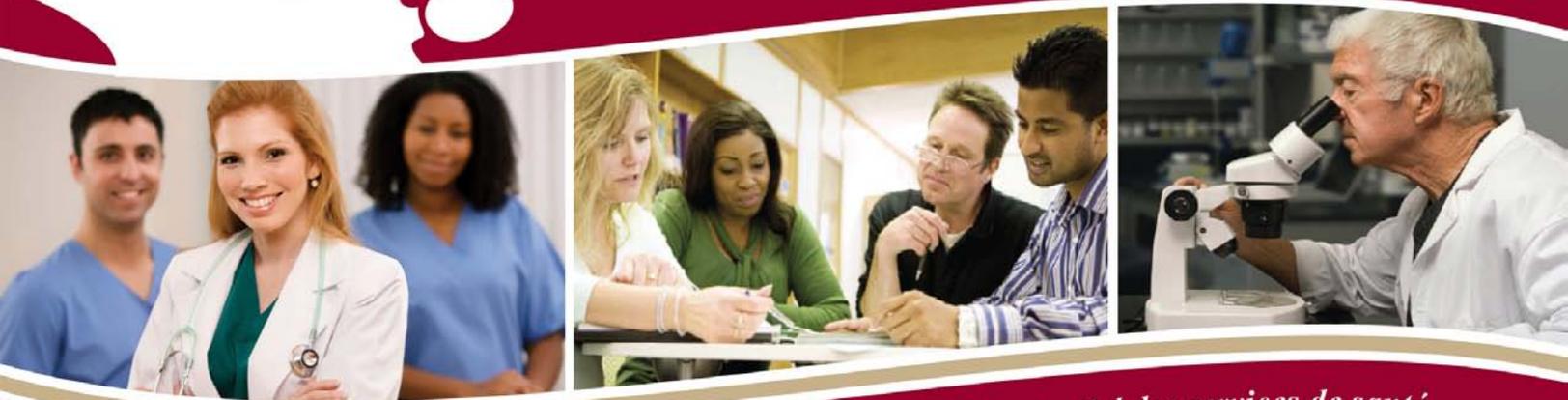




AGRÉMENT CANADA



Force motrice de la qualité des services de santé

Rapport d'agrément

Rédigé pour :
Horizon Health Network/Réseau de santé
Horizon
Miramichi, NB

Dates de la visite :
19 au 24 septembre 2010

12 mai 2011



ACCREDITATION CANADA
AGRÉMENT CANADA

Agréé par ISQua

À propos du présent rapport

Les résultats de cette visite d'agrément figurent dans le présent rapport qui a été préparé par Agrément Canada à la demande de l'Horizon Health Network/Réseau de santé Horizon.

Le présent rapport est rédigé à partir de renseignements fournis à Agrément Canada par l'organisme. Agrément Canada se fie à l'exactitude des renseignements qu'il a reçus pour mener la visite d'agrément et préparer le rapport. Le contenu du présent rapport fera l'objet d'une révision de la part d'Agrément Canada. Toute modification du rapport compromettrait l'intégrité du processus d'agrément et est strictement interdite.

Confidentialité

Le présent rapport est confidentiel et fourni par Agrément Canada uniquement à l'organisme suivant : Horizon Health Network/Réseau de santé Horizon. Agrément Canada ne présente ce rapport à aucune autre partie.

Agrément Canada encourage l'organisme à divulguer l'information qu'il contient auprès des clients, de la communauté, des membres du conseil d'administration, du personnel et d'autres intervenants, et ce, en vue de favoriser la transparence.

Table des matières

Au sujet du rapport.....	ii
Sommaire de la visite d'agrément.....	1
Commentaires généraux des visiteurs.....	3
Commentaires de l'organisme.....	7
Analyse selon les dimensions de la qualité.....	8
Aperçu par section de normes.....	10
Aperçu par pratique organisationnelle requise (POR).....	11
Résultats détaillés de la visite d'agrément.....	13
Résultats de mesures de rendement.....	103
<i>Résultats découlant des outils</i>	103
<i>Résultats découlant des indicateurs</i>	114
Prochaines étapes.....	137
Annexe A - Directives relatives à la détermination du type d'agrément.....	138

Au sujet du rapport

Le rapport d'agrément contient les constatations découlant de la visite d'agrément de l'organisme. Par les commentaires et les possibilités d'amélioration présentés dans le rapport, Agrément Canada compte aider l'organisme à améliorer les soins et les services qu'il offre à sa clientèle et à la communauté.

Légende

Un certain nombre de symboles sont utilisés tout au long du rapport. Veuillez vous reporter à la légende ci-dessous pour obtenir une description de ces symboles.



Les éléments pour lesquels un signal d'alerte VERT a été émis n'auront pas à faire l'objet d'améliorations. Il n'est pas nécessaire de fournir des preuves des mesures prises pour ces secteurs.



Les éléments pour lesquels un signal d'alerte JAUNE a été émis devront faire l'objet de certaines améliorations. L'équipe devra fournir des preuves des mesures prises pour chaque élément pour lequel un signal d'alerte jaune a été émis.



Les éléments pour lesquels un signal d'alerte ROUGE a été émis devront faire l'objet d'importantes améliorations. L'équipe devra fournir des preuves des mesures prises pour chaque élément pour lequel un signal d'alerte rouge a été émis.



Les pratiques exemplaires sont des pratiques appliquées par l'organisme et qui ont un lien avec les normes. Alors que les forces sont reconnues pour ce qu'elles offrent à l'organisme, les pratiques exemplaires sont dignes de mention pour ce qu'elles peuvent apporter au milieu en général.



Les éléments pour lesquels il y a une flèche dirigée vers le haut sont liés à un critère à risque élevé.

Sommaire de la visite d'agrément

Horizon Health Network/Réseau de santé Horizon

Cette section du rapport offre un sommaire de la visite d'agrément et la décision relative au type d'agrément.

Dates de la visite 19 au 24 septembre 2010

Date d'émission du rapport : 12 mai 2011

Type d'agrément	Agrément avec condition
-----------------	-------------------------

Emplacements

Les emplacements suivants ont été évalués pendant la visite d'agrément :

- 1 Zone 1 - Albert County Health & Wellness Centre
- 2 Zone 1 - Extra Mural Program Driscoll Unit
- 3 Zone 1 - Petitcodiac Health Centre
- 4 Zone 1 - Sackville Memorial Hospital
- 5 Zone 1 - The Moncton Hospital
- 6 Zone 2 - Centracare - Saint John
- 7 Zone 2 - Charlotte County Hospital
- 8 Zone 2 - Community Mental Health Saint John
- 9 Zone 2 - Extra Mural Program Saint John Unit
- 10 Zone 2 - Extra Mural Program St. Stephen Unit
- 11 Zone 2 - Public Health Saint John
- 12 Zone 2 - Ridgewood Addiction Services - Saint John
- 13 Zone 2 - Ridgewood Veteran's Wing - Saint John
- 14 Zone 2 - Saint John Regional Hospital
- 15 Zone 2 - St. Joseph's Community Health Centre (Saint John)
- 16 Zone 2 - St. Joseph's Hospital
- 17 Zone 2 - Sussex Health Centre
- 18 Zone 3 - Addictions Services - Fredericton
- 19 Zone 3 - Community Mental Health Fredericton
- 20 Zone 3 - Dr. Everett Chalmers Regional Hospital
- 21 Zone 3 - McAdam Health Centre
- 22 Zone 3 - Oromocto Public Hospital
- 23 Zone 3 - Queens North Community Centre

- 24 Zone 3 - Stan Cassidy Centre for Rehabilitation
- 25 Zone 3 - Upper River Valley Hospital
- 26 Zone 3 - Veterans Health Unit - Fredericton
- 27 Zone 3- EMP Fredericton
- 28 Zone 3- EMP Oromocto
- 29 Zone 7 - Miramichi Regional Hospital
- 30 Zone 7 - Public Health - Miramichi

Secteurs de services

Les secteurs de services suivants ont été évalués pendant la visite d'agrément :

- 1 Déficits sur le plan du développement
- 2 Imagerie diagnostique
- 3 Laboratoire
- 4 Médecine
- 5 Réadaptation
- 6 Salle d'opération
- 7 Santé mentale
- 8 Santé publique
- 9 Service des urgences
- 10 Services de gestion des cas
- 11 Services de santé communautaire
- 12 Services de traitement du cancer
- 13 Soins ambulatoires
- 14 Soins chirurgicaux
- 15 Soins de longue durée
- 16 Soins et services à domicile
- 17 Soins intensifs
- 18 Soins mère-enfant
- 19 Soins palliatifs
- 20 Stérilisation et retraitement des instruments et appareils médicaux
- 21 Télésanté
- 22 Toxicomanie et lutte contre l'obsession du jeu

Commentaires généraux des visiteurs

Les commentaires généraux concernant la visite sont fournis :

Les secteurs de services suivants ont été évalués pendant la visite d'agrément :

Points forts

Le rapport suivant est un résumé des points forts cernés au Réseau de santé Horizon.

Un système de télésanté bien élaboré est en place et s'intègre de plus en plus à toutes les facettes de l'organisme.

Le Programme extra-mural est accessible tous les jours 24 heures sur 24 grâce à une infirmière sur appel.

Un programme pilote d'intervention rapide est en cours à l'urgence et fonctionne bien.

Un programme pilote fondé sur le recours aux pharmaciens pour le bilan comparatif des médicaments est en place dans la communauté et fonctionne bien.

Un programme bien établi et respecté d'infirmières examinatrices en cas d'agression sexuelle est offert à tous les centres d'aiguillage, tous les jours 24 heures sur 24.

D'importantes démarches d'élaboration de programmes et d'analyse des répercussions ont eu lieu dans les services de soins ambulatoires de tout le réseau. La clinique de soins ambulatoires Irving est un exemple de succès dans l'élaboration de programmes. Elle a amélioré le cheminement des patients.

Un solide cadre conceptuel d'éthique est en place, de même qu'un comité d'éthique de la recherche.

L'approche d'équipe interdisciplinaire est évidente dans la communauté et l'accent est mis sur les meilleures pratiques et la prise en charge par le client lui-même.

Un solide leadership a été démontré dans l'élaboration d'excellents plans d'intervention en cas d'urgence pour l'ensemble du Réseau.

L'orientation et la formation du personnel sont bien élaborées et uniformes dans la plupart des installations du Réseau. Partout dans l'organisme, les nouveaux employés profitent d'un soutien et d'un encadrement exceptionnels.

Un fort engagement est pris à tous les paliers pour améliorer le cheminement des patients, et une variété d'initiatives ont lieu dans l'ensemble du Réseau, dont l'utilisation de centres d'aiguillage, le traitement des listes d'attente, la libération du temps à la salle d'opération, les initiatives de soins ambulatoires, la surveillance de l'utilisation et l'engagement envers les délais d'exécution à l'imagerie diagnostique et au laboratoire.

Un programme biomédical régional bien établi est en place. Il est doté d'un inventaire électronique de tout l'équipement médical et d'un vaste programme d'entretien préventif.

Le Réseau dispose d'un solide programme de prévention des infections doté d'un personnel averti à tous les niveaux, ce qui permet l'obtention de faibles taux d'infection.

Le personnel est déterminé à faire de l'organisme un excellent endroit où travailler. Beaucoup d'employés sont à l'emploi de l'organisme depuis longtemps et tous s'entendent pour dire qu'il s'agit d'un excellent endroit où travailler.

Il y a du personnel de sécurité à la plupart des installations et les employés l'apprécient. Le personnel de sécurité connaît l'organisme et aide les employés et la communauté.

Un vaste programme de réadaptation tertiaire dessert le Réseau.

Le Réseau fait face aux défis suivants :

- Manque de lits d'autre niveau de soins (ANS).
- Pénuries de personnel dans plusieurs secteurs - soins infirmiers, diagnostics, médecins de famille et certains spécialistes.

- Augmentation du temps d'attente aux services d'urgence.
- Montée en flèche de la demande pour un certain nombre de services qui excèdent la capacité disponible (oncologie, orthopédie, cliniques) et pression pour le lancement de programmes malgré l'insuffisance de ressources (transplantation des cellules souches).
- Soutien limité de la direction dans certains secteurs, particulièrement dans les petits centres, ce qui rend la surveillance de la qualité et de la sécurité difficile.
- L'absence d'une base de données provinciale sur les médicaments rend difficile l'obtention des antécédents spécifiques d'un patient en matière de médicaments.
- Le manque d'intégration et les limites des systèmes de gestion de l'information actuels, tant cliniques qu'administratifs.
- La normalisation du matériel dans l'ensemble du Réseau.

Succès du leadership

Le leadership a connu un certain nombre de succès, dont :

- une forte relation entre le conseil d'administration et l'équipe de la haute direction;
- une relation ouverte et transparente entre le conseil d'administration et le DG;
- une équipe de gestionnaires et de hauts dirigeants engagée vers l'atteinte d'une vision commune reposant sur les forces des anciens organismes;
- une vision commune du Réseau;
- le soutien d'excellentes fondations et services auxiliaires;
- un engagement commun envers l'intégration à tous les paliers dans l'intérêt des soins aux patients;
- en engagement partagé envers l'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients.

Défis du leadership

Le leadership a un certain nombre de défis à relever, dont voici les principaux :

- un nombre énorme de priorités concurrentes;
- la mise au point d'un cadre normalisé et uniforme pour la gestion, l'élaboration des politiques et protocoles et la gestion de la qualité, des risques et de l'information dans l'ensemble du Réseau;
- la communication à tous les paliers dans l'ensemble du Réseau, de même qu'avec la communauté et le gouvernement;
- les exigences en matière de déplacements et de charge de travail pour les cadres supérieurs; le manque de connectivité entre les établissements et le prochain palier de gestionnaires et les employés.

Le leadership doit augmenter les îlots d'excellence répartis dans l'ensemble de l'organisme, de même que la communication avec et entre les différents paliers de l'organisme.

La communication est bonne entre les employés de tous les paliers de l'organisme et un leadership visionnaire est perceptible dans la volonté des employés d'établir à tous les niveaux des buts qui s'alignent sur la stratégie du Réseau. Cela est à son tour perceptible dans l'énergie que mettent les employés à vouloir faire un bon travail et à vouloir faire une différence pour le patient et la communauté.

L'organisme n'a pas l'infrastructure de technologie de l'information requise pour le partage de l'information importante sur les patients, pour la consignation électronique aux dossiers, pour l'inscription des patients dans l'ensemble du Réseau, pour l'établissement des horaires des programmes et cliniques et pour l'établissement des horaires du personnel.

Relations entre l'organisme et la communauté

Le Réseau entretient d'excellentes relations avec la communauté. En voici des preuves :

- le comité régional de prévention des infections;
- un lien étroit existe avec le programme provincial de soins intensifs;
- des liens sont bien établis avec les écoles;
- des liens sont établis avec les services correctionnels, la police et les services aux victimes, le YMCA, le développement social et les maisons de soins infirmiers;
- il existe une bonne relation entre le Réseau de santé Horizon (anciennement la région sanitaire B) et le Réseau de santé Vitalité (anciennement la région sanitaire A) concernant les soins offerts en oncologie;
- d'excellentes relations existent avec les établissements d'enseignement, ce qui favorise la viabilité des ressources humaines;
- des liens existent avec les programmes de sécurité alimentaire.

Tous les partenaires représentés dans le groupe de discussion des partenaires communautaires ont parlé positivement de leurs relations avec le Réseau de santé Horizon.

Suivi des recommandations émises pendant les visites d'agrément antérieures

Voici une mise à jour des mesures prises pour donner suite aux recommandations émises pendant les visites antérieures des anciens organismes. On indique ci-dessous les recommandations qui n'ont pas reçu de suivi. Les recommandations dont on ne parle pas ont fait l'objet d'un suivi ou ne sont plus pertinentes.

Corporation des sciences de la santé de l'Atlantique

Aucune recommandation antérieure n'a été insatisfaite.

Régie régionale de la santé no 7 - Miramichi

But en matière de sécurité des patients no 2 - Communication - Bilan comparatif des médicaments
Le bilan comparatif des médicaments n'est pas entièrement mis en place. Le bilan comparatif des médicaments à l'admission n'est en place que dans certaines parties de la région.

Leadership et partenariat 6.3

Le cadre conceptuel sur l'éthique n'a pas été entièrement mis en œuvre à la grandeur de la région. Une vaste formation a été offerte.

Ressources humaines 4.2

On examine actuellement les évaluations du rendement fondées sur les compétences pour les médecins. Les responsables sont soumis à des évaluations du rendement. Il faut réfléchir à la possibilité d'inclure cette question au processus de renouvellement de la délivrance des titres et compétences.

Régie régionale de la santé no 2 - Régie Santé de la Vallée

But en matière de sécurité des patients no 2 - Communication

Le bilan comparatif des médicaments n'est pas entièrement mis en place. Le bilan comparatif des médicaments à l'admission n'est en place que dans certaines parties de la région.

Leadership et partenariat 5.5

Il n'y a pas d'évaluation annuelle du rendement du conseil d'administration.

Ressources humaines 1.6

Il faudra mettre au point un vaste plan en matière de ressources humaines.

Régie régionale de la santé no 1 - Sud-est de Moncton

Leadership et partenariat 5.5.

Le conseil d'administration n'a pas de processus pour évaluer annuellement son rendement.

Soins ambulatoires 11.4.

Le cadre conceptuel sur l'éthique n'a pas été entièrement mis en œuvre. Il y a eu de la formation.

Commentaires de l'organisme

L'organisme n'a aucun commentaire à émettre pour l'instant.

Analyse selon les dimensions de la qualité

Le tableau qui suit offre un aperçu des résultats de l'organisme par dimension de la qualité. La première colonne énumère les dimensions de la qualité utilisées. Les deuxième, troisième et quatrième colonnes indiquent le nombre de critères auxquels l'organisme s'est conformé, le nombre de critères auxquels il ne s'est pas conformé et le nombre de critères qui ne s'appliquent pas. La dernière colonne indique le nombre total de critères pour chaque dimension de la qualité.

Dimension de la qualité	Conformité	Non-conformité	S.O.	Total
Accent sur la population (Travailler avec les collectivités pour prévoir les besoins et y répondre.)	145	9	3	157
Accessibilité (Offrir des services équitables, en temps opportun.)	177	9	2	188
Sécurité (Assurer la sécurité des gens.)	682	54	46	782
Milieu de travail (Favoriser le bien-être en milieu de travail.)	227	8	1	236
Services centrés sur le client (Penser d'abord aux clients et aux familles.)	311	9	9	329
Continuité des services (Offrir des services coordonnés et non interrompus.)	107	1	0	108
Efficacité (Faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats possibles.)	1060	81	38	1179
Efficiency (Utiliser les ressources le plus adéquatement possible.)	105	8	1	114
Total	2814	179	100	3093

Aperçu par section de normes

La première colonne indique la section de normes qui a été utilisée. Les deuxième, troisième et quatrième colonnes indiquent le nombre de critères auxquels l'organisme s'est conformé, le nombre de critères auxquels il ne s'est pas conformé et le nombre de critères qui ne s'appliquent pas. La dernière colonne indique le nombre total de critères pour la section de normes.

Section de normes	Conformité	Non-conformité	S.O.	Total
Gouvernance durable	87	4	0	91
Efficacité organisationnelle	105	0	0	105
Prévention des infections	92	8	3	103
Populations vivant avec une maladie mentale	63	6	0	69
Services de santé publique	111	3	1	115
Banques de sang et services transfusionnels	99	0	65	164
Exigences particulières concernant les laboratoires biomédicaux	41	11	0	52
Laboratoires et banques de sang	160	16	0	176
Normes d'imagerie diagnostique	102	2	1	105
Normes de gestion des médicaments	108	27	0	135
Normes relatives aux salles d'opération	100	3	0	103
Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables	86	10	3	99
Services aux personnes présentant des déficits sur le plan du développement	90	1	0	91
Services d'obstétrique et périnatalité	114	5	2	121
Services de chirurgie	96	7	0	103
Services de gestion des cas	100	0	3	103
Services de médecine	93	11	0	104
Services de réadaptation	95	8	0	103
Services de santé communautaire	49	19	0	68
Services de santé mentale	102	8	1	111
Services de soins de longue durée	109	5	7	121
Services de soins intensifs	105	4	3	112
Services de toxicomanie et de lutte contre l'obsession du jeu	102	1	1	104

Services de traitement du cancer et d'oncologie	102	7	2	111
Services des urgences	102	5	0	107
Services palliatifs et services de fin de vie	131	2	1	134
Soins ambulatoires	113	4	4	121
Soins et services à domicile	90	2	3	95
Télésanté	67	0	0	67
Total	2814	179	100	3093

Aperçu par pratique organisationnelle requise (POR)

Le tableau qui suit indique chacune des POR cernées lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière, ainsi que l'endroit où elles se trouvent dans les normes.

Critères	Pratiques organisationnelles requises
Prévention des infections 1.2	L'organisme fait le suivi des taux d'infections, analyse l'information recueillie pour déterminer des regroupements, des épidémies et des tendances, et partage l'information dans l'ensemble de l'organisme.
Normes de gestion des médicaments 3.4	L'organisme normalise et limite le nombre de concentrations de médicaments disponibles.
Normes de gestion des médicaments 3.6	L'organisme évalue et limite la disponibilité de produits narcotiques (opioïdes) et retire les formats à dose élevée des unités de soins.
Normes de gestion des médicaments 10.2	L'organisme a établi et mis en œuvre une liste d'abréviations, de symboles et de désignations de dose qui ne doivent pas être utilisés dans l'organisme.
Normes de gestion des médicaments 18.3	L'équipe utilise au moins deux identificateurs de client avant d'administrer les médicaments.
Services d'obstétrique et périnatalité 11.3	L'équipe établit un bilan comparatif des médicaments avec le client au moment où il est acheminé ou transféré, et transmet les renseignements relatifs aux médicaments du client au prochain prestataire de services lors d'un acheminement ou d'un transfert vers un autre établissement, service, prestataire de services ou niveau de soins à l'intérieur ou à l'extérieur de l'organisme.
Services de chirurgie 11.4	L'équipe établit un bilan comparatif des médicaments avec le client au moment où il est acheminé ou transféré, et transmet l'information relative au client au prochain prestataire de services lors d'un acheminement ou d'un transfert vers un autre établissement, service, prestataire de services ou niveau de soins à l'intérieur ou à l'extérieur de l'organisme.
Services de médecine 4.4	Le personnel et les prestataires de services reçoivent une formation continue et efficace au sujet des pompes à perfusion.
Services de médecine 11.3	L'équipe établit un bilan comparatif des médicaments avec le client au moment où il est acheminé ou transféré, et transmet le bilan au prochain prestataire de services lors d'un acheminement ou d'un transfert vers un autre établissement, service, prestataire de service ou niveau de soins à l'intérieur ou à l'extérieur de l'organisme.
Services de médecine 15.2	L'équipe met en œuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les répercussions des chutes chez les clients.
Services de réadaptation 7.4	L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments du client à l'admission dans l'organisme, et ce, avec la participation du client, de la famille ou du soignant.
Services de réadaptation 11.3	L'équipe établit un bilan comparatif des médicaments avec le client au moment où il est acheminé ou transféré, et transmet l'information relative aux médicaments du client au prochain prestataire de services lors d'un acheminement ou d'un transfert vers un autre établissement, service, prestataire de services ou niveau de soins à l'intérieur ou à l'extérieur de l'organisme.

Critères	Pratiques organisationnelles requises
Services de réadaptation 15.2	L'équipe met en œuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les répercussions des chutes chez les clients.
Services de réadaptation 15.4	L'équipe informe et forme les clients et les familles au sujet de leur rôle en ce qui concerne la sécurité par le biais de communications écrites et verbales.
Services de santé mentale 7.6	L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments du client à l'admission dans l'organisme, et ce, avec la participation du client, de la famille ou du soignant.
Services de santé mentale 11.3	L'équipe établit un bilan comparatif des médicaments avec le client au moment où il est acheminé ou transféré, et transmet l'information relative aux médicaments du client au prochain prestataire de services lors d'un acheminement ou d'un transfert vers un autre établissement, service, prestataire de service ou niveau de soins à l'intérieur ou à l'extérieur de l'organisme.
Services de santé mentale 15.3	L'équipe met en œuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les répercussions des chutes chez les clients.
Services de soins de longue durée 7.4	L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments du client à l'admission dans l'organisme, et ce, avec la participation du client, de la famille ou du soignant.
Services de soins de longue durée 12.3	L'équipe établit un bilan comparatif des médicaments avec le client au moment où il est acheminé ou transféré, et transmet l'information relative aux médicaments du client au prochain prestataire de services lors d'un acheminement ou d'un transfert vers un autre établissement, service, prestataire de service ou niveau de soins à l'intérieur ou à l'extérieur de l'organisme.
Services de soins de longue durée 16.4	L'équipe informe et forme les clients et les familles au sujet de leur rôle en ce qui concerne la sécurité par le biais de communications écrites et verbales.
Services de soins intensifs 12.5	L'équipe établit un bilan comparatif des médicaments avec le client au moment où il est acheminé ou transféré, et transmet l'information relative aux médicaments du client au prochain prestataire de services lors d'un acheminement ou d'un transfert vers un autre établissement, service, prestataire de service ou niveau de soins à l'intérieur ou à l'extérieur de l'organisme.
Services de traitement du cancer et d'oncologie 15.5	L'équipe implante des processus de vérification et autres mécanismes semblables pour les activités liées aux soins et services à risques élevés.
Services des urgences 10.4	L'équipe utilise au moins deux identificateurs de client avant le début de la prestation de tout service ou de toute procédure.

Résultats détaillés de la visite d'agrément

Processus touchant l'ensemble du système et infrastructure

Cette partie du rapport porte sur les processus et l'infrastructure qui sont nécessaires pour soutenir la prestation de services. Dans le contexte régional, cette partie du rapport met aussi l'accent sur l'uniformité de la mise en oeuvre et de la coordination de ces processus dans l'ensemble du système. Parmi les secteurs précis qui sont évalués figurent les suivants : gestion intégrée de la qualité, planification et conception des services, attribution des ressources, et communication dans l'ensemble de l'organisme.

Constatations

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière. Après la visite, une fois que l'organisme aura eu l'occasion d'accorder un suivi aux critères nécessaires et de fournir des preuves des mesures prises, l'information relative aux critères sera mise à jour afin de démontrer qu'un suivi a été accordé.

Planification et conception des services

Élaborer et mettre en oeuvre l'infrastructure, les programmes et les services nécessaires pour répondre aux besoins de la communauté et de la population desservies.

Commentaires des visiteurs

L'organisme s'est engagé dans un vaste processus de planification stratégique pour élaborer sa mission, sa vision, ses valeurs et son plan stratégique. De multiples intervenants internes et externes ont fourni leurs commentaires dans le cadre du processus.

Le conseil d'administration a reçu son premier rapport annuel en juin pour ce qui est des réalisations relatives aux buts et objectifs stratégiques.

Les membres du conseil ont dit avoir reçu suffisamment d'information pour être au courant de tous les enjeux pour lesquels une décision est requise. Ils ont aussi dit avoir reçu cette information bien avant de devoir prendre la décision.

L'organisme doit maintenant faire une évaluation complète des besoins. Une évaluation des besoins a toutefois été faite dans certaines communautés de différentes zones et une vaste analyse du milieu a été effectuée dans le cadre de l'exercice de planification stratégique.

L'organisme compte de multiples partenaires communautaires à tous les niveaux. Ces derniers parlent positivement de ces partenariats pour ce qui est du respect mutuel entre les partenaires, de la division équitable du travail et de la bonne communication.

La transformation menant au Réseau de santé Horizon est appuyée ou dirigée par un mécanisme novateur nommé l'Équipe de transformation des services de santé. Cette équipe travaille à la modernisation et à la transformation des programmes et services du Réseau de santé Horizon.

Les plans opérationnels sont alignés sur le plan stratégique et les rapports vont du programme ou service au vice-président concerné, puis au conseil d'administration. Des tableaux de bord sont utilisés pour la reddition de comptes.

L'organisme a recours à de nombreux processus pour gérer le changement. La formation structurée sur la gestion du changement offerte à certains gestionnaires champions du changement et les nombreuses activités initiées par l'Équipe de transformation des services de santé en sont des exemples.

Des outils sont utilisés pour surveiller la mise en œuvre des plans; toutefois, beaucoup de ces outils sont manuels. On suggère fortement de les informatiser.

La santé publique recueille régulièrement de l'information sur la population, surtout auprès de sources secondaires. On n'a pas effectué d'évaluation officielle des besoins.

L'évaluation est intégrée à l'élaboration de tous les nouveaux programmes en santé publique.

Horizon adopte une réaction coordonnée à la pandémie; le taux général d'immunisation de la communauté est de plus de 70 %.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
Services de santé publique		
L'organisme effectue une évaluation complète de la santé de la communauté tous les trois ans.	1.1	
L'organisme revoit l'évaluation de la santé de la communauté chaque année et la met à jour au besoin.	1.2	

Gestion des ressources

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

Commentaires des visiteurs

Les décisions relatives aux ressources sont prises au moyen d'un outil d'examen des valeurs.

Le Comité des finances surveille mensuellement les résultats financiers. Le conseil d'administration a de bonnes discussions sur les questions financières.

Il est évident que l'organisme a plaidé en faveur de ressources accrues auprès du gouvernement quand le besoin s'est fait sentir.

Il y a une bonne coopération et une bonne relation entre la Régie régionale de la santé et le gouvernement pour ce qui est des ressources fiscales.

Les politiques et procédures financières sont propres à chaque zone. On travaille actuellement à l'intégration de cette série de politiques.

Un budget global est en place et les dirigeants peuvent déplacer les ressources dans l'organisme.

Certains problèmes existent relativement à l'allocation des ressources de santé publique à l'échelle provinciale et au Réseau de santé Horizon.

De vastes processus de planification budgétaire sont en place grâce à un cycle annuel de planification opérationnelle. Il est évident que les intervenants de tous les paliers de l'organisme participent, puisque le budget du Réseau Horizon est établi du bas vers le haut.

La principale priorité des dernières années a été de maintenir le financement alloué. Cette année, l'accent est mis sur la compréhension des coûts fixes et des coûts sur lesquels l'organisme a un peu de contrôle, comme l'augmentation des volumes.

Selon le conseil d'administration, un de ses principaux défis consiste à offrir des services de qualité au moyen des ressources disponibles.

L'organisme jouit d'un solide leadership financier.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Capital humain

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

Commentaires des visiteurs

1. La relation entre le conseil d'administration et le président-directeur général (PDG) est excellente tout comme la relation et la confiance entre le conseil et les membres de l'équipe de la haute direction.
2. Les Ressources humaines élaborent pour l'ensemble de l'organisme un cadre de gestion des postes et du rendement fondé sur les compétences. Ce cadre est mis en application pour chaque poste dans l'organisme (plus de 600 postes).

Le plan stratégique des ressources humaines en santé fournit le cadre nécessaire à l'obtention de la main-d'œuvre requise pour la prestation de soins de santé sécuritaires, efficaces et efficaces. Il contient aussi des indicateurs de rendement clés pour mesurer et surveiller les progrès.

L'étendue des responsabilités des infirmières gestionnaires est trop vaste et doit être revue.

Il est essentiel de mettre au point un système d'information sur les ressources humaines. Les systèmes actuels des quatre anciennes régions sont difficiles, sinon impossibles à gérer.

Le président du conseil d'administration a reconnu qu'aucune mesure n'a été prise pour mettre au point un processus d'évaluation du conseil en raison d'autres priorités concurrentes. La gouvernance du conseil d'administration et le comité des mises en candidature ont accepté de travailler à l'élaboration de l'évaluation.

