires des visiteurs pour ce(s) processus prioritaire(s)</b>		
<b>Processus prioritaire : Leadership clinique</b>		

Un comité de gestion régional des urgences a été mis sur pieds afin d'harmoniser les différents services d'urgence du réseau. De nombreuses démarches sont en cours en soutien à cet effort d'harmonisation.

Une structure médicale régionale a également été mise sur pied en vue d'obtenir un consensus concernant les directions médicales en lien avec ces nouvelles approches standardisées. De plus, des comités de politiques et procédures et de formation continue ont été créés. Certains des plus petits sites ont quelque peu laissé tomber leurs rencontres internes dans ce contexte et ils sont encouragés à réinstaurer celles-ci afin de maintenir une transparence dans les communications et les échanges dans cette période de changements.

L'organisme est encouragé à mettre en place un système plus robuste d'escalade pour les petites urgences du réseau qui sont laissées fréquemment à découvert en raison du grand nombre de transferts inter-établissements. On incite l'organisme à impliquer davantage les usagers et leur famille dans ces processus décisionnels et d'amélioration de la qualité. On encourage le maintien des discussions du personnel du CHU Dr-Georges-L.-Dumont avec l'Hôpital de Moncton du Réseau de santé Horizon afin de faciliter l'arrimage de services, la collaboration et la complémentarité. Les taux d'occupation de l'urgence et la pénurie de personnel à Moncton et à Edmundston créent un environnement de soins qui présente un risque important pour la sécurité des usagers, étant donné l'encombrement physique qui en découle. Cette situation très préoccupante contribue à l'accroissement de la charge de travail du personnel en place et a un effet néfaste sur la rétention de celui-ci. Bien que des représentations aient été faites concernant les lacunes en ressources humaines à Moncton, elles n'ont pas laissé place à un plan d'action concerté au niveau de l'organisme, contrairement à l'urgence d'Edmundston, qui semble avoir été fructueuse dans une démarche similaire. On encourage une évaluation systématique afin de cibler des solutions réalistes et efficaces à cette pénurie. On félicite l'organisme pour ses initiatives ayant pour but de réduire en amont le volume d'usagers se présentant à l'urgence (clinique de neurologie, clinique d'antibiothérapie iv, plan individualisé pour les grands utilisateurs, clientèles vulnérables, approches communautaires pour réduire les priorités 4 et 5 et optimiser le soutien à domicile, utilisation des infirmières praticiennes), de même que les démarches ayant pour but d'accommoder cette augmentation de volume (réaménagement interne agressif, réallocation de personnel). On suggère de poursuivre l'analyse des rôles du personnel infirmier, auxiliaire et préposé à l'image de l'exercice en cours sur l'étage d'oncologie et la rationalisation du processus d'orientation à l'urgence. L'organisme est encouragé à revoir son code de débordement, car il n'est pas systématiquement déclaré lorsqu'il se produit, ce qui contribue à l'escalade de l'encombrement. Un plan de désencombrement régional est sur le point d'être achevé et mis en œuvre avant la prochaine saison hivernale; une plus grande proactivité dans la gestion des situations de débordement à l'urgence est souhaitable. L'organisme est encouragé à définir un critère d'occupation à l'urgence comme critère de déclenchement du code de débordement et de voir l'encombrement à l'urgence comme un symptôme gestionnel en ce qui concerne l'ensemble du cheminement de l'utilisateur. On encourage l'organisme à engager les usagers et les familles et à mettre en place une gestion proactive de ses projets d'infrastructure afin de faciliter des interactions confidentielles et sécuritaires pour le personnel et les usagers.

### Processus prioritaire : Compétences

On encourage l'organisme à impliquer les usagers et les familles dans la définition de la formation et du perfectionnement requis par les membres de l'équipe. Il existe un processus robuste d'orientation et de

formation continue du personnel au service des urgences, qui s'accompagne d'un soutien sous forme de mentorat qui est très apprécié. L'évaluation du rendement du personnel vient de démarrer dans certains milieux et on encourage l'organisme à poursuivre ses démarches en ce sens. On encourage l'équipe à mettre davantage à contribution les usagers et leur famille en ce qui a trait à leur satisfaction en lien avec ses rôles et responsabilités. On incite l'organisme à poursuivre sa révision du rôle des différents intervenants afin d'accroître son efficacité dans l'utilisation du personnel. On encourage l'équipe à mettre en place un programme de simulations de situations d'urgence et à pratiquer ces manœuvres sur une base régulière. Le haut taux de roulement du personnel dans certains milieux résulte en un accroissement important de la proportion du personnel peu expérimenté. On incite l'organisme à poursuivre ses démarches afin de quantifier les ressources humaines manquantes afin d'assurer la prestation de soins sécuritaires. Il semble n'exister que très peu de flexibilité pour réaffecter du personnel aux urgences en période de volume élevé de consultations; on encourage l'organisme à se doter de ces moyens.