Les bénévoles sont une partie importante de l'organisme. À l'heure actuelle, plus de 3 500 personnes donnent temps et talents au Réseau de santé Horizon en visitant les patients, en faisant des courses, en accompagnant les patients à une variété de cliniques et en jouant le rôle

de patients à la nouvelle école de médecine Dalhousie (programme du Nouveau-Brunswick). De plus, 20 fondations et de nombreux auxiliaires ont amassé des millions de dollars annuellement pour les installations et les besoins des programmes du Réseau de santé Horizon.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
Gouvernance durable		
Le conseil d'administration élit ou nomme son président grâce à un processus établi.	6.2	
Le conseil d'administration a un processus qui lui permet d'évaluer régulièrement son rendement.	7.1	↑
L'évaluation porte aussi sur la structure du conseil d'administration, y compris la taille et la structure des comités.	7.2	↑
Le conseil d'administration examine la contribution de ses membres et fournit à chacun des commentaires.	7.3	

Gestion intégrée de la qualité

Processus continu, proactif et systématique pour comprendre, gérer et communiquer la qualité dans l'ensemble du système afin d'atteindre les buts et les objectifs.

Commentaires des visiteurs

La structure et le cadre sont en place pour une gestion intégrée de la qualité.

La reddition de comptes au conseil au moyen de tableaux de bord se fait par les comités pertinents. La sensibilisation à la sécurité des patients est très évidente dans l'ensemble du Réseau, tant pour ce qui est de l'ancienne zone et des initiatives actuelles.

La reddition de comptes régulière en format « Réseau » devrait remplacer la reddition de comptes en format « zone ».

Dans le cadre du tableau de bord du Comité des finances du conseil, les dimensions du rendement sont signalées au conseil pour ce qui est de l'atteinte d'un meilleur équilibre, de l'amélioration de l'accès et de l'efficacité, de l'importance accordée à la qualité et de la santé de la population. Les indicateurs de rendement sont établis en utilisant l'information facilement accessible dans de nombreuses parties de l'organisme.

Le Réseau de santé Horizon a mis au point un cadre de gestion de la qualité pour les portefeuilles de la planification des services de santé, de la qualité et de la recherche. Des exemples de rapports ont été fournis, de même qu'un calendrier de présentation des rapports. Les rapports seront présentés au Comité de la planification et de la prestation des services de santé du conseil par le vice-président responsable du portefeuille de l'amélioration de la qualité et de la sécurité.

Un plan relatif à la sécurité des patients a aussi été mis au point et en œuvre, de même qu'un plan de gestion des risques. Un grand nombre d'employés ont rempli le sondage sur la culture de sécurité des patients et un plan est en place pour examiner tous les signaux d'alerte prioritaires. Un certain temps sera nécessaire pour y parvenir.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Prestation de soins et prise de décisions fondées sur des principes

Détermination des problèmes et dilemmes d'éthique et prise de décisions à leur égard.

Commentaires des visiteurs

Le Réseau de santé Horizon a combiné les quatre anciens comités régionaux d'éthique de la recherche en un seul comité d'éthique régional qui relève directement du conseil d'administration du Réseau de santé Horizon.

Depuis novembre 2009, les Services d'éthique régionaux ont offert 47 possibilités éducationnelles aux employés, aux médecins et au public.

Les Services d'éthique régionaux ont effectué 53 consultations depuis janvier 2009.

Les Services d'éthique régionaux comprennent de l'éducation en matière d'éthique, des services de consultation et le Comité d'éthique régional. Ces services organisent aussi des séances scientifiques mensuelles sur la bioéthique. Toutes les politiques doivent être examinées par les Services d'éthique régionaux avant d'être approuvées.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Communication

Communication entre les divers échelons de l'organisme et avec les partenaires externes.

Commentaires des visiteurs

Un processus de consultation auprès des intervenants a été utilisé dans le cadre de l'élaboration du plan stratégique initial du Réseau de santé Horizon.

Tant à l'interne qu'à l'externe, on connaît de plus en plus la marque et l'identité du Réseau.

Le personnel de l'organisme qualifie de très bonnes les relations avec les médias.

Les données probantes et l'information sur les meilleures pratiques sont abondamment utilisées dans l'ensemble de l'organisme.

La GI et la TI doivent continuer à travailler avec les partenaires et intervenants pour s'assurer de répondre en temps voulu aux besoins de l'organisme, tant dans les secteurs cliniques que de soutien.

.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Installations

Fournir des structures et des établissements appropriés et sécuritaires afin de réaliser la mission, la vision et les buts.

Commentaires des visiteurs

Durant cette visite, les sept établissements suivants ont été visités aux fins d'examen des milieux physiques :

Hôpital de Moncton	Moncton
Hôpital régional Dr Everett Chalmers	Fredericton
Hôpital régional de Saint John	Saint John
Hôpital St. Joseph	Saint John
Hôpital régional de Miramichi	Miramichi
Hôpital du comté de Charlotte	St. Stephen
Hôpital du Haut de la Vallée	Waterville

Ces établissements ont tous été construits à différents moments et desservent diverses communautés. Ils sont bien entretenus et continuent à offrir un milieu sécuritaire aux patients, visiteurs et employés. De façon générale, l'espace physique est suffisant.

Aucune préoccupation n'a été exprimée au sujet de la santé et de la sécurité des clients ou employés aux établissements où des projets de construction ou de rénovation sont en cours.

Les systèmes utilitaires auxiliaires varient selon les communautés. Tous les systèmes ont des génératrices de secours qui sont régulièrement testées. Partout, des personnes-ressources sont accessibles en cas de panne. Les services de sécurité sont excellents à tous les établissements.

Les services d'entretien répondent aux exigences ou les excèdent à tous les établissements.

Les services publics auxiliaires sont disponibles dans la plupart des installations, y compris pour ce qui est de l'électricité, de l'eau, du gaz naturel ou du mazout.

Les insignes nominatifs d'identification des employés doivent être uniformes dans tous les établissements du Réseau.

Les répercussions environnementales des activités des hôpitaux pourraient être améliorées dans certaines communautés, par exemple au moyen de programmes de recyclage.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Préparation en vue de situations d'urgence

Faire face aux urgences et à d'autres aspects relevant de la sécurité publique.

Commentaires des visiteurs

Un plan détaillé de gestion des urgences sanitaires est en place et mis à jour pour tenir compte de la nouvelle structure organisationnelle. L'élaboration du plan comprend les partenaires locaux, régionaux et provinciaux.

On travaille actuellement à la mise en œuvre de codes d'urgence uniformes pour l'ensemble du Réseau de santé Horizon. Plus d'une centaine d'établissements font partie du Réseau de santé

Horizon.

Les communications en cas d'urgence sont augmentées en recourant à des opérateurs radio bénévoles.

On est à revoir les plans de sécurité-incendie pour s'assurer de l'inclusion des codes de prévention des incendies et de sécurité.

Les systèmes de gestion de l'information doivent être actualisés, dont un site intranet pour la gestion des urgences à la grandeur du Réseau.

Le système de prévention des enlèvements d'enfants HUGS devrait être mis en place dans les établissements où l'on offre des services d'obstétrique. C'est une excellente façon de gérer les risques.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Cheminement des clients

Déplacement sans heurt et en temps opportun des clients et de leurs familles entre les services et les milieux de soins appropriés.

Commentaires des visiteurs

Le personnel de l'organisme déploie considérablement d'efforts pour appuyer le cheminement des patients. Des données probantes indiquent que des initiatives ont lieu pour améliorer le cheminement au niveau des services, des équipes, des installations, de la communauté et du réseau, comme la tenue de rencontres de gestion des lits, le suivi des listes d'attente, l'établissement de liens avec les établissements de la communauté, la planification du congé, le continuum des médicaments, les initiatives visant le traitement accéléré, les heures de service prolongées et l'amélioration des processus de consultation des médecins.

Le service des urgences à Moncton a mis sur pied un comité interne de cheminement des patients pour se pencher sur l'augmentation des périodes d'attente et travaille avec d'autres services d'urgence et d'autres services du Réseau pour appuyer le cheminement des patients dans l'ensemble du système. Ils méritent des félicitations pour l'approche réfléchie et franche adoptée pour régler la question des temps d'attente et de l'insatisfaction croissante de la communauté.

Les heures d'IRM ont été augmentées. La radiologie s'est dotée d'un nouveau système de dictée qui accélère la production de rapports. Les patients en chirurgie sont inscrits et classés par priorité dans le registre provincial de chirurgie. De façon générale, le personnel est créatif et fait preuve de collaboration dans l'ensemble du Réseau lorsqu'il s'agit de perfectionner les systèmes et processus visant à améliorer le cheminement. Une technologie accrue améliorerait les activités relatives au cheminement des patients. Le principal problème cerné relativement au cheminement des patients est le manque d'établissements de soins prolongés pour les patients ayant besoin d'un autre niveau de soins (ANS). La récente ouverture de 35 lits a diminué le problème durant quelques semaines, mais les lits ont rapidement été occupés et les problèmes de capacité sont revenus. Cette situation peut être aggravée par la fermeture occasionnelle du programme extra-mural en raison de surcapacité. Il semble que le gouvernement a actuellement une initiative en cours pour augmenter davantage le nombre de lits de soins de longue durée (SLD). Tant les unités de patients hospitalisés de Sackville que celles de Sussex font face à des dépassements de capacité, surtout attribuables au manque de lits de SLD. L'attente pour les

chirurgies est faible, sauf pour les chirurgies orthopédiques. L'attente est longue pour les chirurgies de la hanche et du genou, plus de six mois, et, dans la mesure du possible, on tente de régler le problème par l'horaire des salles d'opération. On ne connaît pas clairement les répercussions du choix du médecin par les patients sur les temps d'attente. Pour optimiser les ressources disponibles, il est possible que les cas d'orthopédie passent d'un centre d'acheminement à un autre. Les centres plus petits font preuve de beaucoup de collaboration lorsqu'il s'agit de rapatrier les patients dans leur communauté après l'admission au centre où ils ont été acheminés. Le temps d'attente pour les ultrasons est exceptionnellement élevé à Moncton (plus de 50 semaines). Ce problème a été amplifié par un manque de personnel compétent. L'embauche récente commence à porter des fruits sur la réduction du temps d'attente, mais le problème est loin d'être résolu. Il y a fréquemment une surcapacité aux soins intensifs à Moncton et l'on croit que cette situation serait améliorée par une unité de soins intermédiaires, puisque la gravité des cas des patients fait en sorte qu'ils sont trop malades pour aller aux unités générales, mais pas assez pour exiger des soins intensifs. On a présenté une proposition au gouvernement en vue d'une unité de soins intermédiaires à Moncton. Fredericton connaît aussi une surcapacité et les unités de soins intensifs travaillent ensemble pour diriger les patients vers les lits de soins intensifs disponibles dans les centres d'acheminement. Les soins de santé mentale sont appuyés par la disponibilité des infirmières de santé mentale aux services d'urgence et par les professionnels de la santé mentale dans la communauté. La couverture par un psychiatre dépend de l'heure et est quotidiennement limitée à Moncton, particulièrement après 22 h.

Les nouvelles cliniques du Centre de soins ambulatoires Irving ont facilité la réalisation de certaines interventions à l'extérieur de la salle d'opération, libérant ainsi du temps à la salle d'opération, particulièrement pour l'orthopédie, qui a une longue liste d'attente pour les chirurgies du genou et de la hanche. Il y a 200 patients par liste et le temps d'attente est d'environ six mois. Les cliniques facilitent aussi le congé rapide pour une variété de patients ayant besoin de suivi, notamment pour les soins des plaies, les soins intraveineux et les soins aux diabétiques. La clinique de consultations ophtalmologiques a amélioré le temps d'attente pour la chirurgie de la cataracte et a amélioré l'efficacité et le cheminement des patients pour les interventions aux yeux. L'accroissement du nombre d'interventions faites en salles d'opération et aux cliniques a substantiellement augmenté la charge de travail des services de diagnostic et de laboratoire, ce qui met à rude épreuve les ressources disponibles. L'augmentation de la radiologie interventionnelle a des répercussions sur le service des urgences de Moncton, puisque son personnel offre des soins durant ces interventions. Les admissions, les préadmissions chirurgicales et les archives médicales jouent un important rôle dans le soutien du cheminement des patients à Moncton. Les archives médicales donnent accès aux dossiers des patients par un processus bien établi et répondent à plus de 2 000 demandes de dossiers de patients par année. Comme le temps d'attente pour les services de laboratoire est long à Saint John, certains patients sortent de la ville pour obtenir rapidement des analyses de sang. Les analyses de sang sont faites selon un horaire fixe; rien n'indique qu'il y a un processus sans rendez-vous et que certains patients vont à Sussex pour faire faire des analyses de sang.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Équipement et appareils médicaux

Matériel et technologies conçus pour aider au diagnostic et au traitement de problèmes de santé.

Commentaires des visiteurs

Un programme biomédical complet et global qui s'étend à de multiples établissements est en place. On a constaté l'excellence des programmes d'entretien préventif, qui comprennent les dossiers pour de l'équipement spécialisé non géré par le génie biomédical (stérilisateur, équipement d'imagerie diagnostique, etc.).

Le personnel de génie biomédical et d'autres employés, au besoin, participent à la sélection des nouveaux appareils et instruments médicaux.

Beaucoup de travail a été fait pour améliorer toutes les procédures de retraitement de façon à répondre aux normes changeantes malgré les défis se rattachant à l'espace. Le personnel est bien formé, a accès à des programmes de formation et connaît ses rôles dans la sécurité des patients. Le recours à la stérilisation rapide est limité et surveillé.

Les activités de retraitement dans des secteurs autres que le Service de stérilisation et l'endoscopie devraient être réexaminées et suivies en vue de l'utilisation pertinente du glutaraldéhyde, dont la documentation requise.

L'aire de décontamination à l'Hôpital St. Joseph est très encombrée par des chariots qui doivent être nettoyés. Certains plans prévoyant une expansion devraient être pris en considération.

Les lavabos de lavage des mains au Service de stérilisation de l'Hôpital régional de Saint John sont tous manuels et ne répondent pas aux normes. Il manque d'installations pour le lavage des mains à des endroits critiques, comme à la décontamination, au Service de stérilisation d'Oromocto.

Bien que les articles pour la stérilisation soient envoyés entre les établissements du Réseau de santé Horizon, certains établissements ont des services de stérilisation pour d'autres organismes de la communauté comme les cliniques et les cabinets de médecins. On recommande de faire une évaluation des risques liés à cette pratique dans les établissements où cela se produit, puisque l'organisme devient dans ce cadre un « fabricant ».

Même s'il y a différentes méthodes de formation pour le personnel participant aux activités de retraitement et de stérilisation, on recommande un programme de formation plus officiel et coordonné dans la région et un processus de certification, comme la certification de la CSA. Cela ne comprend pas seulement le service de stérilisation ou le service central de retraitement et de stérilisation, mais tous les secteurs où a lieu le retraitement à risque élevé, comme les salles d'opération et d'endoscopie.

Les politiques et procédures de retraitement et de stérilisation respectent les normes CSA, même si la présentation varie dans chaque établissement. C'est là une possibilité de consolidation du matériel de référence, des politiques et procédures et des formulaires dans l'ensemble du Réseau. Les modifications devraient tenir compte des différences au niveau des instruments et appareils, puisqu'il y a d'excellentes trousse de documents dans les différents établissements.

À l'Hôpital régional Dr Everett Chalmers, l'aire de stérilisation est ouverte tout près d'une voie directe d'un secteur de grande circulation. Il faudrait envisager la séparation. Il n'y a pas non plus d'espace pour permettre la mise en quarantaine des articles stérilisés après la stérilisation. Les articles qui viennent d'être stérilisés devraient être mis en quarantaine avant d'être distribués de façon à permettre le contrôle des indicateurs biologiques. La situation est la même à l'Hôpital public d'Oromocto.

On devrait décourager l'utilisation de pinces à champs pointues à l'Hôpital public d'Oromocto. On sait que celles-ci entraînent de multiples petits trous dans le linge, ce qui peut compromettre l'intégrité des emballages stériles.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui

exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
Normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables		
L'organisme effectue une évaluation initiale puis des évaluations annuelles des compétences des membres du personnel affectés au retraitement et à la stérilisation.	2.5	
Le service de retraitement des appareils médicaux est conçu de manière à empêcher la contamination croisée de l'équipement ou des appareils, à isoler les activités incompatibles et à séparer clairement les différentes aires de travail.	3.3	↑
Les entrées et les sorties des aires de retraitement du service de retraitement des appareils médicaux sont équipées des installations nécessaires à l'hygiène des mains, y compris les secteurs de soutien au personnel.	5.1	
Les installations d'hygiène des mains du service de retraitement des appareils médicaux sont équipées de robinets munis de commandes à pied, à poignet ou à genou ou d'un œil magique.	5.2	↑
Dans leur milieu de travail, les membres du personnel ont accès aux fournitures nécessaires pour permettre de bien se laver les mains, ce qui inclut des distributeurs de savon ou de serviettes en quantité suffisante et en bon état de fonctionnement ou des agents de lavage des mains de base alcoolique.	5.4	
Les membres du personnel ont recours à des techniques de lavage des mains adéquates avant et après la réalisation de leurs tâches, ainsi qu'à d'autres moments clés pour prévenir les infections.	5.5	↑
L'équipe respecte un code vestimentaire minutieux dans l'aire propre de retraitement, ce qui englobe les vêtements, les cheveux, les bijoux, les ongles artificiels de toute forme et les chaussures fermées.	5.7	↑
L'équipe porte de l'équipement de protection individuelle approprié et adéquatement entretenu dans la zone de travail de décontamination.	5.8	↑

Le dossier permet aux membres de l'équipe de faire le suivi de chaque article ou appareil qui se rattache à une stérilisation ou à un cycle de stérilisation.

6.3



L'équipe vérifie et consigne la qualité des services de retraitement offerts dans d'autres secteurs ou par des sous-traitants.

12.6

Intégration horizontale des soins

Constatations

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière. Après la visite, une fois que l'organisme aura eu l'occasion d'accorder un suivi aux critères nécessaires et de fournir des preuves des mesures prises, l'information relative aux critères sera mise à jour afin de démontrer qu'un suivi a été accordé.

Gestion des maladies chroniques

Intégration des services pour répondre aux besoins des populations de l'ensemble du continuum de soins

Commentaires des visiteurs

La présence d'un nouveau vice-président (V.-P.) à la Santé mentale et à la Toxicomanie indique l'engagement organisationnel face à ce secteur de services.

Une bonne gamme de services est offerte dans les secteurs visités à Saint John et Fredericton.

Tous les programmes se sont dotés de buts et d'objectifs et assurent le suivi des indicateurs au moyen d'une approche de fiches de pointage.

Il y a un comité consultatif communautaire à Saint John.

Les deux résidences de traitement de quatre lits pour les jeunes à Saint John sont un exemple d'un travail en partenariat pour créer des milieux favorables.

Il y a en santé mentale à Fredericton un bon exemple de psychiatres qui coordonnent les soins avec les médecins des soins primaires.

À Centracare, l'équipe enverra des membres dans les communautés pour consulter des prestataires qui ont de la difficulté à offrir des soins à des adultes ayant des besoins complexes.

Des sondages de satisfaction sont effectués dans la communauté du programme de santé mentale à Saint John.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Rapport d'agrément

Critères	Norme	Mesures à prendre
Populations vivant avec une maladie mentale		
L'organisme offre des incitatifs et des avantages au personnel et aux prestataires de services en se fondant sur la qualité des services offerts aux populations vivant avec une maladie mentale.	1.3	
Le système d'information est lié à des lignes directrices fondées sur des données probantes et offre des rappels qui permettent d'identifier les clients qui ont besoin de services ou de suivi.	13.1	
Au cours des rendez-vous des clients, le système d'information fournit aux prestataires de services de l'information sur le respect des lignes directrices fondées sur des données probantes et les plans d'intervention standard qui s'appliquent.	13.2	
Le personnel et les prestataires de services utilisent le système d'information pour planifier les rendez-vous.	13.3	
L'organisme collabore avec les prestataires de soins primaires, les partenaires et d'autres organismes en vue d'intégrer les systèmes d'information.	13.4	
L'organisme utilise le système d'information pour produire régulièrement des rapports sur le rendement et la conformité aux lignes directrices, et pour améliorer les services et processus.	13.5	

Santé et bien-être de la population

Commentaires des visiteurs

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

Le Réseau de santé Horizon est dans une position difficile, en raison des défis liés à l'emploi dans cette province créés par le fait que les programmes en santé publique relèvent de deux employeurs distincts. Cette orientation provinciale signifie que les services de santé publique ont été transférés à la structure régionale pour offrir des services de santé publique à la population d'une région définie, alors que la Direction de la protection de la santé, qui assume les fonctions d'inspection et législatives, relève du Ministère, de même que le poste et l'autorité de médecin hygiéniste. Malgré cette division créée par une reddition de comptes et des employeurs différents, ce service de santé publique a travaillé en collaboration pour offrir des soins coordonnés. Ces directions sont situées au même endroit, ce qui entraîne la collaboration. Elles ont aussi travaillé fort pour établir et maintenir une relation de travail qui met l'accent sur la planification et sur la prestation de services à la population. Malheureusement, ce regroupement de services sous le même toit dans le bureau régional de santé publique comptant deux programmes séparés a aussi fait ressortir les différences entre les programmes pour ce qui est du budget et du soutien. Cela entraîne parfois de la frustration et favorise la détérioration des relations. Les besoins de la population et la programmation devraient être mis en priorité et les ressources allouées devraient dépendre des besoins et ne pas être restreintes par des problèmes liés à l'emploi et aux relations de travail.

Des inefficacités très visibles sont créées et des coûts inutiles s'y rattachent quand chaque programme est doté de personnel de bureau et de réceptionnistes distincts, assis côte à côte, et travaillant de façon indépendante. Ce type d'arrangement entraîne des frustrations chez les employés, n'est pas rentable et est en fin de compte mélangeant pour le public. Il faut se pencher sur ce problème en mettant les priorités de la population et les besoins des clients au cœur de la démarche. Malgré les liens hiérarchiques officiels, il y a plusieurs comités régionaux qui comptent des membres des deux parties, comme le Programme régional des maladies transmissibles et le Programme de prévention des infections. Le médecin-hygiéniste (MHO) et les administrateurs de la santé publique de la région travaillent en étroite collaboration pour planifier et offrir les services. En plus de ce lien interprogramme, il y a régulièrement des dialogues, des réunions et de la planification entre les administrateurs des quatre régions antérieures et des autres régions sanitaires de la province. Des procédures opératoires normalisées ont été mises au point dans les anciennes zones qui forment maintenant le Réseau de santé Horizon. Même si d'autres régions du Réseau Horizon sont structurées différemment, un effort concerté devrait être déployé pour assurer la planification, de même que la communication et la collaboration régulières entre les programmes et bureaux de santé publique. Cela permet une certaine uniformité dans les pratiques et un partage de connaissances spécialisées. La santé publique fournit une multitude de matériel éducatif et organise des groupes liés à des conditions et à des programmes spécifiques. Il existe une volonté de se joindre à d'autres disciplines similaires dans d'autres programmes pour s'assurer que les patients reçoivent de l'information uniforme et qu'il n'y a pas de chevauchement. Il y a aussi plusieurs liens intersectoriels évidents, dont des partenariats et de la planification avec les surintendants scolaires, les conseils consultatifs de district et les programmes de développement social. La santé publique est aussi représentée à un comité de mesures d'urgence du district et travaille en étroite collaboration avec les dirigeants municipaux et de nombreux autres organismes partenaires, dont des représentants des Premières nations. Ce groupe était responsable de l'élaboration du plan provincial d'organisation des mesures d'urgence et a étroitement travaillé ensemble durant la grippe H1N1. La gestion des maladies transmissibles est faite de façon efficace dans le cadre de ce partenariat avec la Direction de la protection du Ministère. Les infirmières de la gestion des maladies transmissibles travaillent en étroite collaboration avec le médecin hygiéniste (MHO) et les médecins de famille pour suivre les clients et leur fournir, ainsi qu'aux personnes-ressources, le soutien et la formation nécessaires. La gestion des maladies transmissibles est faite de manière confidentielle et au moyen d'un accès sur appel de 24 heures au besoin. Un processus défini est en place pour la déclaration et le suivi des incidents, de même que pour l'établissement des tendances par les gestionnaires concernés. Un examen et une formation plus poussée du personnel relativement à ce qui constitue un incident seraient utiles pour s'assurer que tous les incidents sont reconnus, documentés et corrigés. À l'heure actuelle, si un patient s'évanouit durant la vaccination, l'information est consignée au dossier, mais on ne parle pas d'incident. Une fois signalée, une telle situation offrirait une possibilité d'explorer et de partager des solutions pour améliorer les soins aux patients. L'entreposage des vaccins est bien géré et la chaîne du froid est assurée. La plupart des établissements ont des systèmes auxiliaires et des systèmes d'alarme sophistiqués pour assurer la sécurité des vaccins.

Le même niveau d'attention doit être porté aux pratiques de vaccination dans les petits centres de santé de façon à veiller au maintien de la chaîne du froid.

Le système de dossiers électroniques permet aux prestataires de soins pertinents d'avoir accès aux dossiers et de les mettre à jour régulièrement. Les employés du côté "protection" de la santé publique sont engagés par le Ministère et en relèvent, mais fournissent les composantes liées à la protection de la santé publique. Un processus structuré est en place pour les inspections, dont un système pour définir les risques dans des établissements précis. Cette évaluation des risques est utilisée pour établir l'horaire des inspections de façon à assurer la conformité aux normes et aux lois applicables. Pour assurer la conformité, la déclaration régulière des inspections est faite par le Ministère. De plus, le public peut avoir accès aux résultats des restaurants et établissements publics au moyen du site Web public. Cela permet une bonne sensibilisation du public face aux sujets de préoccupation. La division de la protection assure la surveillance des établissements, et les informes du niveau de risques de couleur qui leur ait décerné et des exigences précises requises pour se conformer aux normes. L'autorité d'assurer le respect peut entraîner le retrait du permis de l'établissement jusqu'à l'atteinte de la conformité aux normes. Le public peut facilement exprimer ses préoccupations et on donne rapidement suite aux plaintes. Une communication de suivi est faite au plaignant quand le processus est terminé. Les processus d'analyse et d'envoi d'échantillons d'eau sont gérés comme il se doit. Il n'y a pas de services de soutien internes aux laboratoires, puisque le ministère de l'environnement s'en charge. Il existe beaucoup de matériel d'information publique et plusieurs cours sont offerts, dont des cours de manipulation sécuritaire des aliments pour les restaurants et les établissements qui manipulent et de préparent des aliments.

Le médecin hygiéniste (MHO) participe à des comités provinciaux pour élaborer des politiques, de même que des lois et des ordonnances en matière de santé.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
Services de santé publique		
L'organisme évalue régulièrement les effets de ses activités de promotion de la santé sur les résultats visés.	11.8	

Secteur ou service

Cette partie du rapport fournit de l'information sur la prestation de services sécuritaires de haute qualité. Parmi les secteurs spécifiques évalués figurent les suivants : l'épisode de soins, la gestion des médicaments, la prévention des infections ainsi que l'équipement et les appareils médicaux.

Constatations

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière. Après la visite, une fois que l'organisme aura eu l'occasion d'accorder un suivi aux critères nécessaires et de fournir des preuves des mesures prises, l'information relative aux critères sera mise à jour afin de démontrer qu'un suivi a été accordé.

Banques de sang et services transfusionnels

Laboratoires biomédicaux et banques de sang

Processus sécuritaires pour disposer du sang et des produits sanguins labiles, de la sélection du donneur et du prélèvement sanguin jusqu'au moment de la transfusion.

Commentaires des visiteurs

Les services de distribution du sang sont excellents à tous les établissements.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Exigences particulières concernant les laboratoires biomédicaux

Services de diagnostic - Laboratoires

Disponibilité de services de laboratoires pour fournir aux praticiens des soins de santé de l'information sur la présence, la gravité et les causes des problèmes de santé ainsi que sur les procédures et les processus utilisés par ces services.

Commentaires des visiteurs

On constate la présence de documents et l'utilisation de ceux-ci par le personnel.

Le logiciel Share Point est un très bon outil pour disséminer et normaliser l'information.

Il faut normaliser les formulaires de demande de services de laboratoire.

Une structure plus méthodique est requise pour les relations avec tous les utilisateurs de services de laboratoire.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
Le laboratoire dispose d'une feuille de requête standard qui lui permet de recueillir toute l'information nécessaire au sujet du client, des spécimens et des analyses demandées. Référence de la CSA : Z15189-03, 5.4.1	1.3	
La feuille de requête répond aux exigences nationales, régionales ou locales. Référence de la CSA : Z15189-03, 5.4.1	1.4	
Si des analyses sont réalisées hors-laboratoire, la personne appropriée a recours aux mêmes processus et procédures.	4.7	↑
Le personnel autorisé du laboratoire vérifie la pertinence des analyses effectuées. Référence de la CSA : Z15189-03, 5.6.1	4.8	
L'organisme a précisé les situations pour lesquelles des tests et des analyses peuvent être effectués hors laboratoire.	6.1	↑
Pendant la surveillance des analyses hors laboratoire, le laboratoire effectue un contrôle de la qualité pour chaque analyse.	6.3	↑
Le laboratoire suit les processus établis pour les rapports provisoires et finaux, de même que pour les résultats provenant de laboratoires sous-traitants. Référence de la CSA : Z15189-03, 5.8.9	7.7	
Le laboratoire fournit les rapports aux personnes appropriées dans les délais convenus. Référence de la CSA : Z15189-03, 5.8.2, 5.8.11	7.12	

Le laboratoire informe les prescripteurs de leur performance individuelle.	8.2	
Le laboratoire fait une vérification des résultats globaux et analyse les tendances générales.	8.3	
Le laboratoire utilise cette information dans le cadre de son système de gestion de la qualité pour apporter des améliorations aux services qui seront offerts à l'avenir.	8.4	↑

Laboratoires et banques de sang

Services de diagnostic - Laboratoires

Disponibilité de services de laboratoires pour fournir aux praticiens des soins de santé de l'information sur la présence, la gravité et les causes des problèmes de santé ainsi que sur les procédures et les processus utilisés par ces services.

Commentaires des visiteurs

Les employés sont compétents, professionnels, dévoués et bien formés.

Le programme de formation continue est remarquable pour ce qui est de la sécurité et de la gestion de la qualité.

L'environnement physique est propre, spacieux et bien conçu pour les activités.

Officialiser les contrats avec les laboratoires sous-traitants.

Certains centres de phlébotomie ne conviennent pas aux populations qu'ils desservent.