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

Les délais d'accès à certaines consultations spécialisées créent des problèmes dans certains sites. On encourage l'organisme à envisager des options comme la téléconsultation, compte tenu des succès qu'ont connus les consultants en psychiatrie de Bathurst qui ont offert du soutien à Caraquet. Dans xc de façon électronique et dans le dossier papier, les renseignements nécessaires s'y retrouvent généralement facilement. On encourage l'organisme à poursuivre ses démarches d'informatisation du dossier de l'utilisateur dans le but d'accroître l'accès à l'information médicale pour tous les professionnels impliqués. Le personnel infirmier a accès à des documents d'information, des politiques, des procédures, ainsi que de l'information sur la médication sur le Boulevard. Le Portail santé du Nouveau-Brunswick donne accès, avec le numéro d'assurance maladie, à de l'information sur les usagers : on y retrouve les examens de laboratoire et de radiologie, les visites à l'urgence et le profil pharmaceutique. On incite l'organisme à poursuivre ses démarches de mise en œuvre et de pleine utilisation du formulaire électronique de déclaration d'incidents.

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

On encourage l'organisme à élaborer et à mettre en œuvre un processus de mise à contribution des usagers et des familles dans le choix, l'élaboration et la mise en œuvre des lignes directrices. On incite l'organisme à impliquer les usagers et les familles dans l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies permettant de cerner les risques en matière de sécurité. On encourage l'organisme à évaluer les délais de transfert des usagers amenés par ambulance dans une optique d'amélioration continue. On suggère aux équipes de maintenir à jour leur plan d'action d'amélioration de la qualité, de l'associer à des objectifs précis et mesurables (SMART) et de le rendre disponible à tout le personnel. On encourage l'organisme à mettre en œuvre un processus plus robuste d'évaluation des projets d'amélioration de la qualité avec l'apport des usagers et des familles. Des audits de qualité sont faits régulièrement et les résultats sont partagés avec le personnel.

**Processus prioritaire : Impact sur les résultats**

On encourage l'organisme à développer et à mettre en œuvre un processus de mise à contribution des usagers et des familles dans le choix, le développement et la mise en œuvre des lignes directrices. On incite l'organisme à impliquer les usagers et les familles dans l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies permettant de cerner les risques en matière de sécurité. On encourage l'organisme à évaluer les délais de transfert des usagés amenés par ambulance dans une optique d'amélioration continue. On suggère aux équipes de maintenir à jour leur plan d'action d'amélioration de la qualité, de l'associer avec des objectifs précis et mesurables (SMART) et de le rendre disponibles à tout le personnel. On encourage l'organisme à mettre en œuvre un processus plus robuste d'évaluation des projets d'amélioration de la qualité avec l'apport des usagers et des familles. Des audits de qualité sont faits régulièrement et les résultats sont partagés avec le personnel.

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

Le programme de dons d'organes est géré au niveau provincial et l'expertise y réside principalement. On encourage l'organisme à poursuivre ses démarches de sensibilisation du personnel en ce qui a trait au programme. On incite également l'organisme à impliquer les usagers et les familles dans ce processus.

## 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 : 8 janvier 2017 au 23 janvier 2017**
- **Nombre de réponses : 23**

#### 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.	4	0	96	S.O.
2. Les politiques et les procédures de gouvernance qui définissent nos rôles et responsabilités sont bien documentées et sont systématiquement respectées.	0	0	100	S.O.
3. Les rôles et responsabilités des sous-comités doivent être mieux définis.	74	9	17	S.O.
4. À titre de conseil d'administration, nous ne prenons pas directement part aux questions relevant de la gestion.	13	4	83	S.O.