Les laboratoires devraient être représentés et participer au comité multidisciplinaire de l'hôpital.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
Au moins une fois par année, le laboratoire recueille et revoit l'information concernant les volumes des services, le point de vue des clients au sujet des services, les tendances parmi les requêtes provenant des prestataires de services, et d'autres organismes. Référence de la CSA : Z15189-03, 4.1.2	1.1	
Le laboratoire dresse un contrat avec chaque prestataire de services qui énonce clairement ses exigences. Référence de la CSA : Z15189-03, 4.4.1	2.1	

Le contrat vérifie que les prestataires de services sont en mesure de répondre aux exigences du laboratoire en matière de services. Référence de la CSA : Z15189-03, 4.4.1	2.2	
Le laboratoire revoit annuellement ses contrats avec les prestataires de services pour confirmer qu'on continue de répondre aux exigences. Référence de la CSA : Z15189-03, 4.4.1 et 4.4.5	2.3	↑
Le laboratoire tient des dossiers à jour pour tous ses contrats avec des prestataires de services, ce qui inclut tout changement pertinent. Référence de la CSA : Z15189-03, 4.4.2	2.4	
Le laboratoire informe ses clients de tout changement apporté au contrat ou de tout écart important par rapport à celui-ci, et ce, en temps opportun. Référence de la CSA : Z15189-03, 4.4.4	2.5	↑
Le laboratoire dispose d'un manuel de politiques et procédures portant sur l'utilisation du SIL et de ses applications, lequel est mis en tout temps à la disposition de tout le personnel. Le manuel est mis à jour régulièrement pour s'assurer qu'il est complet et qu'il contient des données exactes. Référence de la CSA : Z15189-03, Annexe B : B.3, B.3.3; Z902-04, 20.2.1	12.2	
Le laboratoire évalue la compétence de tous les utilisateurs, et offre la formation supplémentaire, au besoin. Référence de la CSA : Z902-04, 20.5	12.3	
Le laboratoire élabore des mesures de protection, afin de protéger les données contre toute perte, destruction ou altération et contre tout accès par des personnes non autorisées. Référence de la CSA : Z15189-03, Annexe B : B.4, B.5.8, B.6.4, B.6.5, B.6.6 et B.7.2 à B.7.3; Z902-04, 20.6.2, 20.6.3	12.8	↑
Les aires de prélèvement du laboratoire assurent le confort et l'intimité des clients et sont adaptées aux personnes handicapées. Référence de la CSA : Z15189-03, 5.2.3; Z902-04, 21.4.2	13.3	↑

Le laboratoire effectue régulièrement des vérifications de la température, du taux d'humidité et d'autres facteurs, au besoin, et en consigne les résultats. Référence de la CSA : Z902-04, 9.4.6 et 9.4.7	17.2	
Le laboratoire utilise un modèle standard et uniforme pour étiqueter tous les fournitures, réactifs et milieux de culture de façon appropriée.	18.4	
Le laboratoire prévient l'utilisation de fournitures, de réactifs et de milieux de culture inappropriés, dont la date d'utilisation est expirée, qui sont détériorés ou qui ne correspondent pas aux critères de qualité.	18.5	
Les directeurs du laboratoire peuvent étudier les dossiers complets et à jour auxquels ils ont accès. Référence de la CSA : Z15189-03, 4.6.3 et 4.15.2m	18.7	
Le laboratoire revoit annuellement ses stratégies de réduction des risques et tous les incidents, et apporte des changements à ses politiques ou à ses activités de formation.	22.5	↑
Le laboratoire cerne les sources potentielles de non-conformité, ainsi que leurs causes profondes, met en œuvre et surveille les plans d'action en vue de prévenir la non-conformité en temps opportun. Référence de la CSA : Z15189-03, 4.9, 4.9.1, 4.9.2, 4.10.1, 4.10.2, 4.10.3, 4.11.1 et 4.11.2	25.5	↑

Normes d'imagerie diagnostique

Impact sur les résultats

Cibler et surveiller les mesures liées aux processus et les mesures liées aux résultats et améliorer la qualité des services et des résultats obtenus.

Commentaires des visiteurs

Points forts

Il y a de multiples points de vérification de l'identité aux services d'ID avant qu'un patient subisse une intervention.

Les radiologistes passent en revue certaines demandes d'intervention et peuvent suggérer ou modifier une ordonnance en offrant une intervention de rechange plus sûre ou plus pratique. Des listes de vérification sont remplies avant les interventions à risque élevé.

Le personnel cerne tous les facteurs de risque avant toute intervention faite à un patient (état de la grossesse, implants, risque de chute, etc.).

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Services de diagnostic -Services d'imagerie diagnostique

Disponibilité de services d'imagerie diagnostique pour fournir aux praticiens des soins de santé de l'information sur la présence, la gravité et les causes des problèmes de santé ainsi que sur les procédures et les processus utilisés par ces services.

Commentaires des visiteurs

De façon générale, tous les services d'imagerie diagnostique (ID) sont bien gérés et les patients sont satisfaits. Le personnel et les radiologistes sont bien formés, bien informés et axés sur le patient. L'équipement est récent et en bon état.

Il faut se pencher sur les délais d'attente pour certaines modalités à certains établissements, comme l'échographie à 50 semaines à Miramichi et à Moncton. Même si les radiologistes font le triage des cas, ils le font en fonction de l'information clinique fournie, qui n'est pas toujours complète.

Un effort devrait être fait à la grandeur de la province pour introduire dans le système d'éducation des cours sur l'ultrason, l'IRM et d'autres cours de spécialisation pour remédier aux pénuries de personnel qui contribuent dans une certaine mesure au problème des délais d'attente. Comme solution à court terme, on pourrait envisager des efforts de recrutement à l'extérieur de la province, partout au Canada, et une augmentation des heures d'ouverture aux endroits où cela est possible.

Des systèmes de vérification électroniques sont disponibles à tous les établissements et devraient être utilisés pour réduire les délais d'exécution aux établissements où le processus manuel se poursuit, comme à Saint John.

Il n'y a pas de dossier de l'interprétation des rayons X par le médecin du service des urgences mis à la disposition des radiologistes aux fins de comparaison ou de suivi adéquat des patients. Des systèmes électroniques sont disponibles par les systèmes PACS pour consigner les résultats du médecin du service des urgences. On recommande la pleine utilisation des systèmes disponibles.

Les récents changements apportés aux normes de pratique des infirmières et infirmiers praticiens doivent être clarifiés pour ce qui est des ordonnances de tests diagnostiques. La nouvelle « liste » est très vague. Une liste plus spécifique, comme avant, est requise. Il faut clarifier s'ils peuvent maintenant demander des rayons X et des ultrasons. Il y a aussi de la confusion entourant l'exigence relative à la consultation des médecins.

La plupart des établissements ont des échographes portatifs au service des urgences ou ailleurs. L'ID ne participe pas à la sélection, au contrôle de la qualité ou à l'entretien de cet équipement. Il n'y a pas non plus d'exigences en matière de formation ou de politiques sur les utilisateurs de l'équipement. Il n'y a pas non plus de copies permanentes des images à partir desquelles faire un diagnostic. L'organisme doit revoir cette pratique, puisqu'il y a un risque évident.

Dans les établissements plus petits qui n'ont pas de brancardiers, il peut y avoir des situations dans lesquelles le transport des patients à destination et au départ du service des urgences ou des unités de soins infirmiers peut être problématique. Cela peut entraîner des délais ou des refoulements à l'ID et nuire au cheminement des patients. On encourage les gestionnaires à travailler ensemble pour trouver une solution.

Pour tenir les médecins traitants informés, on suggère d'améliorer la communication avec eux au sujet des nouvelles procédures, des changements de procédures ou du recours à d'autres

procédures.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'équipe cerne et élimine, si possible, les obstacles physiques et systémiques qui empêchent les clients et les professionnels de la santé qui acheminent des clients d'accéder aux services d'imagerie diagnostique.	2.2	
Avant l'entreposage, un membre compétent du personnel rince chaque appareil ou pièce d'équipement d'imagerie diagnostique à l'eau stérile ou à l'eau filtrée au moyen d'un filtre submicronique.	7.12	↑

Normes de gestion des médicaments

Gestion des médicaments

Prestation interdisciplinaire des services de pharmacie.

Commentaires des visiteurs

L'équipe régionale de pharmacie peut tirer profit d'une base solide. Il y a des regroupements d'excellence dans l'organisme, dont les pharmaciens qui offrent des soins pharmaceutiques dans les unités de soins aux patients, le programme de résidence en pharmacie d'hôpital, la participation à la recherche sur les médicaments, la technologie de pointe en matière de distribution de doses uniques et les salles de mélange de solutions intraveineuses conformes aux normes USP 797. Le but est d'étendre ces programmes de façon à ce qu'ils soient invariablement disponibles pour les patients de tous les établissements.

L'utilisation des registres d'administration des médicaments de plusieurs jours écrits à la main a contribué à un certain nombre d'événements indésirables déclarés et représente un risque majeur en matière de sécurité pour l'organisme.

La croissance inattendue des programmes existants, comme l'oncologie, et le lancement, sans les ressources nécessaires, de nouveaux programmes, comme la transplantation des cellules souches, ont des répercussions sur le fardeau de la charge de travail à la pharmacie. La disponibilité des pharmaciens cliniques à la pharmacie est insuffisante - tant pour ce qui est du temps que des connaissances spécialisées - pour gérer les patients receveurs de cellules souches à partir des protocoles complexes utilisés pour traiter les cancers hématologiques. Les dirigeants de la pharmacie ont exprimé cette inquiétude à maintes reprises. Il pourrait s'agir de facteurs contributifs à une erreur sérieuse récente faisant actuellement l'objet d'une analyse des causes profondes.

Une grande lacune existe actuellement en ce qui concerne le processus d'analyse des répercussions de l'embauche de médecins. Au cours des deux dernières années, 66 nouveaux médecins ont été recrutés au Réseau de santé Horizon sans augmentation proportionnelle des ressources paramédicales requises pour appuyer ces cliniciens. Dans de nombreux secteurs, les

ressources ont été utilisées de façon intenable au maximum de leur capacité. Il est difficile d'avoir accès à l'information sur les médicaments d'un client précis au moment d'un transfert d'une autre zone en raison de l'absence d'un programme informatique établi à la grandeur de l'organisme. De plus, on constate le même problème pour les clients admis à l'hôpital en provenance de

la communauté, en raison de l'absence d'une base de données provinciale sur les ordonnances. À l'Hôpital de Moncton, tous les membres du personnel clinique, dont les médecins, reçoivent une orientation de la pharmacie avant de commencer à travailler. Cela n'est toutefois pas uniforme à d'autres établissements. En effet, le chef du personnel a indiqué que, à l'exception de la composante du système informatique d'entrée des ordonnances émises par les prescripteurs (CPOE), les médecins ne reçoivent pas d'orientation relative au processus d'utilisation des médicaments avant de pouvoir travailler de façon autonome à l'Hôpital régional de Saint John. Le directeur médical du service des urgences a aussi confirmé l'absence d'un programme officiel d'orientation. Même si des bulletins et des courriels d'information sont envoyés à tout le personnel et même si les pharmaciens cliniques informent les équipes qu'ils appuient de toutes les questions importantes relatives à la sécurité des patients, les médecins ne participent généralement pas aux programmes de formation sur les nouveaux médicaments du formulaire. À l'Hôpital régional Dr Everett Chalmers, on n'a pas trouvé de données probantes indiquant des concentrations normalisées et limitées compte tenu de la grande variété de flacons d'insuline trouvés dans les unités de soins aux patients. À l'Hôpital du Haut de la Vallée, la feuille d'ordonnance d'insuline pour adultes énumère 14 produits que peuvent choisir les prescripteurs. On a trouvé de l'hydromorpone à dose élevée (10 mg/ml) au service d'orthopédie de l'Hôpital de Moncton, à l'unité de soins courants de l'unité des soins intensifs à l'Hôpital régional

Dr Everett Chalmers et à une unité de soins à l'Hôpital public d'Oromocto et à l'Hôpital régional de Miramichi.

À Moncton, les locaux de la pharmacie sont encombrés et les processus de travail doivent être ajustés pour correspondre à l'espace disponible. L'espace utilisé pour mélanger les agents chimiothérapeutiques à la clinique d'oncologie est encore plus préoccupant. Il y a une antichambre propre. L'aire de la hotte à flux laminaire est située dans un espace de travail partagé où se trouvent des ordinateurs, des livres de référence et des médicaments. Il n'y a pas d'antichambre propre pour la clinique d'oncologie à l'Hôpital régional Dr Everett Chalmers. L'espace de travail du service de pharmacie à l'Hôpital régional de Saint John et à l'Hôpital régional Dr Everett Chalmers ne convient pas aux services qui y sont offerts. La pharmacie n'offre pas invariablement l'emballage par dose unique à tous les établissements. L'emballage de produits contrôlés en pochettes de 25 doses à l'Hôpital

régional de Saint John favorise la préparation à l'avance des doses à l'entrepôt des médicaments. À l'Hôpital régional de Saint John, le personnel de la pharmacie s'est dit préoccupé par le manque de contrôle au niveau de la distribution des médicaments par les brancardiers. À l'Hôpital régional de Saint John, à l'Hôpital régional Dr Everett Chalmers, à l'Hôpital public d'Oromocto et à Waterville, on a observé que le personnel n'utilisait pas deux identificateurs par client et qu'il n'apportait pas le registre d'administration des médicaments au chevet du patient durant l'administration des médicaments. Les membres du comité de gestion des médicaments à l'Hôpital régional Dr Everett Chalmers ont indiqué que les apprentissages tirés des incidents sérieux ne sont pas souvent partagés et que le personnel n'est pas informé si des stratégies de réduction des erreurs sont mises en œuvre. On n'explique pas au personnel les raisons justifiant les changements apportés. Même si des politiques existent dans chaque zone, le personnel de l'Hôpital régional de Saint John et de l'Hôpital régional Dr Everett Chalmers ne pouvait pas expliquer le processus par lequel le ou les comités reçoivent des examens complets, ni la façon de transmettre les apprentissages. Un chevauchement considérable des ressources est présent dans la chaîne manuelle d'approvisionnement en médicaments de chaque zone. Des doses partielles de préparations injectables de médicament sont jetées dans le lavabo dans de nombreuses unités de soins.

L'Hôpital régional Dr Everett Chalmers ont indiqué que les apprentissages tirés des incidents sérieux ne sont pas souvent partagés et que le personnel n'est pas informé si des stratégies de réduction des erreurs sont mises en œuvre. On n'explique pas au perso

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
Les pharmaciens et le personnel de la pharmacie sont reconnus comme faisant partie de l'équipe interdisciplinaire.	1.1	
Les professionnels de la santé qui rédigent des ordonnances et les autres prestataires de services ont accès à des renseignements relatifs aux médicaments qui sont exacts et spécifiques à leur groupe de clients et aux secteurs de soins.	1.3	
L'organisation présente le processus d'utilisation des médicaments au personnel et aux prestataires de services avant que ceux-ci ne soient autorisés à travailler de façon autonome.	1.9	↑
L'organisme offre au personnel et aux prestataires de services de la formation sur les nouveaux médicaments, avant qu'ils ne les utilisent.	2.6	↑
L'organisme normalise et limite le nombre de concentrations de médicaments disponibles.	3.4	↑
Les concentrations sont normalisées et limitées dans l'ensemble de l'organisme.	3.4.1	
L'organisme évalue et limite la disponibilité de produits narcotiques (opioïdes) et retire les formats à dose élevée des unités de soins.	3.6	↑
L'organisme a retiré les produits suivants : les ampoules ou fioles d'hydromorphone dont la concentration est supérieure à 2 mg/ml (à l'exception des soins palliatifs); les ampoules ou fioles de morphine dont la concentration est supérieure à 15 mg/ml.	3.6.2	
L'organisme dispose d'une politique et d'un processus pour gérer l'accessibilité des échantillons de médicaments.	3.7	
Les médicaments sont rangés dans des zones d'accès réservé au personnel autorisé.	6.3	↑

Les aires d'entreposage respectent les exigences établies par la loi concernant les médicaments contrôlés.	6.6	↑
Les médicaments destinés aux secteurs de services aux clients sont rangés dans des contenants prêts à l'emploi, si disponibles.	7.3	
Les médicaments qui doivent être administrés dans les secteurs de services aux clients sont rangés dans des emballages unidose étiquetés.	7.4	↑
Les médicaments oraux à dose unique demeurent dans l'emballage du fabricant ou de la pharmacie jusqu'à leur d'administration.	7.5	↑
L'organisme range les gaz anesthésiques de façon sécuritaire dans un endroit isolé qui est doté d'une ventilation adéquate.	8.4	↑
L'organisme conserve le profil pharmaceutique de chaque client afin que le personnel et les autres prestataires de services devant administrer des soins ou des services y aient accès.	9.2	
Les professionnels prescripteurs rédigent ou entrent à l'ordinateur les ordonnances complètes, le renouvellement et la réévaluation des médicaments à l'admission, au terme des services ou au transfert à un autre niveau de soins.	10.1	↑
L'organisme a établi et mis en œuvre une liste d'abréviations, de symboles et de désignations de dose qui ne doivent pas être utilisés dans l'organisme.	10.2	↑
L'organisme se sert de la liste établie et l'applique à tous les documents portant sur les médicaments, qu'ils soient écrits à la main ou saisis à l'ordinateur.	10.2.2	
Les formulaires préimprimés de l'organisme qui sont liés à l'utilisation des médicaments ne comprennent pas d'abréviations, de symboles ou de désignations de dose qui figurent sur la liste.	10.2.3	
L'organisme effectue une vérification de la conformité en ce qui concerne la liste et apporte des changements aux processus en fonction des problématiques cernées.	10.2.7	
La pharmacie et les autres prestataires de services acceptent les ordonnances verbales seulement en cas d'urgence.	10.9	↑
La pharmacie et les autres prestataires de services acceptent les ordonnances téléphoniques seulement en cas d'urgence.	10.10	↑

L'organisme vérifie si les politiques et processus de prescription de médicaments sont respectés.	10.13	↑
L'organisme met des aires de travail à la disposition du personnel de la pharmacie pour la préparation sécuritaire et efficace des médicaments.	12.1	
La pharmacie délivre des médicaments dans des contenants à dose unitaire.	13.3	↑
La pharmacie livre les médicaments directement dans les secteurs de services aux clients.	15.1	
L'équipe utilise au moins deux identificateurs de client avant d'administrer les médicaments.	18.3	↑
L'équipe utilise au moins deux identificateurs de client avant d'administrer les médicaments.	18.3.1	
Les prestataires de services consultent le dossier d'administration des médicaments du client chaque fois qu'un médicament est administré.	18.4	↑
L'organisme réduit au minimum le recours à des fioles à usage multiple dans les secteurs de soins aux clients.	19.5	↑
L'organisme utilise les constatations découlant de l'examen des événements indésirables pour déterminer des possibilités d'amélioration et les mettre en œuvre.	21.8	↑
L'organisme offre régulièrement au personnel et aux prestataires de services de la rétroaction sur les événements indésirables liés aux médicaments, les situations dangereuses et les stratégies de réduction des erreurs adoptées.	21.9	

Prévention des infections

Prévention des infections

Mesures prises par le personnel dans les établissements de santé pour réduire la transmission et l'acquisition d'agents infectieux.

Commentaires des visiteurs

Il y a suffisamment de ressources pour appuyer les besoins du programme de prévention des infections, ce qui démontre que l'organisme comprend cet important rôle. Les praticiens forment une équipe qui s'y connaît et qui est bien organisée. Les taux d'infection sont faibles et les poussées qui se présentent à l'occasion sont bien gérées, ce qui indique la qualité du programme.

Les professionnels de la prévention des infections des différents établissements entretiennent des liens étroits entre eux et avec la santé publique, au moyen d'un comité régional de prévention des infections.

La prévention des infections fournit de la formation et de l'information à des programmes collégiaux de la région et à d'autres organismes à Saint John.

La clinique SARM de la région de Saint John est unique et digne de félicitations. On devrait penser à l'élargir à d'autres établissements.

L'organisme est très propre et bien entretenu. Cela s'applique à tous les établissements.

Les membres du personnel des services de l'environnement, du service de stérilisation et de l'endoscopie sont efficaces et bien informés et comprennent leurs importants rôles en matière de prévention des infections.

Le personnel infirmier est bien informé des processus à suivre pour la notification d'une culture positive ou d'un rapport de laboratoire et s'occupe adéquatement des patients qui doivent être isolés.

La campagne de lavage des mains de Moncton réussit très bien et a recours à des approches novatrices bien acceptées par le personnel.

À certains établissements, les postes de lavage des mains aux entrées publiques et aux entrées du personnel ne sont pas toujours visibles. Parmi tous les visiteurs observés ayant franchi les portes à différents établissements, personne n'a utilisé le gel. On encourage la mise en œuvre de campagnes de sensibilisation améliorées sur le lavage des mains pour le public et les visiteurs.

L'espace réservé à l'aire de nettoyage des appareils d'endoscopie à l'Hôpital régional de Saint John est très limité et il est difficile de maintenir la séparation entre l'aire du matériel propre et celle du matériel souillé, particulièrement en raison des volumes des endoscopes qui y passent quotidiennement.

L'espace à l'aire de nettoyage de l'endoscopie à St. Joseph est aussi encombré, mais on réussit dans une certaine mesure à séparer l'aire du matériel propre et de celle du matériel souillé.

Les taux d'infection sont signalés aux gestionnaires, mais l'information n'est pas toujours transmise au personnel.

Bien qu'il y ait des dépliants d'information disponibles, il n'y a pas, à la plupart des établissements, de documentation dans les dossiers des patients qui indique que de l'information sur la prévention des infections a été donnée aux clients et aux familles.

Bien que l'organisme lui-même n'envoie pas d'articles à un fournisseur externe pour la stérilisation, il fournit des services de stérilisation à d'autres organismes de la communauté, comme des cliniques et des cabinets de médecins. On recommande de faire une évaluation des risques liés à cette pratique.

À l'Hôpital régional de Saint John, on devrait faire une surveillance des soins aux clients et des autres secteurs à risque élevé pour s'assurer de la pertinence des procédures d'entretien, y compris au moyen de vérifications et de listes de contrôle quotidiennes. On pourrait améliorer le

programme de formation sur les techniques de nettoyage à l'intention du personnel des services de l'environnement pour s'assurer de l'uniformité et de la pertinence de la formation offerte aux employés et de la tenue des dossiers de formation.

On devrait recourir aux dispositifs de sécurité pour les articles pointus ou tranchants et les autres articles à risque élevé.

On recommande d'améliorer la documentation à la salle d'endoscopie de l'établissement Saint John pour répondre aux normes.

On croyait que l'usage de Cidex était limité à certains secteurs, mais ils sont encore nombreux à utiliser le produit. Cela doit être réexaminé pour s'assurer du respect de toutes les précautions en matière de sécurité et de toutes les procédures de traitement. Aucun des établissements ne savait que les normes exigent un rinçage à l'eau stérile, indépendamment des instructions du fabricant.

Il faut explorer les possibilités de liens avec d'autres prestataires de services, comme les services médicaux d'urgence (SMU) et les maisons de soins infirmiers, pour coordonner et normaliser, quand c'est possible, les pratiques de prévention des infections dans l'ensemble du continuum de soins.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'organisme fait le suivi des taux d'infections, analyse l'information recueillie pour déterminer des regroupements, des épidémies et des tendances, et partage l'information dans l'ensemble de l'organisme.	1.2	↑
Le personnel et les prestataires de services connaissent les taux d'infections et les recommandations qui découlent des études sur les épidémies.	1.2.3	
L'organisme revoit et met à jour ses politiques et procédures au moins tous les trois ans et à mesure que de nouveaux renseignements lui sont acheminés.	4.7	
L'organisme offre de la formation et du perfectionnement sur la prévention des infections aux partenaires, aux autres organismes et à la communauté.	5.5	
L'information donnée aux clients et aux familles est consignée dans le dossier du client.	7.3	

L'organisme évalue régulièrement la qualité du nettoyage et de la désinfection de l'environnement physique, et il utilise cette information pour apporter des changements aux politiques et procédures.	10.6	
Les membres du personnel portent de l'équipement de protection individuel approprié lorsqu'ils manipulent des matières et de l'équipement contaminés.	11.3	↑
L'organisme utilise des appareils munis d'un dispositif sécuritaire en ce qui concerne les objets pointus et tranchants ainsi que d'autre matériel à risque élevé.	11.6	↑
Le dossier de retraitement de l'appareil d'endoscopie comprend le numéro d'identification et le type d'endoscope, l'identification de l'unité de retraitement automatique des endoscopes (URAE), s'il y a lieu, la date et l'heure de l'intervention clinique, le nom et l'identificateur unique du client, les résultats de l'inspection individuelle et du contrôle d'étanchéité, ainsi que le nom de la personne qui procède au retraitement de l'endoscope.	13.13	

Services aux personnes présentant des déficits sur le plan du développement

Direction clinique

Assurer la direction et veiller à la formulation des objectifs généraux et à l'orientation de l'équipe chargée de la prestation des services.

Commentaires des visiteurs

L'équipe fournit des services éducatifs d'approche exceptionnels aux parents et aux aides-éducateurs de ses clients pour favoriser la réussite de la planification du congé. Le cours de deux jours Coaching Caregivers (un cours visant à aider les soignants naturels) en est un exemple.

Selon l'équipe, la réussite de la planification du congé est souvent entravée par un manque de ressources communautaires et de thérapeutes qualifiés pour répondre aux besoins continus des clients au congé.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
Les objectifs de l'équipe concernant les services offerts aux personnes présentant des déficits sur le plan du développement sont clairs et mesurables.	2.2	

Compétences

Former une équipe interdisciplinaire d'une grande compétence dotée des connaissances, du savoir-faire et des capacités nécessaires à l'élaboration, à la gestion et à la prestation de programmes de services et de soins efficaces et efficients.

Commentaires des visiteurs

L'équipe décrit une vaste gamme de possibilités de formation internes et externes offertes ou appuyées par l'organisme. Selon elle, ces possibilités ont des répercussions directes sur sa capacité de fournir des services spécialisés à l'échelle provinciale.

L'équipe apprécie la conception novatrice et l'aménagement de l'espace de l'établissement de quatre ans dans lequel elle se sent privilégiée de travailler. Elle apprécie les efforts qui ont été déployés pour situer les bureaux des employés au périmètre du bâtiment de façon à les doter de fenêtres. Elle est aussi particulièrement fière de l'aire d'évaluation extérieure récemment terminée qui favorisera l'évaluation de réadaptation dans une variété de cadres extérieurs.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Épisode de soins

Les services de santé offerts pour un problème de santé donné, de la première à la dernière rencontre avec un prestataire de soins.

Commentaires des visiteurs

Les services offerts au Centre de réadaptation Stan Cassidy ont été examinés. Les deux principaux volets de la prestation des services sont destinés aux enfants ayant une déficience neurologique et à ceux ayant des troubles d'autisme complexes. Les deux volets sont offerts en consultations externes. L'approche de prestation des services est multidisciplinaire. Complète et dévouée, l'équipe de professionnels est particulièrement élogieuse à l'endroit du médecin qui la dirige. Elle précise qu'elle doit relever d'importants défis pour répondre aux besoins des enfants autistes qui peuvent être sur la liste d'attente aussi longtemps que trois ans.

Les membres se disent fiers de faire partie d'une équipe dévouée, professionnelle, coopérative et multidisciplinaire. Ils reconnaissent tout particulièrement la participation inclusive et active des médecins de l'équipe.

La conception physique novatrice de l'établissement comprend du logement de transition doté de toutes les ressources nécessaires à l'apprentissage des enfants et des familles, au réapprentissage et à la mise en application des habiletés de la vie quotidienne nécessaires pour favoriser la plus grande autonomie possible. Il y a aussi une vaste gamme de services de technologie d'assistance fournis pour assurer l'adaptation individualisée du matériel adapté et des appareils d'aide à la mobilité.

L'équipe juge qu'il y n'y a pas suffisamment d'espace et de ressources de dotation pour répondre aux besoins actuels et futurs du programme pour enfants autistes.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Aide à la décision

Information, recherche et preuves, ainsi que données et technologie qui appuient et facilitent la gestion et la prise de décisions clinique.

Commentaires des visiteurs

Toutes les normes ont été respectées.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Impact sur les résultats

Cibler et surveiller les mesures liées aux processus et les mesures liées aux résultats et améliorer la qualité des services et des résultats obtenus.

Commentaires des visiteurs

La nouvelle conception physique de l'édifice comprend un certain nombre de caractéristiques pour réduire l'exposition de l'équipe aux risques liés à la gestion des clients agressifs ou difficiles à gérer, comme des caméras vidéo, des fenêtres bilatérales, des systèmes d'appel en cas d'urgence et des lève-personne fixés au plafond. L'équipe a aussi mis en place une formation et une intervention en cas de crises non violentes pour les clients autistes.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Services d'obstétrique et périnatalité

Direction clinique

Assurer la direction et veiller à la formulation des objectifs généraux et à l'orientation de l'équipe chargée de la prestation des services.

Commentaires des visiteurs

La direction médicale et la direction des soins infirmiers coopèrent dans des zones individuelles et le personnel est bien formé et bien intentionné.

Les objectifs mesurés, comme les taux d'allaitement maternel et de césarienne, sont importants, mais leur portée est limitée.

La collecte de données est variable. La création d'une base de données périnatales donnerait la possibilité d'évaluer et d'améliorer les soins, puis d'évaluer les améliorations visées. Si cela pouvait être similaire à la base de données établie en Nouvelle-Écosse, les comparaisons seraient facilitées.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'équipe recueille des renseignements sur les clients et la communauté de façon proactive.	1.1	
L'organisme offre du soutien à l'équipe pour l'aider à offrir des services d'obstétrique et périnatalité de qualité.	2.5	

Compétences

Former une équipe interdisciplinaire d'une grande compétence dotée des connaissances, du savoir-faire et des capacités nécessaires à l'élaboration, à la gestion et à la prestation de programmes de services et de soins efficaces et efficients.

Commentaires des visiteurs

Le personnel et les médecins de ce service sont hautement qualifiés et motivés.

La médecine familiale de groupe pour les grossesses à faible risque et les soins après l'accouchement à l'Hôpital du Haut de la Vallée est un modèle de la façon d'organiser et d'offrir de tels soins. Il devrait être un établissement d'enseignement et un modèle repris dans des établissements similaires partout dans la province et le pays.

Bien que la formation soit bonne et pertinente, elle ne repose pas sur des évaluations des besoins.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'équipe évalue et satisfait les besoins de chaque membre en matière de formation et de perfectionnement.	4.9	

Épisode de soins

Les services de santé offerts pour un problème de santé donné, de la première à la dernière rencontre avec un prestataire de soins.

Commentaires des visiteurs

Des ordonnances préimprimées sont souvent utilisées, ce qui améliore l'uniformité des soins.

On n'utilise pas couramment de plans standard d'intervention pour les cas compliqués.

La sécurité des nouveau-nés n'est pas assurée de façon uniforme. Certaines pouponnières utilisent de la technologie comme HUGS, mais ce n'est pas le cas partout. Ce devrait pourtant l'être dans l'ensemble de la région.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'équipe détecte et, dans la mesure du possible, élimine les obstacles qui empêchent les clients, les familles, les prestataires de services et les organismes qui acheminent des clients d'accéder aux services.	6.1	

L'équipe établit un bilan comparatif des médicaments avec le client au moment où il est acheminé ou transféré, et transmet les renseignements relatifs aux médicaments du client au prochain prestataire de services lors d'un acheminement ou d'un transfert vers un autre établissement, service, prestataire de services ou niveau de soins à l'intérieur ou à l'extérieur de l'organisme.	11.3
Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments avec le client au moment où il est acheminé ou transféré.	11.3.1
Le processus englobe la production d'une liste complète des médicaments que le patient prenait avant d'être acheminé ou transféré.	11.3.2
Le processus englobe une comparaison en temps opportun de la liste des médicaments utilisés avant l'acheminement ou le transfert avec la liste des nouveaux médicaments prescrits au moment de l'acheminement ou du transfert.	11.3.3

Aide à la décision

Information, recherche et preuves, ainsi que données et technologie qui appuient et facilitent la gestion et la prise de décisions clinique.

Commentaires des visiteurs

Les réseaux cliniques améliorent la sélection et l'introduction de soins fondés sur des données probantes.

Cet aspect serait facilité par la participation au programme AMBRO OB.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Impact sur les résultats

Cibler et surveiller les mesures liées aux processus et les mesures liées aux résultats et améliorer la qualité des services et des résultats obtenus.

Commentaires des visiteurs

Bien que les événements indésirables soient déclarés et évalués et que des mesures puissent être prises, on ne fournit pas nécessairement d'information au sujet des effets, le cas échéant, de la préparation du rapport.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Services de gestion des cas

Direction clinique

Assurer la direction et veiller à la formulation des objectifs généraux et à l'orientation de l'équipe chargée de la prestation des services.

Commentaires des visiteurs

Trois établissements ont été visités relativement à la gestion des cas - Saint John, Oromocto et Moncton. Ils font tous partie du Programme extra-mural mis au point par la province. Les lignes directrices du programme précisent qui sont les clients admissibles au service. Les établissements font aussi le suivi du type de clients qui sont dirigés vers leur programme. Ils utilisent aussi l'Infostructure canadienne de la santé (ICS) pour faire la planification et pour évaluer les communautés dans lesquelles ils offrent des services.

La planification des services est faite avec des partenaires comme les écoles, les hôpitaux, les médecins et autres. Les aiguillages peuvent être reçus avant la chirurgie de façon à pouvoir initier efficacement la planification du congé et du suivi en temps opportun. L'équipe, qui s'est dotée d'un coordonnateur, joue un rôle clé dans la réussite de cet organisme et elle en est très fière. La planification et la prestation sont axées sur le client, et toute personne requise pour assurer l'atteinte de ce succès prend part à la planification et à la prestation des services. Les plans de soins sont élaborés avec le client et on s'entend sur les buts. L'objectif est un retour à l'autogestion. Le suivi des résultats se fait avec le client. Les membres de l'équipe s'offrent mutuellement du soutien. Les bureaux sont aménagés pour favoriser la collaboration entre les équipes. Les infirmières de liaison de l'hôpital jouent un rôle clé dans la promotion de l'organisme et des services qu'il offre. Si un service précis n'est pas offert, les clients sont dirigés vers d'autres services aux fins d'assistance. Les meilleures pratiques sont la norme attendue et on encourage le perfectionnement continu. Un processus de déclaration des incidents est en place et les leçons apprises sont partagées avec tout le personnel.

Les employés reçoivent une formation sur la sécurité dans le cadre de l'orientation, et annuellement par la suite, ils savent bien comment évaluer les risques et quoi faire dans différentes situations et ils encadrent le nouveau personnel en le faisant profiter de leur expérience. Toutefois, il serait bénéfique d'avoir une politique et procédure qui décrirait clairement les processus pour cerner les risques et établir un plan et un mécanisme officiel de vérification permettant d'assurer la sécurité des employés qui travaillent. Un outil maison d'évaluation des risques est d'ailleurs en cours d'élaboration.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Compétences

Former une équipe interdisciplinaire d'une grande compétence dotée des connaissances, du savoir-faire et des capacités nécessaires à l'élaboration, à la gestion et à la prestation de programmes de services et de soins efficaces et efficients.

Commentaires des visiteurs

Les descriptions de poste expliquent clairement les rôles et responsabilités. Le champ de pratique est élaboré. Des chefs des services professionnels sont en place et des liens avec des associations professionnelles sont développés. Des conseils professionnels sont utilisés dans le cadre du développement actuel et futur de la pratique professionnelle. Il est évident que l'interdisciplinarité est la façon de faire et on encourage la présence d'une équipe interdisciplinaire. Tout est fait en fonction du bien-être et des besoins du client.

Les gens sont ouverts et réceptifs aux nouvelles idées. Les meilleures pratiques sont la norme et ce à quoi on s'attend. Des évaluations des besoins en matière d'éducation sont utilisées pour prendre des décisions. On inclut la méthode préférée de prestation à partir des principes d'éducation aux adultes.

Une orientation très détaillée est fournie. En tout temps, le personnel se sent bien à l'aise de demander de l'aide. Du mentorat est fourni. Le système de jumelage est aussi utilisé pour le perfectionnement du personnel. De la formation et des directives sont en place pour tout l'équipement, dont une formation sur les pompes à perfusion et les attentes en matière de documentation. L'environnement est favorable à l'apprentissage. Des évaluations du rendement sont faites pour tous les employés. Il s'agit d'un processus continu et non d'une simple attente annuelle.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Épisode de soins

Les services de santé offerts pour un problème de santé donné, de la première à la dernière rencontre avec un prestataire de soins.

Commentaires des visiteurs

Les clients connaissent l'organisme et reçoivent l'information nécessaire pour communiquer avec lui et avoir accès aux services d'urgence, au besoin. Les recommandations de clients sont triées et priorisées selon les risques et les besoins. Les affectations sont faites selon les changements de clients. Des services d'alphabétisation et des choix de langues sont offerts selon les besoins des clients. Même quand l'aiguillage ne précise qu'un seul service, les responsables des soins primaires peuvent demander d'autres services s'ils cernent d'autres besoins, notamment dans le programme scolaire et dans les programmes communautaires.

Les services sont offerts tous les jours, 24 heures sur 24. Un service de réponse téléphonique est en place. La planification des soins est faite avec le client et le soignant et ceux-ci s'entendent sur les buts établis. Il y a un système efficace de transfert de l'information entre les prestataires. Le meilleur schéma thérapeutique est dressé et vérifié par la pharmacie, le médecin et l'organisme qui achemine le client. Un nouveau projet pilote avec les pharmaciens de la communauté a été mené et l'organisme espère le mettre en œuvre pour améliorer le bilan comparatif des médicaments dans l'ensemble des programmes extra-muraux.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Aide à la décision

Information, recherche et preuves, ainsi que données et technologie qui appuient et facilitent la gestion et la prise de décisions clinique.

Commentaires des visiteurs

La gestion des dossiers se fait conformément à la politique. On respecte la confidentialité. Une formation est offerte sur la technologie de l'information. On fournit aussi de l'aide sur demande. On encourage la recherche et des projets de recherche sont menés. Il y a à l'Université du Nouveau-Brunswick (UNB) des conseils professionnels qui partagent les pratiques professionnelles, examinent les possibilités d'amélioration et planifient de nouvelles initiatives. L'optimisation de la gestion des plaies chez les diabétiques en est un exemple.

La fusion des différents systèmes de TI est à la phase de la planification. Il est difficile de produire des données découlant des indicateurs et un tableau de bord au moyen de systèmes séparés. À l'heure actuelle, avec des systèmes manuels, la collecte de données découlant des indicateurs varie d'une zone à l'autre.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Impact sur les résultats

Cibler et surveiller les mesures liées aux processus et les mesures liées aux résultats et améliorer la qualité des services et des résultats obtenus.

Commentaires des visiteurs

Malgré les limites d'un système manuel, des plans de prestation des services à la population sont élaborés, des services sont fournis et des meilleures pratiques sont mises en œuvre. Quand c'est possible, des indicateurs de résultats sont mis au point et recueillis, des vérifications sont effectuées et des sondages sur la satisfaction des clients sont remplis. La déclaration des incidents est faite et les résultats sont passés en revue avec le personnel. Un processus est en place pour prioriser les clients en attente de services. On procède au suivi des événements, y compris des accidents et incidents évités de justesse. La rétroaction est partagée dans le cadre de réunions ou d'annonces. On travaille à l'élaboration de sondages de satisfaction.

Compte tenu des différents systèmes d'IT, il n'est pas possible d'avoir un tableau de bord coordonné au moyen duquel recueillir et comparer des indicateurs pour l'ensemble du Réseau Horizon. Cela entrave la capacité de fusion et de comparaison des programmes. À l'heure actuelle, tout se fait manuellement.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Services de médecine

Direction clinique

Assurer la direction et veiller à la formulation des objectifs généraux et à l'orientation de l'équipe chargée de la prestation des services.

Commentaires des visiteurs

Des activités de recherche clinique seraient très souhaitables, mais une infrastructure appuyant cette recherche devrait être créée.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'équipe établit des buts et des objectifs mesurables et précis pour ses services de médecine.	2.2	
L'organisme offre du soutien à l'équipe pour l'aider à offrir des services de médecine de qualité.	2.5	

Compétences

Former une équipe interdisciplinaire d'une grande compétence dotée des connaissances, du savoir-faire et des capacités nécessaires à l'élaboration, à la gestion et à la prestation de

programmes de services et de soins efficaces et efficaces.

Commentaires des visiteurs

Un groupe engagé et très motivé d’employés et de médecins offre des soins contemporains.

On a mis sur pied et on tient à jour une bibliothèque en pédiatrie qui offre des ressources pour les enfants et leurs prestataires de soins. Ces ressources expliquent de façon accessible et non menaçante la nature de nombreuses maladies et déficiences. Des histoires présentant des enfants qui ont des maladies comme le diabète et qui vivent une vie active aident à accepter ces conditions. Cette bibliothérapie est digne d’éloges.

La formation des employés est opportuniste en ce sens qu’elle dépend de ce qui est offert à l’externe et des besoins déterminés. Il n’y a pas de sondage d’évaluation des processus de soins pour déterminer les besoins réels d’apprentissage.

Il manque de ressources dans certains secteurs. En pédiatrie, il manque de services de santé mentale et d’interventions pour la déficience de l’attention et les problèmes de comportement.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d’agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
Le personnel et les prestataires de services reçoivent une formation continue et efficace au sujet des pompes à perfusion.	4.4	↑
Des documents prouvent qu’une formation continue et efficace est donnée au sujet des pompes à perfusion.	4.4.1	
L’équipe évalue et satisfait les besoins de chaque membre en matière de formation et de perfectionnement.	4.7	

Épisode de soins

Les services de santé offerts pour un problème de santé donné, de la première à la dernière rencontre avec un prestataire de soins.

Commentaires des visiteurs

Les soins infirmiers sont dotés d’une bonne équipe de direction et le personnel est de toute évidence bienveillant. Une planification du congé est faite au besoin et, en cas de planification antérieure, la transition au Programme extra-mural se fait sans faille.

Les salles communes ont fréquemment une capacité excédentaire et de nombreux patients attendent d’être placés ailleurs. Comme il arrive souvent que l’on n’utilise pas de plans standard d’intervention, le jour du congé peut ne pas être prévu.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d’agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'équipe a accès aux services de diagnostic, aux résultats et aux conseils d'experts dont elle a besoin pour effectuer une évaluation adéquate.	7.7	
Un membre qualifié de l'équipe exécute les ordonnances et distribue les médicaments au moment opportun et avec précision.	10.3	↑
L'équipe établit un bilan comparatif des médicaments avec le client au moment où il est acheminé ou transféré, et transmet le bilan au prochain prestataire de services lors d'un acheminement ou d'un transfert vers un autre établissement, service, prestataire de service ou niveau de soins à l'intérieur ou à l'extérieur de l'organisme.	11.3	
Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments avec le client au moment où il est acheminé ou transféré.	11.3.1	
Le processus englobe la production d'une liste complète des médicaments que le patient prenait avant d'être acheminé ou transféré.	11.3.2	
Le processus englobe une preuve écrite que les deux listes ont été comparées, que les différences ont été cernées, discutées et expliquées, et que les modifications appropriées ont été apportées à tout nouveau médicament prescrit.	11.3.4	
Le processus démontre clairement que l'établissement du bilan comparatif des médicaments s'avère une responsabilité partagée entre le patient, le personnel infirmier, les médecins et les pharmaciens, selon le cas.	11.3.5	
Après le transfert ou la fin de services d'un client, l'équipe communique avec celui-ci, sa famille ou l'organisme où il est soigné pour évaluer le succès de la transition. Les renseignements ainsi obtenus servent à améliorer la planification des transferts et de la fin des services.	11.6	↑

Aide à la décision

Information, recherche et preuves, ainsi que données et technologie qui appuient et facilitent la gestion et la prise de décisions clinique.

Commentaires des visiteurs

Les équipes de la région dans des secteurs spécifiques, comme les AVC, évaluent les données probantes et planifient la mise en œuvre des soins.

Peu de recherche est faite, mais on espère qu'il y en aura plus avec la mise sur pied d'une école de médecine répartie à Saint John et dans l'ensemble de la province.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Impact sur les résultats

Cibler et surveiller les mesures liées aux processus et les mesures liées aux résultats et améliorer la qualité des services et des résultats obtenus.

Commentaires des visiteurs

On consigne les données sur les événements indésirables, on les examine en vue de tirer des conclusions et on apporte parfois des changements. Toutefois, il est rare que de la rétroaction sur les mesures prises soit donnée aux personnes ayant fait les observations initiales. Cette incapacité à fermer la boucle dans les rapports décourage d'autres déclarations qui pourraient être des possibilités d'apprentissage.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'équipe transmet de l'information sur les analyses comparatives et les meilleures pratiques à ses partenaires et à d'autres organismes.	14.5	
L'équipe met en œuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les répercussions des chutes chez les clients.	15.2	↑
L'équipe met en œuvre une stratégie de prévention des chutes.	15.2.1	
La stratégie répond aux besoins spécifiques des populations cernées.	15.2.3	
L'équipe utilise l'information découlant de ses évaluations pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes.	15.2.5	
L'équipe recueille le point de vue des clients sur la qualité des services de médecine.	16.2	

Services de réadaptation

Direction clinique

Assurer la direction et veiller à la formulation des objectifs généraux et à l'orientation de l'équipe chargée de la prestation des services.

Commentaires des visiteurs

Les centres de réadaptation visités sont le Centre de réadaptation Stan Cassidy et l'Unité de réadaptation à l'Hôpital régional de Saint John.

De fortes équipes interdisciplinaires sont présentes et font preuve de passion et de dévouement dans la prestation des services de réadaptation.

La planification du programme se fait surtout au niveau du chargé de programme et rien n'indique que l'équipe a participé au processus.

Les buts et objectifs du programme ne sont pas exprimés en termes précis et mesurables.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
Les membres de l'équipe collaborent pour élaborer des buts et des objectifs.	2.1	
L'équipe établit des buts et des objectifs mesurables et précis pour ses services de réadaptation.	2.2	

Compétences

Former une équipe interdisciplinaire d'une grande compétence dotée des connaissances, du savoir-faire et des capacités nécessaires à l'élaboration, à la gestion et à la prestation de programmes de services et de soins efficaces et efficients.

Commentaires des visiteurs

Les membres de l'équipe disent que l'organisme offre beaucoup de soutien pour ce qui est des possibilités internes et externes de formation. L'équipe dit aussi qu'il y a de nombreuses possibilités d'apprentissage en ligne, obligatoires et facultatives, fournies au moyen de l'intranet.

Les milieux de travail sont bien conçus, et il y a beaucoup d'espace pour appuyer le fonctionnement et l'interaction interdisciplinaire.

On sait que l'équipe travaille à l'établissement d'un processus plus officiel en vue d'évaluer régulièrement son fonctionnement de façon à être en meilleure position pour cerner les priorités d'action.

Les évaluations du rendement ne sont pas faites selon les paramètres établis dans la politique de l'organisme.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
----------	-------	-------------------

Les chefs d'équipe évaluent et documentent régulièrement le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et positive.

4.8

Épisode de soins

Les services de santé offerts pour un problème de santé donné, de la première à la dernière rencontre avec un prestataire de soins.

Commentaires des visiteurs

On a examiné les services de réadaptation au Centre de réadaptation Stan Cassidy et à l'Unité de réadaptation de l'Hôpital régional de Saint John où l'on offre des services aux patients hospitalisés et aux patients de jour, de même que dans les cliniques spécialisées. Une variété de services spécialisés et d'interventions est offerte à des clients de l'ensemble de la province ayant des déficiences complexes. On offre aussi des services de soutien aux thérapeutes qui dispensent des services dans la communauté. L'équipe de réadaptation participe aussi activement aux activités de recherche. Les membres de l'équipe sont particulièrement fiers de certaines caractéristiques innovatrices du Centre de réadaptation Stan Cassidy, dont le logement de transition, les salles d'isolement dotées d'une circulation contrôlée de l'air et le parc d'évaluation extérieur récemment ouvert. Ils attribuent la réussite de ces initiatives et d'autres projets uniques au soutien et au financement qu'ils reçoivent de leur Fondation.

Selon les patients, les trousse d'information pour les patients hospitalisés et les patients en consultation externe des services de réadaptation sont bien présentées et très informatives.

Il y a des critères d'admission très spécifiques pour les services de réadaptation. L'équipe les comprend bien et les met en application.

L'équipe dit avoir accès à toute la gamme des services diagnostiques nécessaires et aux consultations d'experts de façon à pouvoir effectuer des évaluations complètes de ses patients.

L'équipe multidisciplinaire tient des rencontres hebdomadaires axées sur les patients pour revoir le plan de services détaillé et les buts et résultats escomptés, au besoin.

Les équipes ont mis au point de fortes politiques et pratiques d'auto-administration des médicaments qui devraient être partagées dans d'autres secteurs de prestation de services pertinents de l'organisme.

Le processus du bilan comparatif des médicaments est compris, mais l'équipe affirme que cette exigence n'a pas encore été mise en application. Selon l'équipe, la mise en œuvre de ce processus se fera bientôt à la grandeur de l'organisme.

On suggère que l'équipe revoit son processus de partage des plans de service et de réadaptation des patients individuels sur de gros tableaux blancs situés dans des aires publiques. Ces pratiques devraient entièrement répondre aux exigences liées à la législation relative à la protection de la vie privée.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments du client à l'admission dans l'organisme, et ce, avec la participation du client, de la famille ou du soignant.	7.4	
Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments avec le client au moment de l'admission.	7.4.1	
L'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) pour le client à l'admission.	7.4.2	
Selon le modèle utilisé, le prescripteur utilise le MSTP pour préparer les ordonnances de médicaments à l'admission (processus proactif), OU l'équipe effectue, en temps opportun, une comparaison du MSTP par rapport aux ordonnances de médicaments à l'admission (processus rétroactif).	7.4.3	
L'équipe consigne le fait que le bilan du MSTP et des ordonnances de médicaments à l'admission a été effectué, ainsi que le fait que les modifications appropriées ont été apportées aux médicaments lorsque cela s'avérait nécessaire.	7.4.4	
Ce processus s'avère une responsabilité partagée entre le client et un praticien en soin de santé ou plus, par exemple le personnel infirmier, les médecins, les pharmaciens et les techniciens en pharmacie, selon le cas.	7.4.5	
Établissement du bilan comparatif des médicaments à l'admission.	7.5	
L'équipe se conforme aux protocoles et aux définitions d'Agrément Canada pour recueillir et soumettre les données relatives à l'établissement du bilan comparatif des médicaments au moment de l'admission.	7.5.1	
Selon ses résultats du suivi de l'indicateur relatif au bilan comparatif des médicaments au moment de l'admission, l'équipe ne présente aucun signal d'alerte démontrant qu'une mesure à prendre a été oubliée.	7.5.2	

L'équipe établit un bilan comparatif des médicaments avec le client au moment où il est acheminé ou transféré, et transmet l'information relative aux médicaments du client au prochain prestataire de services lors d'un acheminement ou d'un transfert vers un autre établissement, service, prestataire de services ou niveau de soins à l'intérieur ou à l'extérieur de l'organisme.	11.3
Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments avec le client au moment où il est acheminé ou transféré.	11.3.1
Le processus englobe la production d'une liste complète des médicaments que le patient prenait avant d'être acheminé ou transféré.	11.3.2
Le processus englobe une comparaison en temps opportun de la liste des médicaments utilisés avant l'acheminement ou le transfert avec la liste des nouveaux médicaments prescrits au moment de l'acheminement ou du transfert.	11.3.3
Le processus englobe une preuve écrite que les deux listes ont été comparées, que les différences ont été cernées, discutées et expliquées, et que les modifications appropriées ont été apportées à tout nouveau médicament prescrit.	11.3.4
Le processus démontre clairement que l'établissement du bilan comparatif des médicaments s'avère une responsabilité partagée entre le patient, le personnel infirmier, les médecins et les pharmaciens, selon le cas.	11.3.5
L'organisme dispose d'un plan écrit pour mettre en œuvre partout dans l'organisme, et ce, avant la tenue de la prochaine visite d'agrément, un processus visant à établir un bilan comparatif des médicaments au moment de l'acheminement ou du transfert.	11.3.6

Aide à la décision

Information, recherche et preuves, ainsi que données et technologie qui appuient et facilitent la gestion et la prise de décisions clinique.

Commentaires des visiteurs

On félicite l'organisme pour le soutien exemplaire qu'il offre aux projets innovateurs comme les unités de soins de transition, le projet de « téléadaptation » qui devrait être mis à l'essai au cours des prochaines semaines et l'aire extérieure d'évaluation qui est ouverte depuis la semaine dernière.

On félicite l'équipe pour sa participation active à des projets de recherche clinique et pour son engagement à utiliser la recherche actuelle et des lignes directrices fondées sur des données probantes pour la mise en œuvre de meilleures pratiques en services de réadaptation.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Impact sur les résultats

Cibler et surveiller les mesures liées aux processus et les mesures liées aux résultats et améliorer la qualité des services et des résultats obtenus.

Commentaires des visiteurs

Les établissements de réadaptation visités sont le Centre de réadaptation Stan Cassidy et l'Unité de réadaptation de l'Hôpital régional de Saint John.

POINTS FORTS

Les équipes recueillent de l'information comparative sur une variété d'indicateurs. Elles demandent aussi la rétroaction des patients au moyen de sondage sur la satisfaction des clients dans le but de cerner les aspects de la prestation des soins et des services qui peuvent être améliorés.

POSSIBILITÉS D'AMÉLIORATION

Une brochure bien conçue a récemment été produite pour informer et conseiller les patients et familles au sujet de leur rôle en matière de sécurité. Elle vient toutefois juste d'être terminée et n'a pas encore été entièrement distribuée à tous les patients et à leur famille. Il s'agira d'un très important outil quand cette dernière étape du projet sera franchie. L'équipe affirme ne pas encore avoir entièrement mis en œuvre une stratégie ou un programme de prévention des chutes, mais comprend que l'on s'attend à ce que la mise en œuvre d'une telle stratégie dans l'ensemble de l'organisme ait lieu à l'automne 2010.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'équipe met en œuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l'évaluation afin de minimiser les répercussions des chutes chez les clients.	15.2	↑
L'équipe met en œuvre une stratégie de prévention des chutes.	15.2.1	
La stratégie cerne les populations desservies par l'organisme qui sont à risque d'avoir des blessures attribuables à des chutes.	15.2.2	
La stratégie répond aux besoins spécifiques des populations cernées.	15.2.3	
L'équipe évalue la stratégie de prévention des chutes de façon continue afin de cerner les tendances, les causes et la gravité des blessures.	15.2.4	
L'équipe utilise l'information découlant de ses évaluations pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes.	15.2.5	

L'équipe informe et forme les clients et les familles au sujet de leur rôle en ce qui concerne la sécurité par le biais de communications écrites et verbales.	15.4	↑
Les clients et les familles reçoivent de l'information écrite et verbale au sujet de leur rôle en matière de sécurité.	15.4.1	
Le personnel utilise des méthodes écrites et verbales pour informer et former les clients au sujet du rôle qu'ils jouent dans le dossier de la sécurité.	15.4.2	
Les patients indiquent s'ils ont reçu de l'information écrite et verbale au sujet du rôle qu'ils jouent dans le dossier de la sécurité des patients.	15.4.3	

Services de santé communautaire

Direction clinique

Assurer la direction et veiller à la formulation des objectifs généraux et à l'orientation de l'équipe chargée de la prestation des services.

Commentaires des visiteurs

Une évaluation officielle des besoins de la communauté a été effectuée pour la région sanitaire. Bien que cela soit utile à un niveau élevé de planification, du travail doit être fait pour s'assurer qu'une évaluation plus localisée et plus spécifique à chaque communauté soit effectuée. Cela aidera à planifier et à élaborer les services de façon pertinente. Des évaluations indépendantes et non officielles des besoins communautaires sont effectuées. Une coordination est requise à ce chapitre pour assurer l'uniformité des approches et les prochaines étapes du processus.

Les liens communautaires sont bons et s'étendent aux écoles, à la santé publique et aux autres programmes internes. Beaucoup de centres de santé communautaire ont du personnel de développement communautaire qui fournit de l'aide dans le cadre de programmes, comme des groupes d'entraide et des groupes dirigés par des pairs. Ces agents de développement communautaire se rencontrent régulièrement pour s'assurer d'être à l'écoute de la communauté.

Il y a d'excellents placements étudiants dans une variété de programmes et divers professionnels de la santé et autres stagiaires font rapidement partie intégrante de l'équipe.

Une orientation et un soutien accrus dans les plus petits centres de santé ruraux aideraient et guideraient les gestionnaires. Cela permettrait de s'assurer que les grandes questions de sécurité sont reconnues et réglées immédiatement. Certaines pratiques comme le laxisme au niveau des clés des armoires de médicaments sont en cours depuis si longtemps qu'elles semblent banales. Ces problèmes doivent toutefois être résolus immédiatement. À Petitcodiac, tous les employés de l'établissement, dont le personnel de bureau, avaient les clés des armoires de médicaments. Même si deux narcotiques étaient dans une armoire séparée, le personnel avait facilement accès au reste des médicaments, y compris à une grande salle ouverte d'échantillons. Il s'agit là d'une responsabilité potentielle pour l'organisme et la direction doit intervenir et fournir des directives pour assurer une gestion sécuritaire. Des séances de formation à l'intention des employés et des médecins doivent immédiatement avoir lieu sur cette question de sécurité, et la direction doit se pencher sur ce problème.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
Les objectifs de l'équipe se rattachant aux services de santé communautaire sont clairs et mesurables.	2.2	
L'organisme offre à l'équipe le soutien nécessaire à la prestation de services de santé communautaire de grande qualité.	2.5	

Compétences

Former une équipe interdisciplinaire d'une grande compétence dotée des connaissances, du savoir-faire et des capacités nécessaires à l'élaboration, à la gestion et à la prestation de programmes de services et de soins efficaces et efficients.

Commentaires des visiteurs

Adapté aux besoins de la communauté qu'il dessert, chaque centre communautaire varie pour ce qui est de la composition de l'équipe interdisciplinaire. Il y a un bon partage et une bonne collaboration entre les membres de l'équipe. Bien que certaines des aires d'employés soient un peu encombrées, des efforts sont déployés pour s'assurer qu'il y a suffisamment d'espace partagé aux endroits requis et qu'il y a de la communication entre les prestataires, tant de façon structurée que spontanée. Certains des centres de santé ont des dossiers médicaux électroniques, comme Purkinje. Cela permet le partage de la consignation aux dossiers et des rapports d'avancement, de même que des évaluations et de la planification pour chaque patient.

Pour certains centres de santé plus petits, comme Petitcodiac, la consignation électronique est minimale et dépend principalement des dossiers papiers. Comme l'information peut être consignée à deux endroits, il y a possibilité de confusion. Un des risques vient du fait que de la documentation clé peut passer inaperçue. Il faut élaborer un plan et une méthode réfléchis pour s'assurer que le personnel utilise un processus uniforme pour consigner l'information sur les patients et les résultats de leurs tests.

Même si certains efforts sont faits pour évaluer les améliorations de l'équipe, il faut le faire de façon plus structurée et spécifique et des résultats mesurables doivent être établis et suivis pour comprendre les possibilités d'amélioration. Il doit y avoir une formation obligatoire sur la sécurité et la gestion des médicaments au moment de l'orientation et sur une base régulière pour tous les employés des établissements qui n'en offrent pas à l'heure actuelle.

Le Centre de santé communautaire St. Joseph dispose d'un programme d'orientation complet qui permet à tous les employés de bien connaître les processus utilisés dans l'organisme. Les centres de santé plus petits offrent une orientation moins officielle et structurée. Des efforts doivent être déployés pour s'assurer que l'information de l'ensemble de la région sanitaire est partagée de façon uniforme dans l'organisme. Cela est extrêmement important pour les politiques et protocoles portant sur la prévention des infections et la sécurité des patients.

Le personnel a accès à plusieurs possibilités de perfectionnement et peut y prendre part par différents moyens.

Bien qu'il y ait dans les plus grands centres de santé, comme St. Joseph, un plan et un processus

structurés pour établir les échéanciers et pour effectuer les évaluations de rendement régulières, ce processus doit être officialisé dans les plus petits établissements.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'équipe interdisciplinaire suit un processus officiel pour évaluer régulièrement son mode de fonctionnement, définir ses priorités et apporter les améliorations nécessaires.	3.7	
Les dirigeants de l'équipe évaluent et documentent régulièrement le rendement de chaque membre de l'équipe de façon objective, interactive et positive.	4.7	

Épisode de soins

Les services de santé offerts pour un problème de santé donné, de la première à la dernière rencontre avec un prestataire de soins.

Commentaires des visiteurs

Même si les clients des plus petites communautés trouvaient qu'ils étaient au courant des services, la communication officielle entre l'organisme et le public n'était selon eux pas bonne. Les nouveaux membres de la communauté ont indiqué ne pas savoir où obtenir de l'information et n'en avaient d'ailleurs pas vue, sauf dans l'établissement lui-même. On encourage le recours à une vaste approche de communication pour informer le public au sujet des services et des programmes offerts.

Les services sont souvent fournis conjointement avec des groupes communautaires et à d'autres endroits dans la communauté pour encourager l'accès et la participation. Dans plusieurs centres de santé, de l'espace était fourni à des organismes partenaires qui offraient du soutien aux clients. Des programmes de sécurité alimentaire, de la formation générale, des programmes sur la méthadone et autres programmes étaient disponibles dans les établissements par l'entremise de programmes et organismes partenaires.

Il ne semble pas y avoir de processus officiel relatif aux plaintes. Les clients n'étaient au courant d'aucun processus, mais la plupart disaient qu'en cas de plainte, ils parleraient à la personne responsable ou ne diraient rien. Personne n'avait entendu parler de préoccupations qui avaient été soulevées et de la façon, le cas échéant, dont elles avaient été traitées.

Il semble y avoir raisonnablement de dossiers et de suivis sur la participation et la présence aux différents programmes offerts dans la région. Toutefois, les dossiers individuels des clients recevant les services ne sont pas uniformes. St. Joseph et Riverside Albert ont des dossiers de patients et des dossiers d'activités précis et bien documentés. Les résultats de tests, les acheminements, les sommaires au congé et les listes de médicaments étaient tous à jour.

Petitcodiac, le plus petit établissement, a d'importants problèmes avec la tenue des dossiers. L'endroit où sont placés les résultats de laboratoire, les acheminements et l'information sur les patients ne semble pas cohérent, puisque certaine information est sauvegardée

électroniquement alors que d'autres renseignements sont copiés et versés aux dossiers papier. Il faut mettre en place un processus clair et normalisé pour la gestion des dossiers des patients. Ce processus exigera la formation des employés et des médecins. Dans cet établissement, les feuilles de médicaments étaient très désuètes et, même s'il y avait souvent une copie de l'ordonnance au dossier, la liste de médicaments placée à l'avant du dossier n'avait pas été mise à jour depuis de nombreuses années.

Dans les établissements visités, les dossiers des patients étaient gardés en lieux sûrs, sauf au Centre de santé de Petitcodiac. Les dossiers des clients et l'information les concernant étaient à un endroit où les clients recevaient périodiquement des injections. Le manque de sécurité dans tout le secteur des dossiers était encore plus inquiétant. Cet endroit se trouve à côté de la salle d'attente et, bien qu'il soit derrière le comptoir de réception, il n'y avait pas de porte. Durant la soirée, un dentiste utilise la salle d'attente pour ses clients, mais il n'y a pas d'employé à la réception. Les dossiers des patients sont ainsi facilement accessibles à toutes les personnes qui sont assises dans la salle d'attente publique. Ce problème doit être réglé et les dossiers immédiatement placés en lieux sûrs.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'équipe met en place des processus et des procédures normalisés afin de favoriser le travail en équipe et de réduire au minimum le chevauchement des tâches.	3.4	
L'équipe fournit à la communauté, aux prestataires de services et aux organismes qui acheminent des clients de l'information sur l'organisme et les services.	6.2	
Le processus de traitement des plaintes déposées est ouvert et transparent, et encourage les membres de la collectivité à poser des questions et à exprimer leurs inquiétudes.	7.7	
L'équipe traite les plaintes de la collectivité de façon équitable et en temps opportun.	7.8	
L'équipe conserve des dossiers exacts et à jour de chaque programme communautaire.	8.1	
L'équipe conserve un dossier exact et à jour sur chaque membre de la communauté recevant des services communautaires.	8.2	
L'équipe conserve des dossiers confidentiels et protégés.	8.5	

Aide à la décision

Information, recherche et preuves, ainsi que données et technologie qui appuient et facilitent la

gestion et la prise de décisions clinique.

Commentaires des visiteurs

Les établissements plus ruraux ont des besoins de technologie non comblés pour ce qui est des dossiers des patients et de la documentation. De la technologie additionnelle, comme le système COWs (dossiers sur roues) et les ordinateurs portables, aiderait les prestataires à s'assurer que l'information est entrée et disponible en temps opportun.

Plus de formation doit être offerte aux employés et aux médecins et plus d'efforts doivent être déployés relativement à l'examen des lignes directrices des meilleures pratiques et au partage des ressources pour établir les lignes directrices. Quand il y a de telles lignes directrices, on en discute avec les employés et on demande leurs commentaires avant leur mise en application.