	% 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.	0	0	100	S.O.
6. Nos rencontres ont lieu assez fréquemment pour nous permettre de prendre des décisions en temps opportun.	4	9	87	S.O.
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).	0	5	95	S.O.
8. Les membres arrivent aux rencontres prêts à participer à des discussions productives et à prendre des décisions réfléchies.	0	0	100	S.O.
9. Nos processus de gouvernance doivent davantage permettre de s'assurer que chacun participe à la prise de décisions.	30	4	65	S.O.
10. La composition de notre conseil d'administration contribue au fonctionnement optimal de la gouvernance et du leadership.	0	0	100	S.O.
11. Les membres demandent à entendre les idées et les commentaires des autres et les écoutent.	4	0	96	S.O.
12. Nous sommes encouragés à participer à de la formation continue et à du perfectionnement professionnel.	9	4	87	S.O.
13. Il existe de bonnes relations de travail entre les membres.	0	0	100	S.O.
14. Il existe un processus pour établir les règlements et les politiques de l'organisme.	0	0	100	S.O.
15. Nos règlements et nos politiques traitent de la confidentialité et des conflits d'intérêts.	0	0	100	S.O.
16. Nous évaluons notre rendement par rapport à celui d'autres organismes semblables ou à des normes pancanadiennes.	9	13	78	S.O.
17. Les contributions des membres sont revues régulièrement.	9	9	83	S.O.

	% 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 revoyons notre fonctionnement régulièrement et nous nous questionnons sur la façon dont nous pourrions améliorer nos processus de gouvernance.	4	13	83	S.O.
19. Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.	14	41	45	S.O.
20. À titre de conseil d'administration, nous cernons régulièrement des possibilités d'amélioration et réalisons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	4	13	83	S.O.
21. En tant que membres, nous avons besoin d'une meilleure rétroaction sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	30	9	61	S.O.
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.	13	17	70	S.O.
23. En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	0	0	100	S.O.
24. En tant que conseil d'administration, nous entendons parler d'usagers qui ont subi des préjudices pendant les soins.	10	5	86	S.O.
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.	4	9	87	S.O.
26. Nous recrutons, recommandons et sélectionnons activement de nouveaux membres en fonction des compétences particulières requises, des antécédents et de l'expérience.	28	22	50	S.O.
27. Nous n'avons pas suffisamment de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	47	26	26	S.O.
28. Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité du conseil d'administration.	14	27	59	S.O.
29. La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté.	0	9	91	S.O.

	% Pas du tout d'accord / Pas d'accord	% Neutre	% D'accord / Tout à fait d'accord	% D'accord * Moyenne canadienne
	Organisation	Organisation	Organisation	
30. Des politiques écrites définissent clairement la durée et les limites des mandats des membres ainsi que la rétribution.	0	5	95	S.O.
31. Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous-comités.	0	9	91	S.O.
32. Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.	38	25	38	S.O.

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	4	17	78	S.O.
34. La qualité des soins	9	13	78	S.O.

## Sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers

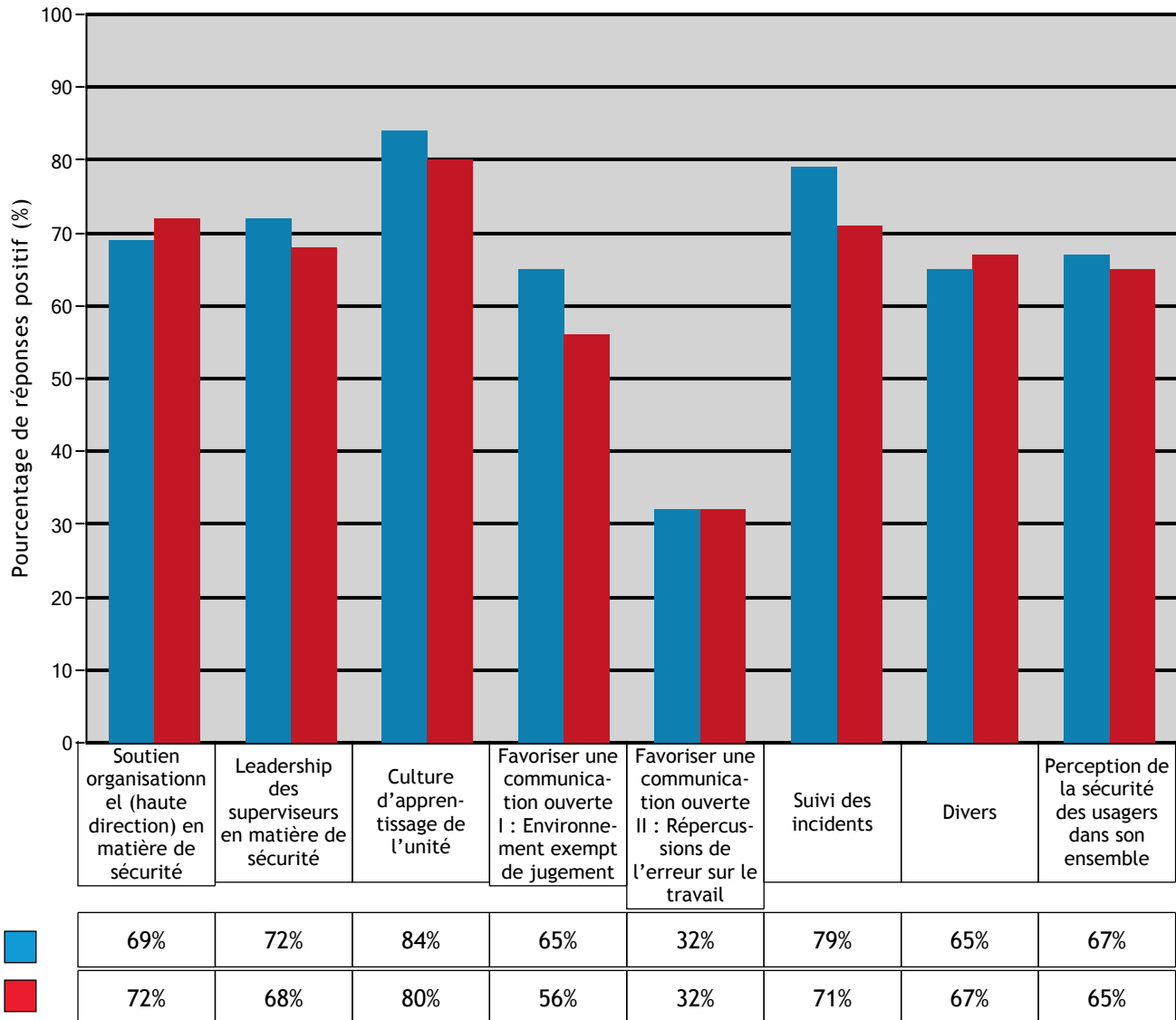
Généralement reconnue comme un important catalyseur des changements de comportement et des attentes, la culture organisationnelle permet d'accroître la sécurité dans les organismes. L'une des étapes clés de ce processus est la capacité de déterminer s'il y a présence d'une culture de sécurité dans les 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 : 11 octobre 2015 au 9 novembre 2015**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 362**
- **Nombre de réponses : 2969**

**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 2016 et qui sont d'accord avec les éléments de l'outil.

## Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail

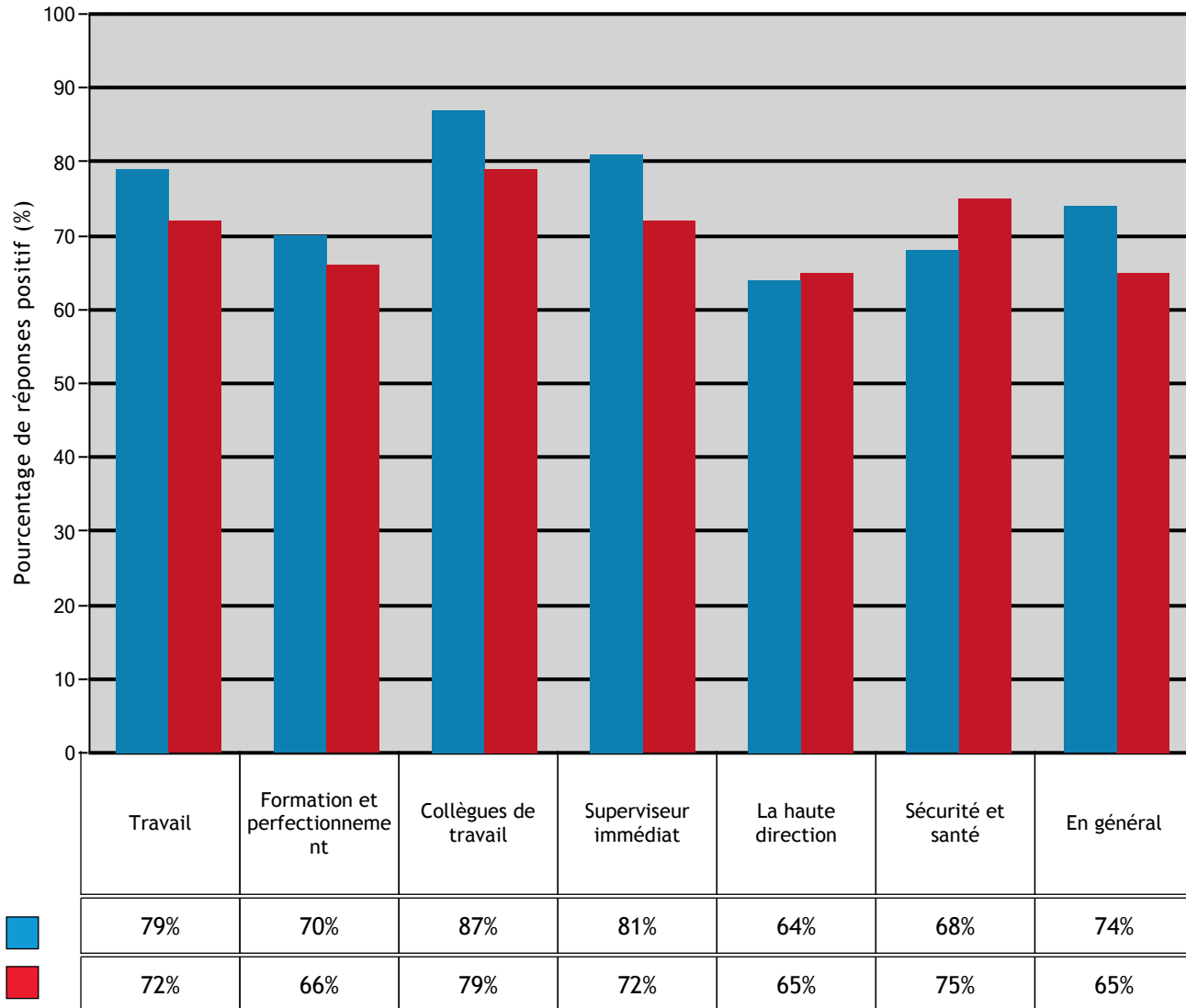
Agrément Canada aide les organismes à créer des milieux de travail de haute qualité qui favorisent le bien-être et le rendement des effectifs. C'est pour cette raison qu'Agrément Canada leur fournit le Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail, un outil fondé sur l'expérience concrète, qui prend 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 : 11 octobre 2015 au 9 novembre 2015**
- **Nombre minimum de réponses exigé (en fonction du nombre d'employés admissibles) : 363**
- **Nombre de réponses : 2572**