De l'information et des ressources à jour et actuelles sont disponibles pour aider le personnel à planifier les services. Le fait de s'assurer que les établissements plus ruraux ont accès à l'information permettra, grâce aux connaissances acquises, l'uniformité des pratiques dans l'ensemble de la région. Les employés ont aussi la possibilité de participer à des conférences pour se tenir au courant des nouvelles initiatives.

Bien qu'il y ait un minimum de recherche dans les services communautaires, le cas échéant, le personnel comprend les protocoles en matière d'éthique et a accès à des éthiciens au besoin.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'organisme a recours à un processus de sélection des lignes directrices fondées sur des données probantes destinées aux populations de la communauté.	10.1	
L'équipe examine ses lignes directrices afin de s'assurer qu'elles sont à jour et conformes aux données actuelles sur la recherche et les pratiques exemplaires.	10.2	
Le personnel et les prestataires de services font part à la communauté des renseignements sur la recherche, les pratiques exemplaires et les lignes directrices fondées sur des données probantes.	10.7	

Impact sur les résultats

Cibler et surveiller les mesures liées aux processus et les mesures liées aux résultats et améliorer la qualité des services et des résultats obtenus.

Commentaires des visiteurs

Les services communautaires revoient leurs programmes existants et apportent des modifications ou ajouts quand de nouveaux besoins sont cernés. Des ressources sont repérées.

Une communication et des liens plus étroits avec des services similaires de la région permettraient un partage des ressources et des connaissances spécialisées. Les partenaires communautaires sont au courant quand de meilleures pratiques sont repérées.

Il faut élaborer un vaste plan de communication pour s'assurer que les communautés sont au courant des services et du soutien offerts. De nombreux services ne semblent pas connus des clients, sauf s'ils sont dans l'établissement. Tout le monde trouve qu'il y a un manque au niveau de la communication des programmes.

Il faut davantage d'éducation et de formation à l'intention du personnel pour s'assurer que tous les établissements ont régulièrement des formations sur la sécurité et qu'ils sont en mesure de reconnaître et de réduire les secteurs de risque pour améliorer la sécurité des employés et des patients.

Une déclaration des incidents semble avoir lieu dans tous les centres de santé communautaire. Cette déclaration s'est améliorée au cours de la dernière année dans les plus petits établissements et on encourage le personnel à maintenir cette pratique. Les incidents sont signalés à la direction et le suivi est déclaré à la haute direction. Dans certains établissements, le personnel peut remplir les rapports d'incidents en ligne, et si des formulaires papier sont utilisés, ils sont uniformisés.

Il y a une politique de divulgation et les employés la connaissent et l'utilisent au besoin. Il faut du soutien et de la formation pour assurer une utilisation uniforme de la politique.

Bien que des données sur l'utilisation soient recueillies, on encourage l'organisme à officialiser le processus d'évaluation et à établir des résultats mesurables de façon à pouvoir surveiller et suivre les améliorations.

Des sondages de satisfaction des clients ont été remplis dans différents programmes communautaires et une boîte à suggestions était en place à St. Joseph. Il faut utiliser un sondage de satisfaction normalisé dans l'ensemble de la région et les résultats doivent être compilés et utilisés pour la planification des services futurs. Les résultats des sondages d'évaluation et de satisfaction doivent être partagés avec les employés et les clients. On encourage l'organisme à rechercher des occasions de partager le bon travail qu'il accomplit.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'équipe informe la collectivité des services qu'elle offre.	6.1	
L'équipe est formée pour déceler, réduire et gérer les risques.	11.1	↑
Le personnel et les prestataires de services tiennent régulièrement des exposés sur les mesures de sécurité et les problèmes de sécurité potentiels afin de réduire les risques d'erreur et d'améliorer la qualité des services.	11.2	↑

L'équipe définit et étudie les processus et les outils de mesure des résultats relatifs à ses services de santé communautaire.	11.5	↑
L'équipe communique les résultats des évaluations au personnel et à la communauté.	11.10	

Services de santé mentale

Direction clinique

Assurer la direction et veiller à la formulation des objectifs généraux et à l'orientation de l'équipe chargée de la prestation des services.

Commentaires des visiteurs

L'information sur la population desservie est bien connue et comprise par l'équipe de la santé mentale.

Il y a de nombreux exemples de bonne coordination entre les prestataires de services, comme le ministère du Développement social.

L'équipe de gestion régionale a décidé de mettre fin à certains services et de transférer des ressources dans les secteurs qui en ont besoin.

L'équipe de gestion régionale se rencontre régulièrement pour coordonner la prestation des services de santé mentale dans l'ensemble du Réseau Horizon.

Le programme consigne les données sur les buts du service.

On a recours à des bénévoles dans certains secteurs du programme, comme Centracare et Open Door Club (club portes ouvertes).

Les Services de traitement des dépendances et de santé mentale se sont dotés d'un nouveau vice-président.

La présence d'étudiants en médecine était évidente dans le programme.

Le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) vient de faire un examen exhaustif de la santé mentale et on travaille à la mise en œuvre des recommandations.

Il y a un tribunal de la santé mentale à Saint John.

Au cours de la dernière année, l'équipe à Saint John a travaillé avec le ministère du Développement social pour ouvrir deux maisons de traitement de quatre lits pour les jeunes de 15 à 17 ans ayant des besoins complexes.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'équipe a accès aux fournitures et à l'équipement nécessaires pour offrir les services de santé mentale.	2.4	

Compétences

Former une équipe interdisciplinaire d'une grande compétence dotée des connaissances, du savoir-faire et des capacités nécessaires à l'élaboration, à la gestion et à la prestation de programmes de services et de soins efficaces et efficients.

Commentaires des visiteurs

Il y a une bonne équipe interdisciplinaire et les rôles et responsabilités de ses membres sont bien définis.

La méthode de prestation des services est une approche d'équipe. On compte parmi les équipes, les soins de longue durée pour adultes, la santé mentale des aînés, le tribunal de la santé mentale, l'équipe d'accueil et de soins de courte durée, l'équipe de soins pour enfants et adolescents, la psychoéducation et le développement communautaire.

La plupart des membres des équipes sont des professionnels.

Toutes les équipes se réunissent régulièrement pour coordonner leur fonctionnement individuel. À certaines occasions, toutes les équipes sont réunies.

L'équipe dispose de nombreux processus pour déterminer les améliorations requises et pour les mettre en œuvre. L'examen du suicide et l'analyse des modes de défaillance et de leurs effets (AMDE) en sont deux exemples.

À Moncton, on a observé un problème de sécurité potentiel lié au fait de pouvoir entrer seul, sans dispositif de sécurité personnelle, dans une partie protégée d'une unité. Il y avait un bouton-signal au mur, mais celui-ci pourrait ne pas être accessible en cas de difficultés.

Dans la province, le programme ASIST est obligatoire pour tout le personnel en santé mentale.

Le personnel est formé pour l'intervention en cas de crises non violentes.

Les équipes discutent de la meilleure personne pour offrir le service, mais disposent aussi de processus pour qu'une autre personne dispense le service si le meilleur prestataire n'est pas en mesure de le faire. Le projet de l'école secondaire St. Stephen en est un exemple.

On a dit aux employés de Moncton que le personnel reçoit de la formation sur l'utilisation des pompes à perfusion.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
----------	-------	-------------------

L'organisme dispose de suffisamment d'espace pour favoriser l'interaction et le fonctionnement interdisciplinaire de l'équipe.

3.5

Épisode de soins

Les services de santé offerts pour un problème de santé donné, de la première à la dernière rencontre avec un prestataire de soins.

Commentaires des visiteurs

Ce qui suit fait référence au programme communautaire de santé mentale de Saint John.

Dans certains secteurs du programme, il y a de multiples dossiers de clients, certains sont électroniques et d'autres sont des dossiers papier.

Les équipes régionales se réunissent régulièrement pour s'assurer qu'il n'y a pas de chevauchement du service. Des services d'urgence sont disponibles 24 heures sur 24, sept jours par semaine. Il y a une équipe mobile de santé mentale.

Certains programmes ont de longues listes d'attente. L'équipe de soins pour enfants et adolescents est un exemple de programme où il y a occasionnellement de longues listes d'attente.

Il y a beaucoup de dépliants faciles à lire au sujet des services qu'offre l'équipe. On surveille les listes d'attente et il y a des mécanismes pour accélérer les services pour les personnes en besoin, comme les aiguillages urgents vers les programmes communautaires provenant du service des urgences.

L'équipe travaille avec les proches pour mettre en œuvre les plans de transition et de fin des services.

Le programme de soins de longue durée pour adultes à Saint John dispose de mécanismes pour informer les organismes et professionnels qui acheminent des clients des raisons expliquant la non-pertinence d'un acheminement. La même équipe fournit des services de consultation aux organismes qui acheminent des clients quand ceux-ci ne veulent pas ou ne peuvent pas accepter un client.

Il est évident que tous les services ont des plans exhaustifs axés sur des buts. Les clients participent à l'élaboration de ces plans quand ils en sont aptes.

Des processus de consentement sont en place.

Le programme de soins de longue durée pour adultes s'est doté de comités consultatifs des clients et des familles.

Le programme a un comité consultatif communautaire qui fait des recommandations et des suggestions à l'équipe de gestion régionale. Il assume aussi un grand rôle de défenseur d'intérêts particuliers.

Il y a de bons exemples de programmes de réadaptation axés sur la préparation au travail, comme Simply Good Catering.

L'information recueillie avant l'admission est bonne au Centracare et au programme à l'intention des aînés.

On fait une bonne utilisation de la télésanté dans la prestation des services dans certaines zones.

Ce qui suit fait référence au programme communautaire de santé mentale de Fredericton.

Il y a une infirmière psychiatrique sur appel au service des urgences.

Il y a un bon programme communautaire de santé mentale. Les psychiatres font partie de l'équipe.

Il y a une bonne collaboration entre les membres de l'équipe.

La transition se fait bien entre le service des urgences, l'unité de psychiatrie et la communauté.

L'infirmière de liaison est le contact entre l'unité et la communauté.

L'équipe de direction est déterminée à apporter les changements suggérés par le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH).

Une vaste évaluation est effectuée à l'admission.

La télésanté est utilisée entre les services d'urgence pour les consultations psychiatriques.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments du client à l'admission dans l'organisme, et ce, avec la participation du client, de la famille ou du soignant.	7.6	
Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments avec le client au moment de l'admission.	7.6.1	
L'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) pour le client à l'admission.	7.6.2	
Selon le modèle utilisé, le prescripteur utilise le MSTP pour préparer les ordonnances de médicaments à l'admission (processus proactif), OU l'équipe effectue, en temps opportun, une comparaison du MSTP par rapport aux ordonnances de médicaments à l'admission (processus rétroactif).	7.6.3	

L'équipe consigne le fait que le bilan du MSTP et des ordonnances de médicaments à l'admission a été effectué, ainsi que le fait que les modifications appropriées ont été apportées aux médicaments lorsque cela s'avérait nécessaire.	7.6.4	
Ce processus s'avère une responsabilité partagée entre le client et un praticien en soin de santé ou plus, par exemple le personnel infirmier, les médecins, les pharmaciens et les techniciens en pharmacie, selon le cas.	7.6.5	
Établissement du bilan comparatif des médicaments à l'admission	7.7	
L'équipe se conforme aux protocoles et aux définitions d'Agrément Canada pour recueillir et soumettre les données relatives à l'établissement du bilan comparatif des médicaments au moment de l'admission.	7.7.1	
Selon ses résultats du suivi de l'indicateur relatif au bilan comparatif des médicaments au moment de l'admission, l'équipe ne présente aucun signal d'alerte démontrant qu'une mesure à prendre a été oubliée.	7.7.2	
L'équipe suit le processus de l'organisme pour cerner, traiter et consigner toutes les questions d'éthique.	8.10	↑
L'équipe désigne qui est responsable de prescrire, d'entreposer, de manipuler et de jeter les médicaments, et d'indiquer les renseignements relatifs à la médication au dossier du client.	10.1	↑
L'équipe établit un bilan comparatif des médicaments avec le client au moment où il est acheminé ou transféré, et transmet l'information relative aux médicaments du client au prochain prestataire de services lors d'un acheminement ou d'un transfert vers un autre établissement, service, prestataire de service ou niveau de soins à l'intérieur ou à l'extérieur de l'organisme.	11.3	
Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments avec le client au moment où il est acheminé ou transféré.	11.3.1	
Le processus englobe la production d'une liste complète des médicaments que le patient prenait avant d'être acheminé ou transféré.	11.3.2	
Le processus englobe une comparaison en temps opportun de la liste des médicaments utilisés avant l'acheminement ou le transfert avec la liste des nouveaux médicaments prescrits au moment de l'acheminement ou du transfert.	11.3.3	

Le processus englobe une preuve écrite que les deux listes ont été comparées, que les différences ont été cernées, discutées et expliquées, et que les modifications appropriées ont été apportées à tout nouveau médicament prescrit.	11.3.4
Le processus démontre clairement que l'établissement du bilan comparatif des médicaments s'avère une responsabilité partagée entre le patient, le personnel infirmier, les médecins et les pharmaciens, selon le cas.	11.3.5
L'organisme dispose d'un plan écrit pour mettre en œuvre partout dans l'organisme, et ce, avant la tenue de la prochaine visite d'agrément, un processus visant à établir un bilan comparatif des médicaments au moment de l'acheminement ou du transfert.	11.3.6

Aide à la décision

Information, recherche et preuves, ainsi que données et technologie qui appuient et facilitent la gestion et la prise de décisions clinique.

Commentaires des visiteurs

Beaucoup de clients ont plus d'un dossier. Il faut mettre au point un seul dossier électronique pour chaque client du Réseau Horizon.

Des améliorations sont apportées à la lumière des données probantes. Il est évident que de vastes recherches documentaires ont été effectuées avant la mise sur pied de nombreuses initiatives d'amélioration.

Le processus d'agrément est bien utilisé dans le cadre conceptuel de la qualité de ce programme.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Impact sur les résultats

Cibler et surveiller les mesures liées aux processus et les mesures liées aux résultats et améliorer la qualité des services et des résultats obtenus.

Commentaires des visiteurs

Des logements de transition et des logements à prix abordables sont requis pour les personnes atteintes de maladies mentales persistantes dans la région de Saint John.

Des politiques sont en place relativement à la sécurité des employés pendant qu'ils dispensent le service. Cela comprend l'utilisation des téléphones cellulaires, les systèmes de surveillance mutuelle et les mécanismes de communication.

Il n'y a pas encore de vaste stratégie de prévention des chutes dans ce secteur du programme, mais le travail à ce chapitre est commencé.

Des dépliants portant sur la sécurité des patients et clients sont remis aux clients.

Ce programme examine tous les suicides et utilise les conclusions de ces examens pour apporter des améliorations.

La satisfaction des clients est surveillée.

À Moncton, il n’y avait pas de données probantes disponibles sur les indicateurs de processus et de résultats.

Un rapport sur le rendement a été mis au point.

L’équipe doit penser à la façon dont elle partagera l’information et les recommandations de son examen des suicides avec les membres des familles. Elle doit aussi fermer la boucle pour ce qui est du partage d’information avec le personnel du programme.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d’agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L’équipe met en œuvre une stratégie de prévention des chutes et en fait l’évaluation afin de minimiser les répercussions des chutes chez les clients.	15.3	↑
L’équipe met en œuvre une stratégie de prévention des chutes.	15.3.1	
La stratégie cerne les populations desservies par l’organisme qui sont à risque d’avoir des blessures attribuables à des chutes.	15.3.2	
La stratégie répond aux besoins spécifiques des populations cernées.	15.3.3	
L’équipe évalue la stratégie de prévention des chutes de façon continue afin de cerner les tendances, les causes et la gravité des blessures.	15.3.4	
L’équipe utilise l’information découlant de ses évaluations pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes.	15.3.5	

Services de soins de longue durée

Direction clinique

Assurer la direction et veiller à la formulation des objectifs généraux et à l’orientation de l’équipe chargée de la prestation des services.

Commentaires des visiteurs

Deux centres de soins de longue durée (SLD) ont été inclus au sondage. Les deux sont gérés par le Réseau de santé Horizon pour le ministère des Anciens combattants Canada. L’Unité de santé pour anciens combattants à Fredericton est un centre de 47 lits ouvert en 2001 et le Pavillon pour anciens combattants Ridgewood à Saint John est un centre de 80 lits comptant 52 lits de SLD et une unité de 24 lits de soins de garde. Le niveau d’acuité varie, mais environ le tiers des anciens combattants sont assez autonomes. Ridgewood est un centre plus vieux, mais il a été

bien entretenu. Les services sont complets aux deux établissements et généralement disponibles rapidement. Le ministère des Anciens combattants finance l'exploitation des centres et y effectue une inspection annuelle. Le Ministère détermine la composition de l'effectif et les niveaux requis et il a la chance d'avoir un personnel dévoué, compatissant et enthousiaste. Certaines politiques, comme celles concernant le fumoir au Pavillon Ridgewood, relèvent du Ministère. Les notes de ce sondage portent sur les deux centres, sauf indication contraire.

L'équipe ne participe pas au processus d'évaluation et de placement et n'a habituellement pas de contact avec les nouvelles admissions jusqu'à l'arrivée de l'ancien combattant au centre.

Les points forts comprennent des soins axés sur les résidents, un personnel compatissant et dévoué et un engagement envers la formation et les compétences cliniques.

Les possibilités d'amélioration comprennent le bilan comparatif des médicaments et le fait d'officialiser les processus entourant la sécurité des résidents.

Il y a, comme il se doit, une bonne collaboration entre le Réseau Horizon et les partenaires des soins de longue durée de la région. On fait bon usage de l'équipe interdisciplinaire, dont les soins infirmiers, l'ergothérapie, la physiothérapie, le travail social, les loisirs, la musicothérapie et les services de pastorale.

L'approche NEST (Needs, Environment, Stimulation, Techniques) est utilisée à l'Unité de santé pour anciens combattants pour gérer les comportements difficiles

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Compétences

Former une équipe interdisciplinaire d'une grande compétence dotée des connaissances, du savoir-faire et des capacités nécessaires à l'élaboration, à la gestion et à la prestation de programmes de services et de soins efficaces et efficaces.

Commentaires des visiteurs

On met l'accent sur des soins axés sur le résident et sur le bon usage du travail d'équipe. On appuie la formation clinique et on met l'accent sur l'apprentissage.

On n'utilise pas de pompes à l'Unité de santé pour anciens combattants. Une pompe a été utilisée au Pavillon Ridgewood et le personnel a reçu une formation en vue de l'utiliser.

À l'Unité de santé pour anciens combattants, on a le choix entre une évaluation par les pairs ou le gestionnaire seulement ou une évaluation par la personne elle-même et le gestionnaire à partir de modèles standards.

La reconnaissance prend la forme de prix en fonction du nombre d'années de service, d'une semaine des infirmières et d'activités d'information dans les unités.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Épisode de soins

Les services de santé offerts pour un problème de santé donné, de la première à la dernière rencontre avec un prestataire de soins.

Commentaires des visiteurs

L'équipe d'évaluation comprend les soins infirmiers, la médecine, le travail social, la physiothérapie, les loisirs, la musicothérapie et le soutien spirituel, selon les besoins.

Les directives préalables sont consignées et versées au dossier quand elles sont établies. Toutefois, seule l'Unité de santé pour anciens combattants se charge de les remplir régulièrement pour tous les résidents.

Le travailleur social et le responsable des services de pastorale offrent du soutien aux anciens combattants et à leurs familles.

L'équipe examine mensuellement les progrès.

Un bon programme d'évaluation des plaies est en place.

Les terrains ont été aménagés pour pouvoir y tenir des activités extérieures.

Au Pavillon Ridgewood, les services alimentaires se procurent de la nourriture locale, si possible, et la préparent sur place. À l'Unité de santé pour anciens combattants, il y a une combinaison d'aliments préparés à l'hôpital et d'aliments cuisinés sur place.

L'information sur les transferts est transmise, mais devrait être officialisée selon les lignes directrices portant sur le bilan comparatif des médicaments.

De toute évidence, l'accent est mis sur des soins axés sur le résident. Cela est renforcé par l'inclusion du résident au processus de planification quand cela s'avère possible. On encourage les centres à revoir les structures actuelles des comités et des équipes dans le but de former un comité qui comprend le résident et qui lui fournit une participation et un accès direct au processus d'équipe.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'équipe établit le bilan comparatif des médicaments du client à l'admission dans l'organisme, et ce, avec la participation du client, de la famille ou du soignant.	7.4	
Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments avec le client au moment de l'admission.	7.4.1	
L'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) pour le client à l'admission.	7.4.2	
Selon le modèle utilisé, le prescripteur utilise le MSTP pour préparer les ordonnances de médicaments à l'admission (processus proactif), OU l'équipe effectue, en temps opportun, une comparaison du MSTP par rapport aux ordonnances de médicaments à l'admission (processus rétroactif).	7.4.3	

L'équipe consigne le fait que le bilan du MSTP et des ordonnances de médicaments à l'admission a été effectué, ainsi que le fait que les modifications appropriées ont été apportées aux médicaments lorsque cela s'avérait nécessaire.	7.4.4
Ce processus s'avère une responsabilité partagée entre le client et un praticien en soin de santé ou plus, par exemple le personnel infirmier, les médecins, les pharmaciens et les techniciens en pharmacie, selon le cas.	7.4.5
L'équipe discute régulièrement des directives préalables avec le client et la famille, et procède à la consignation de tout changement.	10.7
L'équipe établit un bilan comparatif des médicaments avec le client au moment où il est acheminé ou transféré, et transmet l'information relative aux médicaments du client au prochain prestataire de services lors d'un acheminement ou d'un transfert vers un autre établissement, service, prestataire de service ou niveau de soins à l'intérieur ou à l'extérieur de l'organisme.	12.3
Il existe un processus officiel éprouvé pour établir le bilan comparatif des médicaments avec le client au moment où il est acheminé ou transféré.	12.3.1
Le processus englobe la production d'une liste complète des médicaments que le patient prenait avant d'être acheminé ou transféré.	12.3.2
Le processus englobe une comparaison en temps opportun de la liste des médicaments utilisés avant l'acheminement ou le transfert avec la liste des nouveaux médicaments prescrits au moment de l'acheminement ou du transfert.	12.3.3
Le processus englobe une preuve écrite que les deux listes ont été comparées, que les différences ont été cernées, discutées et expliquées, et que les modifications appropriées ont été apportées à tout nouveau médicament prescrit.	12.3.4
Le processus démontre clairement que l'établissement du bilan comparatif des médicaments s'avère une responsabilité partagée entre le patient, le personnel infirmier, les médecins et les pharmaciens, selon le cas.	12.3.5
L'organisme dispose d'un plan écrit pour mettre en œuvre partout dans l'organisme, et ce, avant la tenue de la prochaine visite d'agrément, un processus visant à établir un bilan comparatif des médicaments au moment de l'acheminement ou du transfert.	12.3.6

Après le transfert d'un client, l'équipe communique avec celui-ci, sa famille ou l'organisme où il est soigné pour évaluer le succès de la transition. Les renseignements ainsi obtenus servent à améliorer la planification des transferts.

12.8



Aide à la décision

Information, recherche et preuves, ainsi que données et technologie qui appuient et facilitent la gestion et la prise de décisions clinique.

Commentaires des visiteurs

Le soutien est bon du point de vue clinique et de la formation.

On encourage l'organisme à officialiser les possibilités d'analyses comparatives. On travaille à l'élaboration d'un modèle de tableau de bord avec le réseau de la santé et du vieillissement. La mise en œuvre est prévue en septembre.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Impact sur les résultats

Cibler et surveiller les mesures liées aux processus et les mesures liées aux résultats et améliorer la qualité des services et des résultats obtenus.

Commentaires des visiteurs

Une stratégie de prévention des chutes est en place dans les soins de longue durée depuis plusieurs années.

Un nouveau document intitulé « C'est votre santé » est disponible depuis peu. Même si la plupart des clients et familles étaient au courant des pratiques de sécurité, d'autres ne l'étaient pas. On encourage les soins de longue durée à rendre le dépliant d'information sur la sécurité disponible pour tous les résidents et toutes les familles à l'admission.

On encourage les centres à continuer d'évaluer la qualité des services qu'ils offrent au moyen d'un sondage.

Les résidents interrogés ont exprimé de la satisfaction face aux services fournis dans leur centre. Ils trouvaient qu'on répondait à leurs besoins et que les soins dispensés étaient bons. Il y avait des activités et des services religieux pour les personnes intéressées. Le travailleur social et les services de pastorale offraient un bon soutien.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'équipe informe et forme les clients et les familles au sujet de leur rôle en ce qui concerne la sécurité par le biais de communications écrites et verbales.	16.4	↑
Les clients et les familles reçoivent de l'information écrite et verbale au sujet de leur rôle en matière de sécurité.	16.4.1	
Les patients indiquent systématiquement s'ils ont reçu de l'information écrite et verbale au sujet du rôle qu'ils jouent dans le dossier de la sécurité des patients.	16.4.3	

Services de soins intensifs

Direction clinique

Assurer la direction et veiller à la formulation des objectifs généraux et à l'orientation de l'équipe chargée de la prestation des services.

Commentaires des visiteurs

Les services de soins intensifs ont été visités à Moncton, à Fredericton et à Saint John.

Une équipe régionale s'est réunie pour examiner les plans d'amélioration de la qualité du rendement après l'auto-évaluation effectuée pour l'agrément, pour comparer les pratiques et partager les meilleures pratiques. Il est prévu que ce groupe continue à se réunir et élabore un plan d'action pour normaliser les pratiques dans l'ensemble du Réseau de santé Horizon.

Les orientations stratégiques de l'organisme sont connues et on y fait référence.

L'approche des soins est fortement interdisciplinaire dans le secteur des soins intensifs.

Il y a une bonne coordination entre les unités d'un même établissement à Fredericton et à Moncton et entre les établissements pour ce qui est des acheminements. Les patients sont transférés entre les unités d'un établissement et entre les établissements, au besoin, quand un secteur a une capacité excédentaire.

Les buts et objectifs sont établis, mais ils sont structurés sous forme de plans d'action plutôt que comme des buts et objectifs écrits et officiels. On encourage l'équipe à continuer le travail régional initié dans le cadre de l'examen des plans d'amélioration de la qualité du rendement pour la planification et le suivi des services et activités du programme de soins intensifs.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'équipe établit des buts et des objectifs mesurables et précis pour ses services de soins intensifs.	2.2	

Compétences

Former une équipe interdisciplinaire d'une grande compétence dotée des connaissances, du savoir-faire et des capacités nécessaires à l'élaboration, à la gestion et à la prestation de programmes de services et de soins efficaces et efficaces.

Commentaires des visiteurs

Un fort accent est mis sur le recrutement, notamment au moyen d'initiatives comme les précepteurs pour les apprenants du programme de soins intensifs, l'embauche d'étudiants et la promotion des unités de soins intensifs aux employés qui pourraient être intéressés à une mutation. Les initiatives de recrutement ont porté des fruits.

L'approche de soins est fortement interdisciplinaire.

Les employés ont dit se sentir appuyés et avoir de nombreuses occasions d'apprentissage et de perfectionnement professionnel. Les nouveaux employés reçoivent une orientation structurée qui, selon eux, répond à leurs besoins. De l'appui a été offert à de nombreux employés des soins infirmiers pour qu'ils participent au programme provincial de soins intensifs et les participants du programme passent du temps aux unités de soins intensifs en vue d'acquérir une expérience clinique.

Les employés et gestionnaires disent que leur rendement est régulièrement évalué.

On encourage l'équipe à mettre au point un processus pour examiner régulièrement sa façon de travailler ensemble, pour célébrer ses succès et pour repérer les aspects où il y a possibilité d'amélioration.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'équipe interdisciplinaire suit un processus structuré pour évaluer son fonctionnement, déterminer les priorités d'action et apporter des améliorations.	3.10	

Épisode de soins

Les services de santé offerts pour un problème de santé donné, de la première à la dernière rencontre avec un prestataire de soins.

Commentaires des visiteurs

Des évaluations détaillées sont uniformément effectuées pour tous les patients des unités de soins intensifs de l'ensemble du programme.

Le personnel des soins intensifs fournit du leadership aux équipes d'intervention rapide. Selon la rétroaction des employés des unités de patients hospitalisés, l'équipe d'intervention rapide est pour eux un précieux appui en situation d'urgence.

Les patients et membres des familles interrogés ont invariablement dit s'être sentis inclus et

bien informés par les membres de l'équipe.

Les besoins en matière de soins de fin de vie sont cernés et pris en compte avec compassion et bienveillance.

Une pharmacie clinique spécialisée est disponible dans plusieurs secteurs du programme pour appuyer les processus de distribution des médicaments, ce qui constitue un appui important à la qualité des soins et à la sécurité des patients.

Les membres de l'équipe utilisent des outils et une variété de méthodes pour transférer l'information, notamment au moment des transferts à une autre unité ou à un autre établissement.

Pour cerner les possibilités d'amélioration, on encourage l'équipe à mettre au point un processus officiel de suivi auprès de ceux qui reçoivent les patients qu'elle achemine lors des transferts.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'équipe établit un bilan comparatif des médicaments avec le client au moment où il est acheminé ou transféré, et transmet l'information relative aux médicaments du client au prochain prestataire de services lors d'un acheminement ou d'un transfert vers un autre établissement, service, prestataire de service ou niveau de soins à l'intérieur ou à l'extérieur de l'organisme.	12.5	
Le processus englobe la production d'une liste complète des médicaments que le patient prenait avant d'être acheminé ou transféré.	12.5.2	
Le processus englobe une comparaison en temps opportun de la liste des médicaments utilisés avant l'acheminement ou le transfert avec la liste des nouveaux médicaments prescrits au moment de l'acheminement ou du transfert.	12.5.3	
Le processus englobe une preuve écrite que les deux listes ont été comparées, que les différences ont été cernées, discutées et expliquées, et que les modifications appropriées ont été apportées à tout nouveau médicament prescrit.	12.5.4	
Le processus démontre clairement que l'établissement du bilan comparatif des médicaments s'avère une responsabilité partagée entre le patient, le personnel infirmier, les médecins et les pharmaciens, selon le cas.	12.5.5	
L'organisme dispose d'un plan écrit pour mettre en œuvre partout dans l'organisme, et ce, avant la tenue de la prochaine visite d'agrément, un processus visant à établir un bilan comparatif des médicaments au moment de l'acheminement ou du transfert.	12.5.6	

Après le transfert ou la fin des services d'un client, l'équipe communique avec celui-ci, sa famille ou l'organisme où il est soigné pour évaluer le succès de la transition. Les renseignements ainsi obtenus servent à améliorer la planification des transferts et de la fin des services.

12.7



Aide à la décision

Information, recherche et preuves, ainsi que données et technologie qui appuient et facilitent la gestion et la prise de décisions clinique.

Commentaires des visiteurs

Toutes les unités de soins intensifs visitées sont des unités fermées dans lesquelles un petit nombre de médecins dévoués assurent l'uniformité de la prestation des soins.

La documentation relative aux soins est complète et accessible aux membres de l'équipe.

Les membres d'un groupe régional de soins intensifs travaillent ensemble au moyen de leurs plans d'amélioration du rendement liés à l'agrément pour repérer les meilleures pratiques dans leurs secteurs du programme. Le but consiste à élaborer des plans d'action pour normaliser les pratiques dans l'ensemble de la région.

La conception ouverte de certaines unités, où des rideaux séparent les compartiments, rend difficile le maintien de l'intimité et de la confidentialité pour les patients. Les employés font des efforts concertés pour minimiser les répercussions de cette situation sur la prestation des soins.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Impact sur les résultats

Cibler et surveiller les mesures liées aux processus et les mesures liées aux résultats et améliorer la qualité des services et des résultats obtenus.

Commentaires des visiteurs

L'équipe participe aux initiatives Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!, ce qui donne l'occasion de faire des analyses comparatives avec d'autres organismes.

Invariablement, un fort accent est mis sur la sécurité des patients et des employés.

Des preuves ont été fournies relativement à une utilisation adéquate du processus de divulgation et du recours à des moyens de soutien pertinents pour les employés et les membres des familles à la suite d'un événement sentinelle.

On encourage l'équipe à élargir l'utilisation des indicateurs pour inclure l'analyse des tendances, de même que la déclaration et le suivi des mesures prises ou des résultats atteints.

L'équipe assure régulièrement le suivi des indicateurs. Ceux-ci ne sont toutefois pas réunis dans un rapport complet précisant les tendances et faisant une analyse. Les incidents sont déclarés et des mesures sont prises pour régler les problèmes qui se présentent. Des exemples de changement de pratiques à la suite d'accidents ou d'incidents évités de justesse ont été fournis.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Services de toxicomanie et de lutte contre l'obsession du jeu

Direction clinique

Assurer la direction et veiller à la formulation des objectifs généraux et à l'orientation de l'équipe chargée de la prestation des services.

Commentaires des visiteurs

Les besoins de cette population sont bien compris par l'équipe de haute direction. Il y a de nombreux exemples d'améliorations apportées en réponse à ce savoir, comme des changements à la clinique de traitement à la méthadone et au programme de la Lone Water Farm.

Il y a un campus de soins axés sur les clients à Ridgewood.

Des services sont offerts au personnel.

La haute direction est fortement engagée envers l'amélioration continue de la qualité. Il y a de nombreux exemples d'améliorations apportées au programme au fil du temps.

On encourage l'intégration continue avec les services de santé mentale.

Il y a un nouveau vice-président (V.-P.) à la Santé mentale et Toxicomanie.

Il y a des innovations en matière de prestation des services, dont le programme CAT à Campobello et le Real Program en désintoxication à Ridgewood.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Compétences

Former une équipe interdisciplinaire d'une grande compétence dotée des connaissances, du savoir-faire et des capacités nécessaires à l'élaboration, à la gestion et à la prestation de programmes de services et de soins efficaces et efficaces.

Commentaires des visiteurs

Tous les programmes de l'établissement Ridgewood sont dotés d'une équipe interdisciplinaire ayant le sens de l'initiative. Toutes ces équipes sont déterminées à continuellement améliorer leurs compétences. Par exemple, une infirmière est en formation pour une solution de rechange aux programmes en 12 étapes.

Il y a des réunions d'équipe régulières dans tous les programmes et des réunions régulières de toute l'équipe de direction pour coordonner les services entre et au sein des services.

À Saint John, la planification en équipe est utilisée pour se renseigner sur la prestation des services aux jeunes, puisqu'il s'agit d'un besoin pressant.

De nombreuses initiatives de sécurité au travail sont en place, comme les cartes magnétiques à glisser pour avoir accès à la plupart des établissements. Cela a été constaté à Fredericton.

On encourage le transfert d'apprentissage pour tout le personnel de la santé mentale et de la

toxicomanie.

Les employés disent avoir beaucoup de liberté pour ce qui est d’agir et d’innover.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Épisode de soins

Les services de santé offerts pour un problème de santé donné, de la première à la dernière rencontre avec un prestataire de soins.

Commentaires des visiteurs

Il existe de nombreux processus et protocoles standardisés. Comme il s’agissait à l’origine d’un programme provincial, ils sont nombreux à s’appliquer à l’ensemble de la région.

Il y a de forts programmes individualisés et un continuum de service sans faille à Ridgewood et, de toute évidence, à Fredericton.

Il y a des problèmes avec les listes d’attente en désintoxication et en réadaptation.

Il est possible d’avoir accès aux services après les heures de travail en passant par les services d’urgence et par les équipes mobiles d’intervention en cas de crise.

Il y a de bons partenariats avec la santé mentale, le développement social et les groupes communautaires.

La désintoxication à Ridgewood fait un suivi téléphonique à sept et à 30 jours.

Les cliniciens réexaminent continuellement les groupes qu’ils dirigent en consultation avec les pairs et les clients et apportent des changements à partir de cette rétroaction.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d’agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L’équipe suit le processus de l’organisme pour cerner, traiter et consigner toutes les questions d’éthique.	8.9	↑

Aide à la décision

Information, recherche et preuves, ainsi que données et technologie qui appuient et facilitent la gestion et la prise de décisions clinique.

Commentaires des visiteurs

Comme il s’agissait à l’origine d’un programme provincial, beaucoup de lignes directrices et de processus utilisés ont été établis à l’échelle provinciale.

Les équipes sont très interactives et apportent régulièrement des améliorations aux processus en fonction de leurs discussions et des commentaires faits.

Beaucoup de processus sont manuels; aucun problème n'a été cerné à ce chapitre.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Impact sur les résultats

Cibler et surveiller les mesures liées aux processus et les mesures liées aux résultats et améliorer la qualité des services et des résultats obtenus.

Commentaires des visiteurs

Le cours Toxicomanie 101 est maintenant offert aux partenaires communautaires et au personnel de la santé mentale.

Ce programme dispose de mécanismes bien élaborés pour comparer les données sur les résultats entre les zones.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Services de traitement du cancer et d'oncologie

Direction clinique

Assurer la direction et veiller à la formulation des objectifs généraux et à l'orientation de l'équipe chargée de la prestation des services.

Commentaires des visiteurs

Le groupe de réseautage en oncologie s'est rencontré pour examiner les politiques et procédures, les normes de pratique et les modèles de soins, la gestion de l'utilisation, la surveillance financière, les meilleures pratiques, la gestion des ressources, l'exercice de la médecine, l'éducation, les liens avec les établissements d'enseignement et la gestion des risques. Pour certains sujets, des discussions minimales ont eu lieu et les façons de faire ont été reconnues.

Le groupe de réseautage travaille à la normalisation de sept politiques et procédures. On l'encourage à continuer son travail à ce chapitre. Toutefois, il sera important que le groupe de réseautage soit multidisciplinaire et que des médecins et d'autres cliniciens comme des infirmières, des pharmaciens et des travailleurs sociaux participent à ses activités. Il faudrait aussi penser à inclure les clients pour s'assurer de tenir compte de leur perspective.

L'organisme Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick a préparé un rapport sur l'incidence du cancer au N.-B. Celui-ci fournit de l'information importante sur les types de cancer dans la province et peut être utilisé pour cerner les possibilités de prévention du cancer et les exigences se rattachant au traitement de la maladie. L'organisme surveille et déclare les temps d'attente pour la radiothérapie (dans les quatre semaines pour les personnes jugées aptes à recevoir le traitement) et pour les chirurgies liées à un cancer (médiane des délais d'attente et 90e percentile). Cette information est fournie dans le site Web.

L'Hôpital de Moncton a des données sur les services dispensés par son programme tertiaire. Le programme fournit des services à un grand nombre de patients de l'extérieur de la région 1. Les données indiquent une augmentation du nombre de patients en consultation externe et une diminution du nombre de patients hospitalisés. Cela correspond aux niveaux plus élevés d'activités à la clinique externe d'oncologie et aux pressions exercées sur les secteurs cliniques.

On encourage le Réseau Horizon à travailler avec l'organisme New Brunswick Cancer Care, le Réseau Vitalité et la Société canadienne du cancer pour l'élaboration d'un plan stratégique pour les services liés au cancer au N.-B. Le plan stratégique devrait comprendre la prévention du cancer, de même que les services de diagnostic et de traitement.

Étant donné la mise sur pied de deux régions sanitaires pour la province, il serait opportun d'examiner les recommandations du rapport du Réseau du cancer du Nouveau Brunswick (RCNB), intitulé A Cancer Control Accountability Framework, pour évaluer si elles sont encore pertinentes. Les activités de dépistage du cancer devraient être renforcées et il faudrait se pencher sur la variabilité des taux de participation aux activités de dépistage du cancer, comme la mammographie.

Il faut passer d'une planification d'hôpital individuel et de zone à une planification des services à la grandeur de la province ou du système. Par exemple, dans la région de Moncton, on devrait déterminer s'il y a ou non un nombre suffisant de cas pour un programme de santé des seins à l'Hôpital de Moncton et au Réseau Vitalité, et si le programme devrait ou non être concentré à un site pour améliorer la qualité des soins.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
Les buts et objectifs de l'équipe sont rédigés dans un style clair, sont mesurables et directement liés aux orientations stratégiques de l'organisme.	2.2	

Compétences

Former une équipe interdisciplinaire d'une grande compétence dotée des connaissances, du savoir-faire et des capacités nécessaires à l'élaboration, à la gestion et à la prestation de programmes de services et de soins efficaces et efficients.

Commentaires des visiteurs

Les bénévoles appuient activement le programme. Le plan stratégique pour la prévention du cancer et les services de soins devrait inclure les exigences en matière de dotation, d'espace et d'équipement.

L'aire actuellement utilisée pour mélanger les agents chimiothérapeutiques doit être examinée pour s'assurer qu'elle répond aux exigences d'asepsie des lieux et qu'elle offre la protection nécessaire aux employés qui y travaillent. Une évaluation des risques doit être effectuée pour savoir s'il est acceptable de poursuivre la double utilisation de l'espace, et si les mesures actuellement prises par le personnel pour établir un espace d'asepsie sont suffisantes entre-temps.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'organisme dispose de suffisamment d'espace pour favoriser l'interaction et le fonctionnement interdisciplinaire de l'équipe.	3.6	
L'équipe interdisciplinaire suit un processus structuré pour évaluer son fonctionnement, déterminer les priorités d'action et apporter des améliorations.	3.8	

Épisode de soins

Les services de santé offerts pour un problème de santé donné, de la première à la dernière rencontre avec un prestataire de soins.

Commentaires des visiteurs

Une forte équipe multidisciplinaire entretient de bonnes relations de travail avec les autres spécialistes à l'Hôpital de Moncton pour répondre aux besoins de ses clients. Des mécanismes d'aiguillage sont en place pour diriger les clients vers Halifax et d'autres centres.

Une infirmière en soins primaires travaille avec les oncologues et assure un lien important au niveau des soins aux patients. L'ensemble du champ d'activités des infirmières auxiliaires autorisées est utilisé, et les pharmaciens et techniciens en pharmacie jouent aussi des rôles importants au niveau du soutien aux clients.

Les pharmaciens utilisent le système IntelliDose pour calculer les doses de chimiothérapie. On encourage le Réseau Horizon à vérifier la disponibilité du système IntelliDose ou d'un système équivalent pour toutes les zones.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'équipe se conforme aux lois et aux normes régissant la pratique pour l'administration de médicaments ou autres technologies thérapeutiques, y compris la radiothérapie.	10.7	

Aide à la décision

Information, recherche et preuves, ainsi que données et technologie qui appuient et facilitent la gestion et la prise de décisions clinique.

Commentaires des visiteurs

L'équipe a établi des protocoles de recherche et les clients en sont informés. Si des coûts accrus sont liés aux protocoles de recherche, comme un plus grand nombre de déplacements pour le client, du soutien financier est mis à la disposition du client pour compenser la hausse des coûts. La disponibilité du financement n'est pas mentionnée avant que le client ait décidé de participer

à l'étude. On agit ainsi pour éviter toute influence que pourrait avoir l'offre de remboursement des coûts. Des clients ont indiqué avoir décidé de ne pas participer à un essai au sujet duquel ils avaient été informés en raison des répercussions qu'auraient des coûts de déplacement accrus sur leur budget limité. Comme ils avaient décidé de ne pas participer à l'essai, ils n'ont pas été informés du financement disponible. On encourage l'équipe à examiner la question concernant la façon de présenter l'information aux clients relativement au soutien offert pour les coûts de déplacement de manière à ce que cette aide ne soit pas perçue comme un obstacle ou comme une mesure incitative à la participation aux essais menés dans le cadre de recherches.

Le Réseau de santé Horizon a récemment augmenté le soutien qu'il fournit à la recherche et aux essais cliniques.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Impact sur les résultats

Cibler et surveiller les mesures liées aux processus et les mesures liées aux résultats et améliorer la qualité des services et des résultats obtenus.

Commentaires des visiteurs

Il y a de grandes variations dans les résultats atteints entre les différentes zones du Réseau Horizon. Par exemple, le taux de participation pour le dépistage du cancer du sein se situe entre 45 et 72 % selon les zones. Il y a aussi des écarts entre les ressources fournies pour la prévention du cancer et les services offerts.

Il faut élaborer des normes pour l'ensemble de la province. On encourage le Réseau Horizon à travailler avec l'organisme Réseau du cancer du Nouveau-Brunswick et le Réseau Vitalité.

On encourage le Réseau Horizon à déclarer les données des listes d'attente pour les services liés au cancer d'une manière qui correspond à l'approche utilisée par New Brunswick Cancer Care.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'équipe implante des processus de vérification et autres mécanismes semblables pour les activités liées aux soins et services à risques élevés.	15.5	↑
L'équipe évalue les processus de vérification et se sert de l'information qui en résulte pour apporter des améliorations.	15.5.3	
L'équipe compare les résultats de ses évaluations avec ceux obtenus pour des interventions, des programmes ou des organismes similaires.	16.3	↑

L'équipe utilise l'information recueillie concernant la qualité de ses services pour déterminer les réussites et les points à améliorer, et elle apporte des améliorations au bon moment.

16.4



Services des urgences

Direction clinique

Assurer la direction et veiller à la formulation des objectifs généraux et à l'orientation de l'équipe chargée de la prestation des services.

Commentaires des visiteurs

Un examen des normes de direction clinique au service des urgences a permis de constater ce qui suit. L'équipe comprend très bien la communauté et la population de clients acheminés desservies et a conçu les services pour répondre aux besoins de la population. Cela est évident dans l'ensemble de la prestation des soins et particulièrement dans la prestation des soins cardiaques, des soins dispensés à la suite d'une agression sexuelle, en traumatologie et en santé mentale.

Les équipes du service des urgences collaborent couramment avec des partenaires internes et externes pour offrir des services au Réseau de santé Horizon, y compris avec le Programme extra-mural, les services correctionnels, la communauté de la santé mentale, les établissements de soins de longue durée et les SMU.

L'équipe de Moncton a suffisamment d'espace de travail dans un beau service récemment construit et conçu pour appuyer la prestation des soins et la sécurité des patients et du personnel. Cela comprend de l'espace pour isoler les patients qui ont des infections réelles ou suspectes. À l'Hôpital régional Dr Everett Chalmers, l'espace est limité pour l'isolement des patients. À Sackville, l'espace est restreint dans certains secteurs, mais il est bien organisé et bien utilisé. Il y a suffisamment d'espace au service des urgences de Sussex, mais l'aire de triage y est peu commode. Le personnel infirmier et les employés à l'inscription ne voient pas la salle d'attente et celle-ci est souvent occupée. Il s'agit d'une préoccupation au niveau de la sécurité, particulièrement quand le service est achalandé et que l'attente est prolongée. Il n'y a pas de caméra de surveillance à cet endroit.

Le service est doté de l'équipement requis et celui-ci est bien entretenu. Le personnel et les médecins ont eu l'occasion de participer à la détermination des besoins d'équipement et sentent qu'on est attentif à leurs besoins.

Les services individuels commencent à travailler ensemble sous forme de vaste service d'urgence du Réseau Horizon pour établir des buts et objectifs et pour harmoniser les politiques et protocoles.

À Moncton, le service a mis sur pied une équipe de cheminement des patients pour se pencher sur l'augmentation des temps d'attente et la diminution de la satisfaction de la communauté. On félicite l'équipe pour son introspection et son engagement à répondre aux besoins et aux attentes de la communauté. La taille du nouveau service et la division en trois aires (soins de la phase aiguë, cas non aigus et traumatologie) sont responsables, dans une certaine mesure, du prolongement involontaire des temps d'attente. La charge de travail des médecins est aussi un facteur contributif. La couverture actuelle des médecins entraîne de longues périodes d'attente pour les patients. Bien que les médecins aient confiance au processus de triage, ils sont inquiets

de leur capacité de traiter rapidement les patients.

Les bénévoles du service de Moncton contribuent grandement au processus de triage et d'inscription et offrent du soutien aux patients de la salle d'attente. Ils sont bien préparés pour leur rôle et les employés les apprécient.

Les services d'urgence accueillent des étudiants et résidents en médecine, en soins infirmiers et en services paramédicaux et font activement la promotion des perspectives de carrière et des avantages qu'ils offrent. Les stagiaires et les nouveaux employés sont bien appuyés au moyen de l'orientation, d'un éducateur, d'une infirmière-ressource et du personnel du service.

L'équipe appuie la communauté en fournissant des soins infirmiers d'urgence aux événements de grande portée, comme les spectacles présentés à Moncton.

L'équipe effectue des exercices de chaîne téléphonique et de simulation en salle de réunion (p. ex. événement d'ampleur se produisant à l'aéroport), mais n'a pas participé à un exercice en cas d'urgence ou de catastrophe depuis plusieurs années. On l'encourage donc à tenir un exercice ou à participer à une telle activité tenue à l'échelle locale ou dans l'ensemble du vaste Réseau. Sussex a pris part à un scénario l'an dernier avec l'unité des patients hospitalisés.

Une infirmière praticienne travaille au service à Moncton et une autre arrivera bientôt. Il s'agit d'une nouvelle initiative et les rôles sont revus et définis au fur et à mesure que le poste prend forme.

Les petits services ont fait des plans de partage et de couverture du personnel, particulièrement pour le quart de nuit (Hôpital du comté de Charlotte, Sackville, Sussex). On félicite les services d'urgence des petites villes qui ont formé toutes les IA en technique spécialisée de réanimation cardio-respiratoire. Les petits centres entretiennent des liens étroits avec les centres qui leur acheminent des patients et sont bien préparés pour stabiliser les patients gravement malades ou blessés pour le transport. Ils ont subi les répercussions des changements apportés aux SMU au cours des dernières années; ils doivent plus fréquemment envoyer des infirmières pour les transports et les SMU s'occupent d'interventions moins complexes. On constate surtout cette situation à Sussex où les prestataires de SMU aidaient au service des urgences avant la transition.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'équipe dispose de l'espace nécessaire pour fournir des services de façon efficace au service des urgences.	2.8	

Compétences

Former une équipe interdisciplinaire d'une grande compétence dotée des connaissances, du savoir-faire et des capacités nécessaires à l'élaboration, à la gestion et à la prestation de programmes de services et de soins efficaces et efficients.

Commentaires des visiteurs

Les services d'urgence tirent pleinement profit de l'équipe interdisciplinaire dans l'intérêt des

patients et des employés et tous travaillent très bien ensemble. L'équipe comprend des pharmaciens, des techniciens en pharmacie, des médecins, des IA, des inf. aux. aut., des travailleurs sociaux, des consultants, des bénévoles, des planificateurs de congé, des éducateurs, une infirmière en sécurité des patients, des commis d'unité et aux communications, etc. Tous comprennent et apprécient pleinement la contribution des autres et travaillent couramment ensemble. Les petits centres entretiennent des liens étroits avec les centres qui leur acheminent des patients

Le recrutement est difficile, particulièrement dans les petits centres. Les services d'urgence font preuve de créativité pour ce qui est de recruter des étudiants, des « rapatriés » des Maritimes et des amis des amis. Le service des urgences a eu de la difficulté à recruter, et l'âge moyen de son personnel infirmier est de plus de 50 ans. Le recrutement des médecins peut aussi être difficile. Sackville a des médecins de famille qui travaillent au service et qui prennent les appels la nuit. Sussex est doté en personnel 24 heures sur 24. Tous les établissements disposent de médecins occasionnels remplaçants. Sussex a été obligé de fermer une nuit au cours de la dernière année. Le public a été informé de se rendre à Saint John au moyen de la radio et d'enseignes.

Les nouveaux employés reçoivent en salle de cours une orientation détaillée sur le service et l'équipement et sont jumelés durant quelques semaines dans le cadre de leur travail. Il y a considérablement de formation continue et de la reconnaissance est exprimée de différentes façons aux employés pour leurs efforts. Ils doivent être certifiés en technique spécialisée de réanimation cardio-respiratoire. Beaucoup d'employés des services d'urgence ont la certification.

Les infirmières de triage ont un minimum de deux ans d'expérience antérieure au service et, même s'il y a eu pénurie et roulement de personnel, le service a réussi à maintenir ce niveau d'expérience au triage.

On vérifie annuellement les titres de compétence des employés. Ils ont accès à de l'apprentissage en ligne et à des formateurs.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Épisode de soins

Les services de santé offerts pour un problème de santé donné, de la première à la dernière rencontre avec un prestataire de soins.

Commentaires des visiteurs

Les services d'urgence ont récemment commencé à informer les patients de la durée prévue d'attente à l'urgence et ont préparé un dépliant d'information sur le triage pour les patients et les familles. De nouvelles enseignes sont aussi créées pour la salle d'attente. La salle d'attente à Moncton est constamment surveillée par un gardien de sécurité et par une inf. aux. aut. en soirée et, souvent, par un bénévole. À Moncton, la salle d'attente est visible de l'aire de triage et d'inscription. On réévalue systématiquement les patients et on consigne les scores de l'ÉTG. La salle d'attente à Sackville est un peu visible, mais à Sussex, elle n'est visible ni pour les infirmières, ni pour le personnel à l'inscription. Comme la signalisation n'est pas bonne à Sussex, il est difficile pour les patients de s'y retrouver.

L'évaluation des patients est approfondie et consignée et un excellent processus de bilan comparatif des médicaments rempli par le pharmacien ou un technicien en pharmacie est en place et maintenu, après les heures normales de travail, par le personnel infirmier ou les inf.

aux. aut. On encourage les familles à participer aux soins, et l'éducation des patients et familles est pratique courante. On prépare minutieusement les patients pour l'admission, les transferts et les congés au moyen de l'information pertinente. Un processus est établi pour communiquer avec les consultants et l'intervention se fait en temps opportun. La couverture offerte en psychiatrie est limitée après 22 h à Moncton. Dans le cadre d'un programme communautaire local à Sussex, du soutien en santé mentale est offert par des professionnels qui ne sont pas médecins 24 heures sur 24.

Il y a des infirmières de santé mentale qui effectuent des évaluations, qui fournissent des soins au service et qui agissent à titre de liaison avec les programmes communautaires de santé mentale. De plus, le programme SANE (infirmière examinatrice des victimes d'agressions sexuelles), un programme exhaustif, fournit des ressources sur appel 24 heures sur 24. Les petits centres acheminent ou transportent les cas aux centres SANE qui reçoivent leurs patients.

Le Centre de soins d'urgence St. Joseph est doté d'une forte équipe d'employés qui comprennent clairement la communauté qu'ils desservent. Le Centre dessert principalement les niveaux 4 et 5 de l'ÉTG, même s'il y a des niveaux 3. Tous les cas de niveau 2 sont adéquatement transportés au service des urgences par les SMU. Les infirmières praticiennes du service offrent des soins aux patients de niveaux 4 ou 5 de l'ÉTG. Un médecin leur fournit du soutien.

Les temps de prise en charge du transfert des clients acheminés sont acceptables et l'équipe tente, et réussit dans la majeure partie des cas, à obtenir un temps de 20 minutes. L'équipe travaille en collaboration avec les SMU et la répartition et informe la répartition si les temps de prise en charge risquent d'être plus longs de façon à ce qu'ils puissent s'adapter en conséquence. Les SMU assurent le suivi des temps de prise en charge.

La durée du séjour au service des urgences n'est pas surveillée de façon uniforme dans l'ensemble du système, particulièrement dans les petits centres où elle a moins de répercussions sur l'ensemble du service des urgences et l'exploitation de l'hôpital. Il n'y a pas de protocole uniforme pour les AVC ou de liste de contrôle des soins à offrir en cas d'AVC, et il est évident qu'il pourrait y avoir des délais dans les soins.

Le personnel travaille à continuellement améliorer le délai entre l'arrivée et l'administration des agents thrombolytiques aux patients ayant fait un infarctus du myocarde. Elle a rempli, à Moncton, une analyse des causes possibles du délai. On encourage l'équipe à partager l'information dans l'ensemble du Réseau.

Les clients et les familles sont très satisfaits des soins dispensés au service des urgences. Les gens ont occasionnellement exprimé des préoccupations par rapport au temps d'attente, souvent au nom d'un ami ou d'un membre de la famille, c.-à-d. « Je n'ai pas attendu, mais mon voisin a dû attendre ». Les patients avaient une certaine compréhension du système de triage et ont dit qu'on leur avait expliqué.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Aide à la décision

Information, recherche et preuves, ainsi que données et technologie qui appuient et facilitent la gestion et la prise de décisions clinique.

Commentaires des visiteurs

Beaucoup de processus liés aux soins des patients et à l'administration sont manuels et seraient

améliorés par une technologie d'information accrue comme un système d'information au service des urgences, des dossiers électroniques pour les patients et un système informatique d'entrée des ordonnances. Cela réduirait le travail fait en double et les erreurs de transcription et faciliterait les stratégies de cheminement des patients dans l'ensemble du service et le suivi des indicateurs clés. Il y a un système EDIS (Emergency Department Information System) à l'Hôpital régional Dr Everett Chalmers, mais il n'est pas entièrement intégré à la pharmacie et aux moniteurs. Il n'y a pas de consignation électronique aux dossiers.

L'équipe profite d'un leadership actif et empreint de soutien de la part des médecins et de l'administration, ce qui facilite et favorise la révision et l'élaboration de lignes directrices. Les lignes directrices reflètent d'ailleurs les plus récentes données probantes. Dans son travail avec le plus vaste réseau de services d'urgence, l'équipe est encouragée à améliorer et à normaliser les lignes directrices, les politiques et les mesures. Un éthicien et un gestionnaire des risques appuient l'équipe pour la prise de décisions et l'élaboration de politiques.

On effectue des recherches significatives, comme des analyses rétrospectives dans les plus grands centres.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'équipe a accès en temps opportun aux technologies de l'information qui influent sur les soins offerts au client.	13.1	
Le personnel et les prestataires de services utilisent la technologie de l'information pour transmettre de l'information à l'équipe interdisciplinaire.	13.2	

Impact sur les résultats

Cibler et surveiller les mesures liées aux processus et les mesures liées aux résultats et améliorer la qualité des services et des résultats obtenus.

Commentaires des visiteurs

L'engagement envers l'amélioration continue de la qualité est évident dans l'ensemble des services d'urgence. On encourage la participation à l'amélioration des soins et cette participation est évidente dans toutes les disciplines.

Par le passé, l'équipe a établi un certain nombre d'indicateurs et en a assuré le suivi dans le service. Elle a récemment travaillé avec le plus vaste réseau de services d'urgence du Réseau Horizon pour cerner et surveiller des mesures communes. On encourage l'équipe à mettre au point d'autres mesures de résultats et à en assurer le suivi, y compris ceux liés à des étologies précises, comme les soins en cas d'AVC, les soins cardiaques et l'orthopédie.

L'équipe assure le suivi des plaintes des clients et a établi des stratégies pour répondre aux demandes croissantes au sujet des temps d'attente aux services d'urgence, particulièrement à Moncton et à Saint John. Cela comprend le fait d'installer des enseignes, de déclarer les temps d'attente, de rendre l'expérience de l'attente plus agréable et d'ajouter des inf. aux. aut. à

l'aire de triage et d'attente pour accueillir, surveiller et appuyer les patients et familles.

À la grandeur du service, il y a un engagement envers les principes fondamentaux de la sécurité des patients. Un accent est mis sur l'administration des médicaments et la prévention des infections.

La sécurité des employés est aussi une priorité et les services qui reçoivent des patients acheminés ont du personnel de sécurité 24 heures sur 24 et des processus en place pour assurer la sécurité des employés, l'accès à la police et l'intervention en cas de code blanc. À Sackville, il y a de la sécurité à la grandeur de l'hôpital 24 heures sur 24, tandis qu'il y en a en soirée et de nuit à Sussex.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'équipe utilise au moins deux identificateurs de client avant le début de la prestation de tout service ou de toute procédure.	10.4	↑
L'équipe utilise au moins deux identificateurs de client avant le début de la prestation de tout service ou de toute procédure.	10.4.1	
L'équipe détecte, signale, documente et analyse les événements sentinelles, les incidents et accidents évités de justesse et les événements indésirables au bon moment.	15.4	↑

Services palliatifs et services de fin de vie

Direction clinique

Assurer la direction et veiller à la formulation des objectifs généraux et à l'orientation de l'équipe chargée de la prestation des services.

Commentaires des visiteurs

L'Hôpital régional de Saint John a une unité de huit patients hospitalisés. L'équipe de soins palliatifs est forte et mérite des éloges pour les services qu'elle offre. Les patients se sont dits satisfaits des soins qu'ils ont reçus et de l'information fournie au sujet de leur état et des questions de sécurité, notamment pour ce qui est du lavage des mains et de l'identification. Le milieu est propre et ordonné. L'unité fonctionne à pleine capacité (100 %).

Le programme de médecine familiale et de soins palliatifs prend les devants pour ce qui est de l'orientation stratégique du programme. Les soins palliatifs fournissent des rapports mensuels, des rapports d'écart budgétaires et des données sur les indicateurs de qualité. Ils tentent d'atteindre le but.

Les relations sont bonnes avec les partenaires internes et externes.

La compassion du personnel soignant de cette unité en fait un endroit spécial, empreint de respect.

Le programme bénéficie du soutien de médecins dévoués.

Des services consultatifs et de gestion de la douleur sont dispensés aux patients en soins palliatifs dans le reste de l'hôpital.

Des services d'approche en soins palliatifs sont offerts à la communauté.

On appuie grandement la formation et la certification clinique.

Bien que de propriété privée, le Hope Hospice - la première unité résidentielle de dix lits récemment ouverte dans le Canada atlantique - aidera à répondre aux patients qui ont besoin de soins palliatifs à plus long terme.

L'organisme a de bonnes relations et travaille bien avec les groupes communautaires, comme le centre de soins palliatifs et le Programme extra-mural.

L'équipe est forte et comprend l'infirmière de liaison du Programme extra-mural, la pharmacie, le service de pastorale et le soutien des médecins. Le programme est grandement appuyé par le bénévolat et des bénévoles dévoués. Par exemple, un bénévole cuisine tous les lundis pour les patients.

On encourage l'organisme à poursuivre la croissance du réseau de soins palliatifs régional à partir de normes de soins courants.

La disponibilité des lits représente un défi. On encourage l'organisme à surveiller la demande de façon à répondre adéquatement au besoin en matière de services de soins palliatifs.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Compétences

Former une équipe interdisciplinaire d'une grande compétence dotée des connaissances, du savoir-faire et des capacités nécessaires à l'élaboration, à la gestion et à la prestation de programmes de services et de soins efficaces et efficients.

Commentaires des visiteurs

Le personnel est bienveillant, compatissant, compétent et dévoué et travaille en vue de l'excellence dans les soins aux patients. Il y a une bonne collaboration entre les membres de l'équipe. Les membres du personnel se sentent bien face au travail qu'ils font et savent qu'ils font une différence pour les patients de l'unité. Ils sont astucieux et mettent les gens à l'aise. L'approche adoptée en est une d'équipe et il y a beaucoup de formation individuelle et de communication.

Il est aussi évident que l'équipe interdisciplinaire fonctionne bien ensemble. La relation avec le Programme extra-mural et les services internes est basée sur une grande coopération. Il y a un comité de triage qui travaille à partir de critères d'admission établis.

L'équipe examine régulièrement son rôle et son fonctionnement et détermine les ressources additionnelles requises. Les membres semblent mutuellement s'offrir du soutien et plusieurs personnes ont souligné que l'humour joue un rôle de mécanisme de soutien.

L'équipe procède à des tournées hebdomadaires et à un examen complet des nouveaux patients.

Du soutien sous forme de formation est offert au personnel, notamment au moyen de la conférence internationale en soins palliatifs. Huit infirmières sont certifiées en soins palliatifs.

On encourage l'organisme à continuer de chercher des façons d'exprimer sa reconnaissance aux employés pour leur contribution au niveau de l'unité.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'équipe interdisciplinaire suit un processus officiel pour évaluer régulièrement son mode de fonctionnement, définir ses priorités et apporter les améliorations nécessaires.	3.7	

Épisode de soins

Les services de santé offerts pour un problème de santé donné, de la première à la dernière rencontre avec un prestataire de soins.