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 2016 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.	Non Conforme
L'organisme a transmis à Agrément Canada un ou plusieurs rapports de sondage sur l'expérience vécue par l'utilisateur.	Non Conforme



## Commentaires de l'organisme

**Après la visite, l'organisme a été invité à fournir des commentaires devant être intégrés au rapport à propos de son expérience du programme et du processus d'agrément. Ces commentaires figurent ci-dessous.**

Le Réseau de santé Vitalité est fier d'avoir accueilli une équipe de visiteurs chevronnés qui ont sillonné l'ensemble de son territoire pour échanger avec ses équipes de professionnels dédiées à rencontrer les besoins d'une vaste clientèle, et de rehausser la barre en matière de qualité et de sécurité. L'approche des visiteurs, ainsi que le partage d'expertises ont été fort apprécié par tous les professionnels, les partenaires communautaires, ainsi que les patients et leurs familles.

Le Réseau a également saisi l'opportunité d'accueillir durant cette visite un groupe d'Agrément Canada, responsable du développement de l'approche centrée sur le patient et sa famille. Étant la deuxième entité canadienne à avoir eu le privilège de contribuer à l'épanouissement de cette approche, on ne peut que souligner notre engagement et notre enthousiasme à son déploiement et son intégration à grande échelle.

Par ailleurs, remodelée en octobre 2015, notre démarche d'agrément comprenant six jalons prioritaires nous a permis d'atteindre de nouveaux sommets en matière de qualité et de sécurité. Cela a permis aux équipes d'apprécier davantage la force d'une démarche qualité coordonnée et structurée tout en intégrant au quotidien les meilleures pratiques qu'offrent le programme Qmentum.

Enfin, nous ne pouvons passer sous silence l'excellent travail de nos équipes terrain, de nos partenaires communautaires, et vous chers patients et familles qui participent vivement à notre succès. Chaque maillon d'une équipe est d'une importance capitale et nous sommes choyés de vous compter parmi nous.

## 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. L'organisme transmet à Agrément Canada les preuves des mesures prises pour les éléments qui exigent un suivi.

### Évaluation des preuves et amélioration continue

Cinq mois après la visite, Agrément Canada évalue les preuves transmises par l'organisme. Si ces preuves démontrent qu'il y a maintenant conformité à un pourcentage suffisant de critères qui n'étaient pas respectés auparavant, un nouveau type d'agrément pourrait être attribué pour tenir compte des progrès de l'organisme.

## 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.
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.

Processus prioritaire	Description
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.