Commentaires des visiteurs

L'équipe de soins palliatifs offre des services de consultation aux gens qui ont besoin de soins palliatifs dans l'ensemble de l'hôpital. Par exemple, il y a eu 39 consultations de gestion de la douleur et des symptômes ce mois-ci et une cinquantaine de visites de consultation. Cela donne aux gens l'occasion d'être exposés à l'unité et de commencer à développer une relation avec son personnel.

On a suivi un épisode de soins pour un des patients, y compris le processus d'admission et les soins reçus à l'unité. Tant le patient qu'un membre de sa famille ont dit avoir eu une expérience très positive à l'unité. Le dossier était complet et comprenait des composantes électroniques et papier. De bons processus étaient en place pour la gestion des médicaments et de la douleur. Le patient et sa famille étaient tenus informés et de l'information leur était fournie au besoin. L'équipe maintient un environnement respectueux et paisible pour ses clients. Cette atmosphère respectueuse de l'unité et la bienveillance et la compassion du personnel étaient très appréciés.

Il y a une interruption dans les soins palliatifs dispensés à l'unité en raison de la participation au protocole en cas de capacité excédentaire. Une chambre est réservée aux familles qui souhaitent rester pour la nuit quand leur être cher est en train de mourir. En période de capacité excédentaire, cette chambre est prise à titre d'espace additionnel pour les patients. On fait l'effort de choisir des patients qui conviennent à l'unité, mais ce n'est pas toujours possible. Cela entraîne parfois le placement inadéquat d'un patient qui n'est pas en soins palliatifs et un manque d'espace pour les familles. On encourage l'organisme à réévaluer l'utilisation de l'espace de soins palliatifs dans le cadre du protocole en cas de capacité excédentaire.

Le patient peut avoir accès à un représentant, au besoin.

Un soutien continu est offert aux membres de la famille et ceux-ci ont accès à un programme d'apaisement de la douleur en cas de deuil. Il y a aussi des services commémoratifs annuels

auxquels participent quelque 200 personnes.

On encourage l'équipe à évaluer l'emplacement du téléphone mis à la disposition des familles. Il se trouve juste à côté du couloir principal et n'offre donc aucune intimité pour les appels personnels.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
Les clients actuels et potentiels et leurs familles peuvent en tout temps accéder à des services de soins palliatifs ou à des services essentiels.	6.2	

Aide à la décision

Information, recherche et preuves, ainsi que données et technologie qui appuient et facilitent la gestion et la prise de décisions clinique.

Commentaires des visiteurs

On encourage le personnel à assister à des conférences et à se tenir à jour relativement aux meilleures pratiques.

Quand il manque de lits, le médecin décide de la meilleure façon d'utiliser le lit.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Impact sur les résultats

Cibler et surveiller les mesures liées aux processus et les mesures liées aux résultats et améliorer la qualité des services et des résultats obtenus.

Commentaires des visiteurs

L'équipe travaille ensemble pour s'assurer de faire vivre au patient la meilleure transition de fin de la vie possible.

Il y a régulièrement des vérifications environnementales et des inspections de sécurité à l'unité. Il y a aussi un outil de vérification du patient. Après trois mois, le questionnaire FAMCARE est envoyé par la poste aux personnes chargées de prendre les décisions au nom du client.

La satisfaction des patients est régulièrement surveillée. Si une plainte est reçue, elle est traitée le plus rapidement possible.

Des protocoles de soins palliatifs sont en place de même que des lignes directrices sur les meilleures pratiques en matière de prévention des chutes. Un accent est mis sur la prévention des chutes, lorsqu'approprié.

Une vérification du bilan comparatif des médicaments est faite trois fois par mois.

Les vérifications de la documentation clinique sont faites mensuellement.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Soins ambulatoires

Direction clinique

Assurer la direction et veiller à la formulation des objectifs généraux et à l'orientation de l'équipe chargée de la prestation des services.

Commentaires des visiteurs

La Clinique Irving de Moncton a été planifiée durant de nombreuses années au moyen d'une participation interdisciplinaire, y compris celle de la prévention des infections. Les employés sont heureux de leur contribution à la conception et à la mise sur pied de la clinique. L'endroit est spacieux et organisé de façon à ce que les soins progressent au fur et à mesure des déplacements dans les cliniques. Les patients progressent dans l'espace de la clinique conformément à l'étendue des soins. Les patients qui n'ont besoin que de tests de laboratoire ne vont qu'à quelques endroits, alors que ceux qui ont des interventions visitent plusieurs endroits de la clinique. À Saint John, les soins ambulatoires sont occupés et l'espace est serré. À Fredericton, les soins ambulatoires sont occupés et dispensés à trois endroits différents et les lieux sont encombrés.

Les cliniques offrent une gamme considérable de services, dont la médecine, la chirurgie, l'ORL, l'ophtalmologie, l'hématologie, les soins des plaies, l'orthopédie, l'urologie et la chirurgie plastique. L'établissement des horaires est surtout fait à partir des bureaux des médecins. À Fredericton, la clinique de chirurgie plastique a des volumes imprévisibles en raison des visites non urgentes imprévues de membres d'autres communautés. Cela entraîne des temps d'attente variables et souvent longs pour certains patients.

Des plans sont établis pour la prestation des services. Une analyse des répercussions doit être faite pour que les médecins obtiennent du temps en clinique à Saint John. On planifie déplacer d'autres interventions de la salle d'opération de Moncton à la clinique de soins ambulatoires. On encourage l'équipe à tenir compte des répercussions des changements ou augmentations du volume et des interventions à la clinique sur les services de diagnostic et de laboratoire. Un transfert antérieur d'interventions à la clinique a entraîné plus de temps en salle d'opération pour l'orthopédie et exigé du temps additionnel pour les services de diagnostic. De plus, les augmentations en radiologie interventionnelle ont eu des répercussions sur le personnel infirmier du service des urgences à Moncton.

Les équipes comprennent parfaitement qui elles desservent et des données probantes indiquent une amélioration continue pour ce qui est de répondre aux besoins des populations de clients dans toutes les cliniques, y compris les services éducatifs d'approche sur le diabète, les soins aux patients ayant des troubles de saignement héréditaires et la coordination des interventions avec les dentistes et autres. Les équipes entretiennent des liens avec la communauté, notamment avec les cabinets de médecins, le programme extra-mural, le développement social, le YMCA et les soins de longue durée. La sécurité des patients est considérée comme étant tout à fait normale. Cela est évident dans la conception des unités, l'inscription des patients, l'utilisation de deux identificateurs, le cheminement des patients, la documentation, la vérification et la double vérification des produits sanguins et l'enseignement à l'intention des patients.

Des espaces sont disponibles à la Clinique Irving pour les patients qui doivent être isolés, en cas

de SARM, par exemple. Dans d'autres centres, ces patients sont convenablement écartés.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Compétences

Former une équipe interdisciplinaire d'une grande compétence dotée des connaissances, du savoir-faire et des capacités nécessaires à l'élaboration, à la gestion et à la prestation de programmes de services et de soins efficaces et efficients.

Commentaires des visiteurs

Les soins dans les centres de soins ambulatoires sont dispensés par une excellente équipe interdisciplinaire complète comprenant des médecins, des infirmières autorisées, des infirmières auxiliaires autorisées, des pharmaciens, des commis, des techniciens orthésistes, du personnel de laboratoire et de l'imagerie diagnostique, des étudiants et certains bénévoles.

Le personnel reçoit une orientation détaillée sur les unités et les nouveaux produits et sur l'équipement et les procédures et a les compétences et l'expérience clinique nécessaires, comme l'enseignement requis pour les formateurs cliniques sur le diabète, les chirurgies mineures et l'ophtalmologie. Les employés font l'objet d'évaluations du rendement et sont reconnus de diverses façons pour leur contribution, notamment au moyen de récompenses pour états de service, de remerciements, d'une reconnaissance pour les réussites en matière d'éducation et d'événements dans les unités.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'organisme dispose de suffisamment d'espace pour favoriser l'interaction et le fonctionnement interdisciplinaire de l'équipe.	3.5	

Épisode de soins

Les services de santé offerts pour un problème de santé donné, de la première à la dernière rencontre avec un prestataire de soins.

Commentaires des visiteurs

Le bilan comparatif des médicaments est en place ou en voie de l'être dans les cliniques ambulatoires et s'aligne sur le processus utilisé aux services d'urgence et aux unités de patients hospitalisés. Les pharmaciens ont participé au processus de planification du bilan comparatif des médicaments.

L'équipe s'est dotée de processus pour aider les patients à trouver un médecin, particulièrement dans les cas des patients diabétiques. Les listes d'attente sont courtes pour les soins ambulatoires et sont surveillées. Les cabinets de médecins prennent les rendez-vous et trouvent le plus souvent, dans leur liste d'attente, des remplaçants pour les annulations faites à l'avance.

Les unités sont suffisamment approvisionnées en fournitures et l'équipement est entretenu. Le Service central de stérilisation fournit les fournitures stériles et des procédures d'entretien

préventif sont en place, dont la documentation sur l'équipement. Des procédures sont en vigueur pour l'acquisition de l'équipement et elles sont bien comprises. Les lieux sont adéquatement équipés et de nouvelles acquisitions ont été faites, comme un « mini C-arm » à la Clinique de Saint John.

Les patients et familles sont bien préparés et appuyés tout au long de l'épisode de soins, de l'admission au congé, puis au suivi. On fournit de l'enseignement au congé et on remet des directives écrites aux patients. Il est évident que les employés offrent des soins individualisés et que les patients sont satisfaits.

Les cliniques disposent des instruments et appareils dont elles ont besoin et les demandes d'équipement sont planifiées et présentées aux fins d'examen. On a récemment fait l'acquisition d'un appareil « mini C-arm » pour la clinique de dermatologie de Saint John. Les fondations locales jouent un rôle déterminant lorsqu'il s'agit de fournir des fonds pour l'acquisition de nombreux instruments et appareils nécessaires aux soins des patients.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'équipe respecte les politiques établies par l'organisme pour conserver et éliminer les médicaments de façon sûre et sécuritaire.	11.6	↑
L'équipe consigne, conserve, manipule et élimine les échantillons et les médicaments utilisés à titre expérimental de la même manière qu'elle le ferait pour tout autre médicament.	11.7	↑

Aide à la décision

Information, recherche et preuves, ainsi que données et technologie qui appuient et facilitent la gestion et la prise de décisions clinique.

Commentaires des visiteurs

La documentation est complète et les dossiers sont adéquatement gardés dans des endroits sécurisés. L'équipe profiterait d'une technologie de l'information additionnelle pour la mise au point des horaires et la documentation aux points de services.

L'équipe améliore continuellement la qualité des directives de soins ambulatoires pour veiller à ce qu'elles soient fondées sur des données probantes et qu'elles reflètent les meilleures pratiques, comme dans le cas des soins des plaies, des soins aux diabétiques, de l'endoscopie, des soins postopératoires et des soins des troubles de saignement. Il est difficile d'harmoniser les directives à la grandeur du Réseau de santé Horizon. Toutefois, les gens travaillent ensemble à cette fin.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'équipe connaît ses besoins en matière de nouvelles technologies et de systèmes d'information.	15.1	

Impact sur les résultats

Cibler et surveiller les mesures liées aux processus et les mesures liées aux résultats et améliorer la qualité des services et des résultats obtenus.

Commentaires des visiteurs

Il y a des liens dans le plus vaste Réseau, particulièrement au niveau de la gestion.

Les indicateurs de risque pour les patients et les employés sont surveillés et des mesures sont prises. Les aiguilles qu'utilisent les employés ne sont pas munies d'un dispositif sécuritaire. Des données probantes indiquent que l'équipe cherche, tant à l'interne qu'à l'externe, des possibilités d'amélioration et qu'elle examine et améliore son rendement dans l'intérêt des gens et des groupes de patients en procédant à des analyses documentaires, en collaborant avec le reste du Réseau et avec des organismes externes comme IWK et QEII.

Des stratégies de prévention des chutes sont en place. L'aire de l'ophtalmologie a été conçue pour répondre aux besoins des personnes ayant une déficience visuelle, notamment au moyen de mains courantes et d'un revêtement de sol distinct.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Soins et services à domicile

Direction clinique

Assurer la direction et veiller à la formulation des objectifs généraux et à l'orientation de l'équipe chargée de la prestation des services.

Commentaires des visiteurs

The Extra Mural program is set by the province. It includes preschool, school, and adult programs through a team of professionals. Four locations were visited: Saint John, Moncton, Fredericton and Oromocto. The sites themselves review local data and CIHI information to plan for the population that they serve.

Goals and actions have been developed that align with the overall strategic plan for the organization. The overall goal is to meet the client's goal of returning to be independent. Teamwork is supported. Staff resources are appropriately allocated. Staff help each other, prioritize their clients, and ensure that transfer of information occurs so that continuity of care is maintained. In some sites, a charge has been put in place to organize the team and assist with planning.

Clients receive information regarding the service and know how to call for help or where to go in an emergency as this service is not an emergency service. Literacy and cultures are respected. Safety risks are assessed in the home and planning done around the risks. They have started the planning for the home risk assessment tool. Rounds are held to consult with the team as a

whole, share information and collaborate as professionals.

Although staff are aware of looking at risks for safety in the homes, and sharing that information with other staff members, a formal process to document risks and transfer that information among staff needs to be formalized. Horizon Health needs to set up a formal mechanism to ensure staff report when their shift starts and when it ends so they know they are safe. Another mechanism is needed for staff who are called out at night.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'organisme dispose d'une procédure en vue de déclarer les risques pour la sécurité qui sont présents dans le domicile du client.	8.4	↑

Compétences

Former une équipe interdisciplinaire d'une grande compétence dotée des connaissances, du savoir-faire et des capacités nécessaires à l'élaboration, à la gestion et à la prestation de programmes de services et de soins efficaces et efficients.

Commentaires des visiteurs

Job descriptions are in place for all professionals. Staff seek and are encouraged to attend education, and seek new practice. Staff believe and use evidence based best practice. Orientation is provided and staff feel comfortable to ask for help at any time.

A process exists for equipment, tagging of unsafe equipment. Pump training is provided. Performance reviews are completed, but not consistently. Staff feel that education is provided whether it is part of a new skill or a refresher for an intervention they have not done for a long time, hence not feeling competent to do until refreshed. Mentorship is also provided to assist staff.

Ensure performance appraisals are done consistently.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
L'organisme évalue et documente régulièrement le rendement de chaque membre du personnel de façon objective, interactive et positive.	4.10	

Épisode de soins

Les services de santé offerts pour un problème de santé donné, de la première à la dernière rencontre avec un prestataire de soins.

Commentaires des visiteurs

The staff work in teams. What is key is the fact that based on the assessment by any staff member, other members of the team are consulted. The person is looked at as a whole. There is very comprehensive assessment and planning taking place. Referrals can be sent to any member of the team that the primary care provider feels is needed for that client. Special mechanisms are in place to transfer and confirm information related to clients' service so continuity is assured.

A primary care lead is designated for all clients. It can be any professional. A pain assessment is used on all clients. Informed consent is completed. The ethical framework is in place. Sites are currently utilizing the services of an ethicist and other supports. Members of the team include nurses, PT ,OT, RT Speech/Language ,social worker,dietician, LPN and office staff.The staff situated in acute care are also part of the team. What is unique is that clients may be seen prior to surgery and then after as well.

Ambulatory clinics exist at some sites for clients who are mobile thus avoiding a home visit. Quick response programs are being piloted and have been very effective in diverting client's from emergency. A standard pain assessment is in place. A best possible medication history is taken and verified with the pharmacist, physician or referring care giver and the client. A pilot project utilizing pharmacists in the Extra Mural Program has just been completed. If adopted it would be an enhancement to the current medication reconciliation activities and well received.The palliative program is of note because of the broadness of service and 24 hour delivery

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Aide à la décision

Information, recherche et preuves, ainsi que données et technologie qui appuient et facilitent la gestion et la prise de décisions clinique.

Commentaires des visiteurs

Confidentiality is adhered to. An ethics framework is in place. Field staff are aware of how to identify an ethical issue and how to seek assistance when needed. This is provided as ongoing education. Specialists exist within the organization. IT system needs are being identified for the new organization.

Best practice guidelines utilized include Braden Scale, falls assessment on admission, pain assessment, palliative care symptom assessment, DNR and ARO screening on admission, IV pump training, and wound protocol. This is coordinated through the clinical specialist. The teams also identify learning needs through surveys or at team meetings and plan specific site needs. Research is encouraged and undertaken. One example is Optimizing Diabetic Wound Management with UNB.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Impact sur les résultats

Cibler et surveiller les mesures liées aux processus et les mesures liées aux résultats et améliorer la qualité des services et des résultats obtenus.

Commentaires des visiteurs

Informal evaluation takes place. The team is looking forward to having one data system so they can evaluate the overall program and arrange planning with other organizations. Incident reporting is completed. The learnings are shared with the staff. Transfer of client information at transfer of service is very good. A check exists to ensure other members of the care team have in fact received and read the information. Leading practice is now being shared among the organization as a whole. There is expertise all over and once pooled will provide a valuable database. There is a willingness to take the best and confirm it as the best practice.

Although the organization does collect some indicators and in fact share and utilize what they have to plan, the implementation of one system would enhance the capability of the organization to develop a robust enhanced quality network.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Télésanté

Direction clinique

Assurer la direction et veiller à la formulation des objectifs généraux et à l'orientation de l'équipe chargée de la prestation des services.

Commentaires des visiteurs

Il s'agit d'une équipe exceptionnelle d'experts cliniques et de spécialistes de la télésanté qui se consacrent totalement à l'atteinte du but consistant à intégrer les services de télésanté à toutes les facettes de la prestation des soins et services dans l'ensemble du Réseau de santé Horizon.

De la recherche professionnelle fondée sur des données probantes est bien documentée pour appuyer chaque nouvelle phase ou chaque nouvel aspect d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation du programme de télésanté.

L'équipe reconnaît qu'il y a encore du travail à faire pour renseigner tous les membres de la plus vaste équipe de soins de santé au sujet des bienfaits de la prestation de services de télésanté. Elle veut aussi faire connaître la philosophie visant à apporter les soins de santé au patient plutôt que de faire venir le patient aux soins de santé comme méthode viable et peut-être même préférable de prestation de soins de santé pour de nombreux patients.

Selon l'équipe, un dialogue continu pour faire participer les professionnels médicaux de l'ensemble du Réseau Horizon sera nécessaire pour assurer la réussite continue et la croissance des programmes de télésanté.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Compétences

Former une équipe interdisciplinaire d'une grande compétence dotée des connaissances, du savoir-faire et des capacités nécessaires à l'élaboration, à la gestion et à la prestation de programmes de services et de soins efficaces et efficients.

Commentaires des visiteurs

Il y a des descriptions de poste claires pour tous les postes et les besoins d'apprentissage continu de l'équipe de télésanté sont perçus comme une priorité élevée.

Selon l'équipe, la visite d'agrément a servi de catalyseur dans la création d'un groupe de travail

sur l'exploitation continue de la télésanté.

L'équipe est consciente qu'il y a des défis relatifs à la certification pour les membres interprovinciaux de l'équipe de télésanté du Réseau Horizon.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Épisode de soins

Les services de santé offerts pour un problème de santé donné, de la première à la dernière rencontre avec un prestataire de soins.

Commentaires des visiteurs

Les services de télésanté ont été examinés à l'Hôpital régional Dr Everett Chalmers avec les membres de l'équipe de télésanté de l'endroit, ainsi qu'avec des membres d'autres zones ayant participé en utilisant le système de télésanté. Plusieurs clients ont aussi partagé leurs expériences personnelles d'utilisation du système de télésanté et tous avaient vécu des expériences positives.

Au cours des dernières années, une équipe dynamique et qualifiée d'experts a réussi à mettre sur pied et en œuvre une grande variété de services de télésanté dans l'ensemble du Réseau de santé Horizon. Des services de télésanté sont disponibles à 123 endroits, dans les milieux de soins de santé de la région. Les services de télésanté sont utilisés pour faciliter les réunions administratives, pour fournir des renseignements éducatifs au personnel et aux clients et, plus important encore, pour faciliter la prestation des services de santé aux clients du Réseau Horizon.

Les équipes de télésanté sont déterminées à faire augmenter l'utilisation clinique et non-clinique des services de télésanté dans l'ensemble de la région et prévoient des possibilités sans limites quant aux endroits où ces services peuvent être offerts. Elles mettent l'accent sur l'atteinte du but consistant à intégrer la télésanté comme une méthode de pratique officielle pour offrir des services de soins de santé dans l'ensemble du Réseau Horizon. Toutes les normes d'agrément étaient respectées.

Les services et programmes de télésanté de l'ensemble du Réseau Horizon sont clairement une composante intégrale et croissante du système de prestation des services de santé. Un groupe visionnaire de leaders se consacre à l'atteinte du but de promotion et de mise en œuvre des services de télésanté dans l'ensemble de l'organisme et de la province du Nouveau-Brunswick. Des ateliers de visualisation de la télésanté ont eu lieu pour appuyer la transformation clinique et l'orientation des services de télésanté dans l'ensemble du Réseau.

Le Réseau de santé Horizon a fait preuve d'un appui important aux initiatives de télésanté en y attribuant des ressources humaines, pécuniaires et opérationnelles.

Une structure hiérarchique claire et bien définie est en place pour l'équipe de télésanté. Des recherches ont été faites relativement aux services de télésanté et on a mis en œuvre des politiques, des procédures, des exigences réglementaires et de la documentation d'exploitation.

Les clients manifestent clairement leur soutien aux services et programmes de télésanté.

L'équipe sait qu'un travail continu est requis pour intégrer pleinement les services de télésanté dans chaque facette de l'organisme.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Aide à la décision

Information, recherche et preuves, ainsi que données et technologie qui appuient et facilitent la gestion et la prise de décisions clinique.

Commentaires des visiteurs

Les leaders de l'équipe de télésanté démontrent le savoir des experts et l'application de la législation relative à la protection de la vie privée.

L'équipe est consciente des buts consistant à élargir les services de télésanté à de nouveaux lieux, comme des endroits extérieurs et publics, et des défis qu'elle devra relever au chapitre de la protection de la vie privée.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Impact sur les résultats

Cibler et surveiller les mesures liées aux processus et les mesures liées aux résultats et améliorer la qualité des services et des résultats obtenus.

Commentaires des visiteurs

Des projets et programmes de télésanté bien documentés font clairement ressortir la réussite du programme, les répercussions positives sur les soins aux patients et les économies de coûts qui ont été ou qui pourraient être atteintes au niveau des dépenses organisationnelles dans ce secteur.

La réussite et la croissance continues du programme de télésanté permettront certainement de faire du Réseau de santé Horizon un leader dans ce secteur de soins émergent.

Tous les critères de ce processus prioritaire ont été respectés.

Interventions chirurgicales

Prestation de soins chirurgicaux sécuritaires, de la préparation du client jusqu'à la salle de réveil et au congé, en passant par l'intervention même en salle d'opération.

Commentaires des visiteurs

Dans l'ensemble de l'organisme, les programmes de chirurgie ont une forte approche interdisciplinaire. Les membres des équipes de tous les secteurs visités étaient enthousiastes et positifs lorsqu'il s'agissait de décrire leurs rôles et la qualité de leur milieu de travail. De nouveaux rôles ont été introduits pour répondre aux besoins cernés et pour appuyer la sécurité et l'accès des patients. Des processus sont en place pour la coordination des soins et le déplacement efficace des patients entre les services périopératoires et les autres secteurs.

Le réseau des soins chirurgicaux et les comités de salle d'opération propres aux différents établissements fournissent une structure pour la planification et la surveillance des activités des programmes de chirurgie.

Une attention est portée au maintien d'un milieu de travail respectueux et cet aspect est appuyé par un nouveau code de respect mutuel.

Il y a un programme d'orientation détaillé et les employés disent se sentir appuyés jusqu'à ce qu'ils soient prêts à faire leur travail de façon autonome dans leur nouveau milieu.

L'accent est fortement mis sur l'apprentissage et le perfectionnement continu. Les employés disent avoir régulièrement l'occasion de participer à des conférences externes et à des programmes internes. Ils partagent l'information et les connaissances ainsi acquises en faisant des présentations à leurs collègues.

Les employés et gestionnaires disent que les évaluations du rendement sont actuelles et remplies de façon uniforme.

La liste de vérification chirurgicale a été mise en œuvre et la conformité à cette liste est régulièrement vérifiée et déclarée.

Le respect des politiques et procédures de sécurité requises était invariablement évident dans les salles d'opération visitées.

De toute évidence, l'accent est mis sur la sécurité du patient dans tous les secteurs du programme de chirurgie.

Le recours à la stérilisation rapide est limité et la pratique est suivie de près.

Les patients et les membres des familles qui ont été interrogés ont invariablement exprimé de la satisfaction face à tous les secteurs du programme de chirurgie où ils avaient reçu des soins.

L'équipe assure régulièrement le suivi d'indicateurs; toutefois, ces suivis ne sont pas rassemblés sous forme de rapport complet présentant des tendances et des analyses.

Les incidents sont déclarés et des mesures sont prises pour se pencher sur les problèmes qui se présentent. Des exemples de changements de pratiques attribuables à des incidents et accidents évités de justesse ont été fournis.

La participation au registre provincial d'accès aux chirurgies fournit des données objectives appuyant l'établissement des horaires des chirurgies. Les temps d'attente sont surveillés et ont diminué depuis la mise en œuvre. Les temps d'attente pour les chirurgies orthopédiques (arthroplastie de la hanche et du genou) continuent d'excéder les objectifs.

On encourage l'équipe à continuer d'élaborer une approche régionale de soins chirurgicaux au sein du Réseau de santé Horizon et à mettre au point des processus et protocoles normalisés pour appuyer les meilleures pratiques dans l'ensemble du programme.

L'utilisation de plans standards d'intervention fondés sur des données probantes est limitée au programme de chirurgie. On encourage l'équipe régionale de soins chirurgicaux à revoir les outils actuellement utilisés dans chaque zone dans le but de les standardiser en fonction d'une approche des meilleures pratiques quand c'est possible.

On encourage l'équipe à mettre au point un processus pour examiner de façon officielle la manière dont les membres travaillent ensemble en tant qu'équipe, à célébrer ses réussites et à cerner les possibilités d'amélioration.

On encourage l'équipe de la chirurgie à établir les buts et objectifs du programme et du service.

En utilisant les données disponibles dans le registre d'accès aux chirurgies, on devrait explorer la possibilité d'accroître l'efficacité de l'allocation du temps de chirurgie à la lumière des listes d'attente.

Le tableau qui suit indique les critères spécifiques cernés lors de la visite d'agrément et qui exigent une attention particulière.

Critères	Norme	Mesures à prendre
Normes relatives aux salles d'opération		
L'équipe utilise des plans standards d'intervention fondés sur des données probantes pour se guider au cours des différentes étapes de l'intervention, favoriser la prestation de soins efficaces et obtenir les meilleurs résultats possible.	1.3	
L'équipe interdisciplinaire suit un processus officiel pour évaluer régulièrement son mode de fonctionnement, définir ses priorités et apporter les améliorations nécessaires.	1.8	
L'équipe établit des objectifs de rendement et mesure leurs progrès.	14.4	
Services de chirurgie		
Les membres de l'équipe collaborent pour élaborer des buts et des objectifs.	2.1	
Les buts et les objectifs que l'équipe établit pour ses services de chirurgie sont mesurables et précis.	2.2	
L'équipe détermine les ressources nécessaires pour atteindre ses buts et objectifs.	2.3	
L'équipe interdisciplinaire suit un processus structuré pour évaluer son fonctionnement, déterminer les priorités d'action et apporter des améliorations.	3.7	
L'équipe a recours à un plan standard d'intervention précis pour guider le client dans sa préparation en vue de l'intervention et pendant la phase de récupération.	7.1	

L'équipe dispose d'un processus pour évaluer les demandes des clients qui désirent apporter leurs propres médicaments ou s'administrer eux-mêmes leurs médicaments. 10.5

L'équipe établit un bilan comparatif des médicaments avec le client au moment où il est acheminé ou transféré, et transmet l'information relative au client au prochain prestataire de services lors d'un acheminement ou d'un transfert vers un autre établissement, service, prestataire de services ou niveau de soins à l'intérieur ou à l'extérieur de l'organisme. 11.4

Le processus englobe la production d'une liste complète des médicaments que le patient prenait avant d'être acheminé ou transféré. 11.4.2

Le processus englobe une comparaison en temps opportun de la liste des médicaments utilisés avant l'acheminement ou le transfert avec la liste des nouveaux médicaments prescrits au moment de l'acheminement ou du transfert. 11.4.3

Le processus englobe une preuve écrite que les deux listes ont été comparées, que les différences ont été cernées, discutées et expliquées, et que les modifications appropriées ont été apportées à tout nouveau médicament prescrit. 11.4.4

Le processus démontre clairement que l'établissement du bilan comparatif des médicaments s'avère une responsabilité partagée entre le patient, le personnel infirmier, les médecins et les pharmaciens, selon le cas. 11.4.5

L'organisme dispose d'un plan écrit pour mettre en œuvre partout dans l'organisme, et ce, avant la tenue de la prochaine visite d'agrément, un processus visant à établir un bilan comparatif des médicaments au moment de l'acheminement ou du transfert. 11.4.6

Résultats de mesures de rendement

La section qui suit offre un aperçu des mesures de rendement recueillies dans l'ensemble de l'organisme. Ces mesures sont les résultats découlant d'indicateurs et d'outils et elles constituent des éléments précieux du processus d'évaluation et d'amélioration de la qualité.

Résultats découlant des outils

Les outils sont des questionnaires qui sont remplis par un échantillon de représentants des clients, du personnel, de la direction et d'autres partenaires clés qui fournissent un point de vue important quant à des éléments essentiels des services de l'organisme. Les tableaux qui suivent présentent un sommaire des résultats de l'organisme et soulignent chaque point sur lequel il devra se pencher. Les résultats sont présentés pour trois secteurs principaux : fonctionnement de la gouvernance, culture de sécurité des patients et qualité de vie au travail.

Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance

L'outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance a été conçu à l'intention des membres du conseil d'administration afin de les aider à évaluer leurs propres structures et processus et à cerner leurs possibilités d'amélioration. Les résultats reflètent la perception et l'opinion des membres du conseil d'administration quant aux structures et aux processus internes.

Sommaire des résultats

STRUCTURES ET PROCESSUS DE GOUVERNANCE	% D'accord	% Neutre	% Pas d'accord	Mesures à prendre
	Organisation	Organisation	Organisation	
1 Nous recrutons, recommandons et sélectionnons activement de nouveaux membres en fonction des compétences particulières requises, des antécédents et de l'expérience.	86	0	14	
2 Nous disposons de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	60	0	40	
3 Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité au sein du conseil d'administration.	92	0	8	
4 La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté.	83	0	17	
5 Des politiques écrites définissent clairement la durée et les limites des mandats des membres ainsi que la rétribution.	100	0	0	
6 Nous revoyons régulièrement les lois et les règlements applicables. Nous les comprenons et nous nous assurons de nous y conformer.	92	0	8	
7 Les politiques et les procédures de gouvernance qui définissent nos rôles et responsabilités sont bien consignées et on s'y conforme de façon uniforme.	92	0	8	
8 Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous-comités.	91	0	9	
9 Nous avons des sous-comités dont les rôles et les responsabilités sont clairement définis.	100	0	0	
10 Nos rôles et responsabilités sont clairement déterminés, et on fait la distinction entre ces derniers et ceux du directeur général et de la haute direction. Nous ne prenons pas une part active aux questions relevant de la gestion.	100	0	0	

11	Chacun de nous reçoit une orientation qui nous aide à comprendre l'organisme et les problèmes auxquels il est confronté ainsi qu'à prendre des décisions de qualité.	100	0	0	
12	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.	100	0	0	
13	Nos rencontres ont lieu assez fréquemment pour nous permettre de prendre des décisions en temps opportun.	100	0	0	
14	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).	100	0	0	
15	Les membres arrivent aux rencontres prêts à participer à des discussions sérieuses et à prendre des décisions réfléchies.	92	0	8	
16	Nos processus de gouvernance font en sorte que chacun participe à la prise de décisions.	100	0	0	
17	Les membres participent activement à l'élaboration de politiques et à la planification stratégique.	83	0	17	
18	La composition de notre conseil d'administration contribue à notre haut rendement en matière de gouvernance et de leadership.	83	0	17	
19	La dynamique de notre conseil d'administration favorise le dialogue et les discussions de groupe. Les membres demandent à entendre les idées et les commentaires des autres et les écoutent.	100	0	0	
20	On encourage notre formation continue et notre perfectionnement professionnel.	100	0	0	
21	Il existe de bonnes relations de travail entre les membres et les comités.	100	0	0	
22	Il existe un processus pour établir les règlements et les politiques de l'organisme.	100	0	0	
23	Nos règlements et nos politiques traitent de la confidentialité et des conflits d'intérêts.	100	0	0	
24	Nous faisons régulièrement une évaluation structurée de notre propre rendement.	22	0	78	
25	Nous évaluons notre rendement par rapport à celui d'autres organismes semblables ou à des normes nationales.	60	0	40	

Rapport d'agrément

26	Les contributions des membres sont revues régulièrement.	44	0	56	
27	En tant qu'équipe, nous revoyons notre fonctionnement régulièrement et nous nous questionnons sur la façon dont nous pourrions améliorer nos processus de gouvernance.	67	0	33	
28	Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.	13	0	88	
29	Nous cernons régulièrement des possibilités d'amélioration et réalisons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	75	0	25	
30	En tant que conseil d'administration, nous publions un rapport officiel de nos réalisations, qui est communiqué au personnel de l'organisme de même qu'aux partenaires de l'externe et la communauté.	91	0	9	
31	En tant que membres, nous recevons une rétroaction adéquate sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	45	0	55	
32	Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.	20	0	80	
33	Les rôles et responsabilités de notre président sont clairement établis, et il dirige le conseil d'administration de façon efficace.	100	0	0	

Culture de sécurité des patients

Les résultats du « Sondage sur la culture de sécurité des patients » fournissent de précieux renseignements sur les perceptions du personnel à l'égard de la sécurité des patients, ainsi qu'une indication des points forts, des possibilités d'amélioration, et constitue un mécanisme qui permet de suivre les changements qui s'opèrent dans l'organisme.

Sommaire des résultats

Nombre de répondants au sondage : 4548 répondants

A. Sécurité des patients	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	Mesures à prendre
	Organisation	Organisation	Organisation	
1 Les décisions liées à la sécurité des patients sont prises au palier approprié, par les personnes les plus compétentes.	12	20	69	⚠
2 Il existe une bonne diffusion de l'information vers les niveaux hiérarchiques supérieurs en ce qui concerne les questions de sécurité des patients.	17	22	61	⚠
3 Le signalement d'un problème lié à la sécurité des patients entraînera des répercussions négatives pour la personne qui signale le problème.	74	16	9	⚠
4 La haute direction a un tableau précis des risques associés aux soins des patients.	23	25	52	⚠
5 Mon unité prend le temps de cerner et d'évaluer les risques liés aux patients.	7	14	79	
6 Mon unité fait un bon travail quant à la gestion des risques pour assurer la sécurité des patients.	7	14	80	
7 La haute direction offre un climat qui favorise la sécurité des patients.	13	25	62	⚠
8 Le fait de demander de l'aide est un signe d'incompétence.	92	5	3	
9 Si je commets une erreur qui a d'importantes conséquences et que personne ne s'en aperçoit, je n'en parle à personne.	94	3	3	
10 Si je signale un incident au moyen du système mis en place à cet effet, je suis certain que cela ne me nuira pas.	18	23	59	⚠
11 Je suis moins efficace au travail lorsque je suis fatigué.	8	9	83	

Utilisé avec la permission de l'Université York. Tous droits réservés.

Rapport d'agrément

12	La haute direction tient compte de la sécurité des patients dans ses discussions sur les changements envisagés par rapport aux programmes.	10	34	55	
13	Mes problèmes personnels peuvent nuire à mon rendement.	27	19	54	
14	J'aurai à subir des conséquences négatives si je signale un problème lié à la sécurité des patients.	83	12	5	
15	Si je signale un incident lié à la sécurité des patients, je sais que la haute direction y accordera un suivi.	13	25	62	
16	On me récompense lorsque je prends rapidement des mesures pour cerner une erreur grave.	30	41	28	
17	La perte de membres du personnel chevronnés a eu un impact négatif sur ma capacité d'offrir des soins de qualité élevée aux patients.	40	28	32	
18	J'ai suffisamment de temps pour effectuer les tâches liées aux soins des patients de façon sécuritaire.	21	21	58	
19	Je ne suis pas certain de l'utilité de remplir des rapports d'incidents.	56	21	23	
20	Au cours de la dernière année, j'ai été témoin du fait qu'un de mes collègues a fait quelque chose pour gagner du temps qui me semblait dangereux pour le patient.	61	15	23	
21	Je dispose des ressources adéquates (personnel, budget et équipement) pour offrir des soins sécuritaires.	30	24	46	
22	Dans mon travail, j'ai fait des erreurs importantes que j'attribue à ma fatigue.	84	10	6	
23	Je crois que les erreurs médicales constituent un réel risque pour les patients que nous traitons.	12	17	71	
24	Je crois qu'il arrive souvent que les erreurs liées aux soins de santé ne soient pas déclarées.	22	27	52	
25	Mon organisme équilibre efficacement les besoins en matière de sécurité des patients et les besoins relatifs à la productivité.	17	32	51	
26	Je travaille dans un environnement où la sécurité des patients est hautement prioritaire.	8	15	77	

Utilisé avec la permission de l'Université York. Tous droits réservés.

27 Le personnel reçoit de la rétroaction sur les changements qui ont été apportés à la suite des rapports d'incidents.	31	29	40	
28 Les personnes impliquées dans des événements majeurs disposent de mesures rapides et simples pour rapporter ou signaler ce qui s'est produit.	27	25	48	
29 Mon superviseur ou gestionnaire félicite les gens lorsqu'ils effectuent une tâche en respectant les procédures établies en matière de sécurité des patients.	25	26	49	
30 Mon superviseur ou gestionnaire considère sérieusement les suggestions du personnel en ce qui a trait à l'amélioration de la sécurité des patients.	13	23	64	
31 Lorsque la tension augmente, mon superviseur ou gestionnaire veut que nous travaillions plus vite, même s'il faut prendre des raccourcis.	74	17	9	
32 Mon superviseur ou gestionnaire ne tient pas compte des problèmes liés à la sécurité des patients qui se produisent de façon répétée.	76	14	10	
33 Dans notre unité, lorsqu'il survient un incident, nous y pensons attentivement.	7	20	72	
34 Dans notre unité, lorsqu'une personne commet une erreur, elle demande aux autres comment elle aurait pu la prévenir.	12	25	63	
35 Dans notre unité, à la suite d'un incident, nous examinons qu'est ce qui l'a engendré et comment nous pourrions empêcher la même erreur de se reproduire.	7	17	76	
36 Dans notre unité, lorsqu'il survient un incident, nous effectuons une analyse approfondie.	14	28	59	
37 Dans notre unité, il est difficile de discuter des erreurs.	65	21	14	
38 Dans notre unité, à la suite d'un incident, nous pensons très attentivement aux façons d'y remédier.	12	28	60	
B. Les questions qui suivent concernent votre perception de la sécurité des patients dans son ensemble.	% Bien ou excellent	% Acceptable	% Mauvais ou manquante	Mesures à prendre
	Organisation	Organisation	Organisation	
39 Veuillez accorder une note globale à votre unité pour ce qui est de la sécurité des patients.	65	30	5	

Utilisé avec la permission de l'Université York. Tous droits réservés.

40	Veuillez accorder une note globale à votre organisme pour ce qui est de la sécurité des patients.	44	45	12	
C. Les questions qui suivent traitent de ce qui se produit après un événement majeur.		% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	Mesures à prendre
		Organisation	Organisation	Organisation	
41	Les personnes impliquées dans des événements majeurs contribuent à la compréhension et à l'analyse des événements ainsi qu'à la recherche de solutions possibles.	8	30	62	
42	Un processus officiel de divulgation des événements majeurs aux patients et aux familles est en place et ce processus comprend des mécanismes de soutien pour les patients, les familles et les prestataires de soins et services.	10	40	50	
43	Les discussions entourant les événements majeurs sont davantage centrées sur les problèmes touchant le mécanisme que sur les personnes principalement responsables de l'événement.	14	41	45	
44	Le patient et sa famille sont invités à participer directement au processus complet afin de comprendre ce qui s'est produit suite à l'événement majeur et de trouver des solutions pour minimiser le risque qu'un événement semblable se produise à nouveau.	17	48	36	
45	Les leçons tirées des événements majeurs sont communiquées au personnel de notre unité par le biais de diverses méthodes (p. ex. cahier de communication, formation à l'interne, tournées, courriels) ou à différents moments afin que tout le personnel soit informé.	15	25	60	
46	Des changements sont apportés pour réduire les risques que les événements majeurs se reproduisent.	6	25	69	

Utilisé avec la permission de l'Université York. Tous droits réservés.

Mesures du sondage Pulse

Le concept de la « qualité de vie au travail » est au cœur du programme d'agrément d'Agrément Canada. Le sondage Pulse permet aux organismes de soins de santé de faire le suivi des aspects clés de la qualité de vie au travail. Le sondage Pulse permet de tâter le « pouls » de la qualité de vie au travail et fournit une vue d'ensemble des facteurs clés dans le milieu de travail, des résultats individuels et des résultats de l'organisme. Les organismes peuvent ensuite utiliser les constatations qui en découlent pour cerner leurs points forts et les lacunes présentes dans les milieux de travail, faire participer des partenaires aux discussions entourant des possibilités d'amélioration, planifier les interventions appropriées pour améliorer la qualité de vie au travail et comprendre plus clairement comment la qualité a une influence sur la capacité de l'organisme à atteindre ses buts stratégiques.

Sommaire des résultats

Nombre de répondants au sondage : 6670 répondants

Comment évalueriez-vous votre environnement de travail?	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	Mesures à prendre
	Organisation	Organisation	Organisation	
1 Je suis satisfait des communications dans cet organisme.	23	24	53	⚠
2 Je suis satisfait des communications dans mon secteur de travail.	20	19	61	⚠
3 Je suis satisfait de mon superviseur.	11	18	71	⚠
4 Je suis satisfait du contrôle que j'exerce sur mes activités au travail.	15	17	69	⚠
5 Il est clair pour moi ce qu'on attend de moi au travail.	6	9	84	
6 Je suis satisfait de ma participation aux processus de prise de décisions dans cet organisme.	25	28	47	✖
7 J'ai suffisamment de temps pour faire mon travail adéquatement.	27	19	54	⚠
8 J'ai le sentiment que je peux faire confiance à cet organisme.	19	33	49	✖
9 L'organisme appuie mon apprentissage et mon perfectionnement.	18	22	60	⚠
10 Mon environnement de travail est sécuritaire.	13	17	70	⚠
11 Mon emploi me permet d'atteindre un équilibre entre mon travail et ma vie personnelle et familiale.	13	18	70	⚠

Rapport d'agrément

Résultats individuels	% N'étaient pas stressantes	% Étaient un peu stressantes	% Étaient assez stressantes	Mesures à prendre
	Organisation	Organisation	Organisation	
12 Au cours des 12 derniers mois, diriez-vous que la plupart des journées au travail...	20	49	31	
	% Très bonne/ Excellente	% Bonne	% Mauvaise ou très mauvaise	Mesures à prendre
	Organisation	Organisation	Organisation	
13 En général, diriez-vous que votre santé est...	55	38	7	
14 En général, diriez-vous que votre santé mentale est...	57	35	8	
15 En général, diriez-vous que de votre santé physique est...	50	40	10	
	% Très satisfait	% Pas trop satisfait	% Pas du tout satisfait	Mesures à prendre
	Organisation	Organisation	Organisation	
16 Quel est votre niveau de satisfaction face au travail?	91	8	2	
	% < 10	% 10 - 15	% > 15	Mesures à prendre
	Organisation	Organisation	Organisation	
17 Au cours des 12 derniers mois, combien de journées vous êtes-vous absenté du travail à cause de problèmes de santé personnels ou d'une blessure? (Chaque journée complète ou partielle d'absence équivalait à une journée.)	84	8	8	
18 Au cours des 12 derniers mois, pendant combien de jour avez-vous travaillé même si vous étiez malade ou blessé parce que vous aviez le sentiment que vous le deviez (Chaque journée complète ou partielle d'absence équivalait à une journée.)	87	8	5	

	% Jamais ou rarement	% Parfois	% Souvent ou toujours	Mesures à prendre
	Organisation	Organisation	Organisation	
19 À quelle fréquence avez-vous le sentiment que vous pouvez offrir la meilleure qualité de travail possible?	3	20	77	
	% Pas d'accord	% Neutre	% D'accord	Mesures à prendre
	Organisation	Organisation	Organisation	
20 En général, je suis satisfait de l'organisme.	14	28	57	
21 Les conditions de travail dans mon secteur contribuent à la sécurité des patients.	11	21	68	

Résultats découlant des indicateurs

Les indicateurs permettent de recueillir des données relatives à des aspects importants de la sécurité des patients et de la qualité des soins. Les tableaux qui se trouvent dans cette section font état des données découlant des indicateurs qui ont été soumises par l'organisme.

Bilan comparatif des médicaments à l'admission

Les points de transition du continuum de soins sont particulièrement sujets aux risques, et la communication de l'information relative aux médicaments a été cernée comme l'une des priorités pour améliorer la sécurité de la prestation des services de santé. Cette mesure de rendement fournira un guide pratique aux organismes au fur et à mesure que l'établissement d'un bilan comparatif des médicaments se répandra dans l'ensemble de l'organisme.

Bilan comparatif des médicaments à l'admission				
Signal d'alerte	Emplacement	Nom de l'équipe (section de normes)	Dates (jour/mois/année)	% de personnes admises pour lesquelles un bilan comparatif des médicaments est établi
JAUNE	Zone 1 - Extra Mural Program Driscoll Unit	Home Care (Soins et services à domicile)	01-07-2010 30-09-2010	79
ROUGE	Zone 1 - Extra Mural Program Driscoll Unit	Home Care (Soins et services à domicile)	01-10-2011 31-12-2011	60
JAUNE	Zone 1 - Sackville Memorial Hospital	Medicine Services (Services de médecine)	01-01-2010 31-03-2010	81
ROUGE	Zone 1 - Sackville Memorial Hospital	Medicine Services (Services de médecine)	01-04-2010 30-06-2010	70
ROUGE	Zone 1 - Sackville Memorial Hospital	Medicine Services (Services de médecine)	01-07-2010 30-09-2010	66
JAUNE	Zone 1 - Sackville Memorial Hospital	Medicine Services (Services de médecine)	01-10-2010 31-12-2010	88
VERT	Zone 1 - The Moncton Hospital	Emergency Department Services (Services des urgences)	01-01-2010 31-03-2010	100
VERT	Zone 1 - The Moncton Hospital	Emergency Department Services (Services des urgences)	01-04-2010 30-06-2010	100

Bilan comparatif des médicaments à l'admission				
Signal d'alerte	Emplacement	Nom de l'équipe (section de normes)	Dates (jour/mois/année)	% de personnes admises pour lesquelles un bilan comparatif des médicaments est établi
VERT	Zone 1 - The Moncton Hospital	Emergency Department Services (Services des urgences)	01-07-2010 30-09-2010	100
VERT	Zone 1 - The Moncton Hospital	Emergency Department Services (Services des urgences)	01-10-2010 31-12-2010	100
ROUGE	Zone 1 - The Moncton Hospital	Mental Health Services (Services de santé mentale)	01-01-2010 31-03-2010	36
ROUGE	Zone 1 - The Moncton Hospital	Mental Health Services (Services de santé mentale)	01-04-2010 30-06-2010	63
VERT	Zone 1 - The Moncton Hospital	Mental Health Services (Services de santé mentale)	01-07-2010 30-09-2010	92
VERT	Zone 1 - The Moncton Hospital	Mental Health Services (Services de santé mentale)	01-10-2010 31-12-2010	97
VERT	Zone 2 - Centracare - Saint John	Long Term Care Services (Services de soins de longue durée)	01-01-2010 31-03-2010	100
VERT	Zone 2 - Centracare - Saint John	Mental Health Services (Services de santé mentale)	01-01-2010 31-03-2010	100
VERT	Zone 2 - Centracare - Saint John	Mental Health Services (Services de santé mentale)	01-04-2010 30-06-2010	100
VERT	Zone 2 - Centracare - Saint John	Mental Health Services (Services de santé mentale)	01-10-2011 31-12-2011	100

Bilan comparatif des médicaments à l'admission				
Signal d'alerte	Emplacement	Nom de l'équipe (section de normes)	Dates (jour/mois/année)	% de personnes admises pour lesquelles un bilan comparatif des médicaments est établi
JAUNE	Zone 2 - Charlotte County Hospital	Emergency Department Services (Services des urgences)	01-01-2010 31-03-2010	88
VERT	Zone 2 - Charlotte County Hospital	Emergency Department Services (Services des urgences)	01-04-2010 30-06-2010	99
VERT	Zone 2 - Charlotte County Hospital	Emergency Department Services (Services des urgences)	01-07-2010 30-09-2010	98
VERT	Zone 2 - Charlotte County Hospital	Emergency Department Services (Services des urgences)	01-10-2010 31-12-2010	97
ROUGE	Zone 2 - Charlotte County Hospital	Medicine Services (Services de médecine)	01-01-2010 31-03-2010	68
JAUNE	Zone 2 - Charlotte County Hospital	Medicine Services (Services de médecine)	01-04-2010 30-06-2010	80
JAUNE	Zone 2 - Charlotte County Hospital	Medicine Services (Services de médecine)	01-07-2010 30-09-2010	77
VERT	Zone 2 - Charlotte County Hospital	Medicine Services (Services de médecine)	01-10-2010 31-12-2010	98
VERT	Zone 2 - Ridgewood Veteran's Wing - Saint John	Long Term Care Services (Services de soins de longue durée)	01-01-2010 31-03-2010	100
VERT	Zone 2 - Ridgewood Veteran's Wing - Saint John	Long Term Care Services (Services de soins de longue durée)	01-04-2010 30-06-2010	100
VERT	Zone 2 - Ridgewood Veteran's Wing - Saint John	Long Term Care Services (Services de soins de longue durée)	01-07-2010 30-09-2010	100

Bilan comparatif des médicaments à l'admission				
Signal d'alerte	Emplacement	Nom de l'équipe (section de normes)	Dates (jour/mois/année)	% de personnes admises pour lesquelles un bilan comparatif des médicaments est établi
VERT	Zone 2 - Ridgewood Veteran's Wing - Saint John	Long Term Care Services (Services de soins de longue durée)	01-10-2010 31-12-2010	100
VERT	Zone 2 - Saint John Regional Hospital	Medicine Services (Services de médecine)	01-04-2010 30-06-2010	92
JAUNE	Zone 2 - St. Joseph's Hospital	Long Term Care Services (Services de soins de longue durée)	01-01-2010 31-03-2010	89
VERT	Zone 2 - St. Joseph's Hospital	Long Term Care Services (Services de soins de longue durée)	01-04-2010 30-06-2010	100
VERT	Zone 2 - St. Joseph's Hospital	Long Term Care Services (Services de soins de longue durée)	01-07-2010 30-09-2010	100
VERT	Zone 2 - St. Joseph's Hospital	Long Term Care Services (Services de soins de longue durée)	01-10-2010 31-12-2010	100
VERT	Zone 2 - St. Joseph's Hospital	Medicine Services (Services de médecine)	01-01-2010 31-03-2010	97
VERT	Zone 2 - St. Joseph's Hospital	Medicine Services (Services de médecine)	01-04-2010 30-06-2010	100
VERT	Zone 2 - St. Joseph's Hospital	Medicine Services (Services de médecine)	01-07-2010 30-09-2010	100
VERT	Zone 2 - St. Joseph's Hospital	Medicine Services (Services de médecine)	01-10-2010 31-12-2010	100
VERT	Zone 2 - Sussex Health Centre	Medicine Services (Services de médecine)	01-01-2010 31-03-2010	100
ROUGE	Zone 2 - Sussex Health Centre	Medicine Services (Services de médecine)	01-04-2010 30-06-2010	70

Bilan comparatif des médicaments à l'admission				
Signal d'alerte	Emplacement	Nom de l'équipe (section de normes)	Dates (jour/mois/année)	% de personnes admises pour lesquelles un bilan comparatif des médicaments est établi
VERT	Zone 2 - Sussex Health Centre	Medicine Services (Services de médecine)	01-07-2010 30-09-2010	97
VERT	Zone 2 - Sussex Health Centre	Medicine Services (Services de médecine)	01-10-2010 31-12-2010	97
ROUGE	Zone 7 - Miramichi Regional Hospital	Medicine Services (Services de médecine)	01-04-2010 30-06-2010	74
ROUGE	Zone 7 - Miramichi Regional Hospital	Medicine Services (Services de médecine)	01-07-2010 30-09-2010	75
JAUNE	Zone 7 - Miramichi Regional Hospital	Medicine Services (Services de médecine)	01-10-2011 31-12-2011	80
ROUGE	Zone 7 - Miramichi Regional Hospital	Surgical Care Services (Services de chirurgie)	01-04-2010 30-06-2010	55
ROUGE	Zone 7 - Miramichi Regional Hospital	Surgical Care Services (Services de chirurgie)	01-07-2010 30-09-2010	63
ROUGE	Zone 7 - Miramichi Regional Hospital	Surgical Care Services (Services de chirurgie)	01-10-2010 31-12-2010	71

Seuil pour les signaux d'alerte

ROUGE : < 75/100

JAUNE : >= 75/100 ET < 90/100

VERT : >= 90/100

Taux d'infection des champs opératoires

Une infection postopératoire constitue une mesure de résultat clé qui peut refléter différents types d'interventions.

Les seuils pour cet indicateur sont en voie d'élaboration. Les mesures du rendement seront fournies lorsque les seuils auront été établis.

Taux d'infection des champs opératoires : taux d'infections postopératoires - Chirurgie cardiaque				
Signal d'alerte	Emplacement	Nom de l'équipe (section de normes)	Dates (jour/mois/année)	% patients hospitalisés ayant une infection de plaie chirurgicale
	Zone 2 - Saint John Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-01-2010 31-03-2010	2
	Zone 2 - Saint John Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-04-2010 30-06-2010	1
	Zone 2 - Saint John Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-07-2010 30-09-2010	1,1
	Zone 2 - Saint John Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-10-2010 31-12-2010	2,1

Les seuils pour cet indicateur sont en voie d'élaboration. Les mesures du rendement seront fournies lorsque les seuils auront été établis.

Taux d'infection des champs opératoires : taux d'infections postopératoires - Chirurgie colorectale				
Signal d'alerte	Emplacement	Nom de l'équipe (section de normes)	Dates (jour/mois/année)	% patients hospitalisés ayant une infection de plaie chirurgicale
	Zone 3 - Dr. Everett Chalmers Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-04-2010 30-06-2010	8,6
	Zone 3 - Hotel-Dieu of St. Joseph	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-04-2010 30-06-2010	0
	Zone 3 - Upper River Valley Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-01-2010 31-03-2010	0

Rapport d'agrément

Les seuils pour cet indicateur sont en voie d'élaboration. Les mesures du rendement seront fournies lorsque les seuils auront été établis.

Taux d'infection des champs opératoires : taux d'infections postopératoires - Chirurgie colorectale				
Signal d'alerte	Emplacement	Nom de l'équipe (section de normes)	Dates (jour/mois/année)	% patients hospitalisés ayant une infection de plaie chirurgicale
	Zone 3 - Upper River Valley Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-04-2010 30-06-2010	0
	Zone 7 - Miramichi Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-01-2010 31-03-2010	20
	Zone 7 - Miramichi Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-04-2010 30-06-2010	29
	Zone 7 - Miramichi Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-07-2010 30-09-2010	0
	Zone 7 - Miramichi Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-10-2010 31-12-2010	0

Les seuils pour cet indicateur sont en voie d'élaboration. Les mesures du rendement seront fournies lorsque les seuils auront été établis.

Taux d'infection des champs opératoires : taux d'infections postopératoires - Hystérectomie				
Signal d'alerte	Emplacement	Nom de l'équipe (section de normes)	Dates (jour/mois/année)	% patients hospitalisés ayant une infection de plaie chirurgicale
	Zone 7 - Miramichi Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-01-2010 31-03-2010	0
	Zone 7 - Miramichi Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-04-2010 30-06-2010	0
	Zone 7 - Miramichi Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-07-2010 30-09-2010	0

Les seuils pour cet indicateur sont en voie d'élaboration. Les mesures du rendement seront fournies lorsque les seuils auront été établis.

Taux d'infection des champs opératoires : taux d'infections postopératoires - Hystérectomie				
Signal d'alerte	Emplacement	Nom de l'équipe (section de normes)	Dates (jour/mois/année)	% patients hospitalisés ayant une infection de plaie chirurgicale
	Zone 7 - Miramichi Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-10-2010 31-12-2010	14

Les seuils pour cet indicateur sont en voie d'élaboration. Les mesures du rendement seront fournies lorsque les seuils auront été établis.

Taux d'infection des champs opératoires : taux d'infections postopératoires - Césarienne				
Signal d'alerte	Emplacement	Nom de l'équipe (section de normes)	Dates (jour/mois/année)	% patients hospitalisés ayant une infection de plaie chirurgicale
	Zone 1 - The Moncton Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-01-2010 31-03-2010	3
	Zone 1 - The Moncton Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-04-2010 30-06-2010	3,2
	Zone 1 - The Moncton Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-07-2010 30-09-2010	1
	Zone 1 - The Moncton Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-10-2010 31-12-2010	0,93
	Zone 3 - Dr. Everett Chalmers Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-01-2010 31-03-2010	7,4
	Zone 3 - Dr. Everett Chalmers Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-04-2010 30-06-2010	0
	Zone 3 - Hotel-Dieu of St. Joseph	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-01-2010 31-03-2010	0

Rapport d'agrément

Les seuils pour cet indicateur sont en voie d'élaboration. Les mesures du rendement seront fournies lorsque les seuils auront été établis.

Taux d'infection des champs opératoires : taux d'infections postopératoires - Césarienne				
Signal d'alerte	Emplacement	Nom de l'équipe (section de normes)	Dates (jour/mois/année)	% patients hospitalisés ayant une infection de plaie chirurgicale
	Zone 3 - Hotel-Dieu of St. Joseph	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-04-2010 30-06-2010	0
	Zone 3 - Upper River Valley Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-01-2010 31-03-2010	20
	Zone 3 - Upper River Valley Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-04-2010 30-06-2010	0

Les seuils pour cet indicateur sont en voie d'élaboration. Les mesures du rendement seront fournies lorsque les seuils auront été établis.

Taux d'infection des champs opératoires : taux d'infections postopératoires - Arthroplastie totale				
Signal d'alerte	Emplacement	Nom de l'équipe (section de normes)	Dates (jour/mois/année)	% patients hospitalisés ayant une infection de plaie chirurgicale
	Zone 3 - Dr. Everett Chalmers Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-01-2010 31-03-2010	3
	Zone 3 - Dr. Everett Chalmers Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-04-2010 30-06-2010	0,58
	Zone 7 - Miramichi Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-01-2010 31-03-2010	0
	Zone 7 - Miramichi Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-04-2010 30-06-2010	0
	Zone 7 - Miramichi Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-07-2010 30-09-2010	0

Les seuils pour cet indicateur sont en voie d'élaboration. Les mesures du rendement seront fournies lorsque les seuils auront été établis.

Taux d'infection des champs opératoires : taux d'infections postopératoires - Arthroplastie totale				
Signal d'alerte	Emplacement	Nom de l'équipe (section de normes)	Dates (jour/mois/année)	% patients hospitalisés ayant une infection de plaie chirurgicale
	Zone 7 - Miramichi Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-10-2010 31-12-2010	0

Les seuils pour cet indicateur sont en voie d'élaboration. Les mesures du rendement seront fournies lorsque les seuils auront été établis.

Taux d'infection des champs opératoires : taux d'infections postopératoires - Chirurgie vertébrale				
Signal d'alerte	Emplacement	Nom de l'équipe (section de normes)	Dates (jour/mois/année)	% patients hospitalisés ayant une infection de plaie chirurgicale
	Zone 1 - The Moncton Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-01-2010 31-03-2010	3,8
	Zone 1 - The Moncton Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-04-2010 30-06-2010	1,2
	Zone 1 - The Moncton Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-07-2010 30-09-2010	0
	Zone 1 - The Moncton Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-10-2010 31-12-2010	0,97
	Zone 2 - Saint John Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-01-2010 31-03-2010	2
	Zone 2 - Saint John Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-04-2010 30-06-2010	6
	Zone 2 - Saint John Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-07-2010 30-09-2010	0

Rapport d'agrément

Les seuils pour cet indicateur sont en voie d'élaboration. Les mesures du rendement seront fournies lorsque les seuils auront été établis.

Taux d'infection des champs opératoires : taux d'infections postopératoires - Chirurgie vertébrale				
Signal d'alerte	Emplacement	Nom de l'équipe (section de normes)	Dates (jour/mois/année)	% patients hospitalisés ayant une infection de plaie chirurgicale
	Zone 2 - Saint John Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-10-2010 31-12-2010	0

Taux d'infection des champs opératoires

L'administration en temps opportun d'un antibiotique prophylactique est un processus universel qui s'applique à plusieurs interventions chirurgicales et dont les bienfaits sont largement reconnus pour réduire les infections postopératoires dans le cas d'interventions prédéterminées à risque élevé.

Taux d'infection des champs opératoires : antibiotiques prophylactiques - chirurgie cardiaque				
Signal d'alerte	Emplacement	Nom de l'équipe (section de normes)	Dates (jour/mois/année)	% patients qui ont reçu un antibiotique prophylactique en temps opportun avant l'opération
JAUNE	Zone 2 - Saint John Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-01-2010 31-03-2010	84
VERT	Zone 2 - Saint John Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-04-2010 30-06-2010	93
VERT	Zone 2 - Saint John Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-07-2010 30-09-2010	94
ROUGE	Zone 2 - Saint John Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-10-2010 31-12-2010	66
VERT	Zone 2 - Saint John Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-01-2011 31-03-2011	91

Seuil pour les signaux d'alerte

ROUGE : < 80/100
 JAUNE : >= 80/100 ET < 90/100
 VERT : >= 90/100

Taux d'infection des champs opératoires : antibiotiques prophylactiques - chirurgie colorectale				
Signal d'alerte	Emplacement	Nom de l'équipe (section de normes)	Dates (jour/mois/année)	% patients qui ont reçu un antibiotique prophylactique en temps opportun avant l'opération
ROUGE	Zone 3 - Dr. Everett Chalmers Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-01-2010 31-03-2010	62

Taux d'infection des champs opératoires : antibiotiques prophylactiques - chirurgie colorectale				
Signal d'alerte	Emplacement	Nom de l'équipe (section de normes)	Dates (jour/mois/année)	% patients qui ont reçu un antibiotique prophylactique en temps opportun avant l'opération
VERT	Zone 7 - Miramichi Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-01-2010 31-03-2010	100
ROUGE	Zone 7 - Miramichi Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-04-2010 30-06-2010	71
ROUGE	Zone 7 - Miramichi Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-07-2010 30-09-2010	50
JAUNE	Zone 7 - Miramichi Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-10-2010 31-12-2010	85

Seuil pour les signaux d'alerte

ROUGE : < 80/100

JAUNE : >= 80/100 ET < 90/100

VERT : >= 90/100

Taux d'infection des champs opératoires : antibiotiques prophylactiques - hystérectomie				
Signal d'alerte	Emplacement	Nom de l'équipe (section de normes)	Dates (jour/mois/année)	% patients qui ont reçu un antibiotique prophylactique en temps opportun avant l'opération
VERT	Zone 1 - The Moncton Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-04-2010 30-06-2010	96
ROUGE	Zone 1 - The Moncton Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-07-2010 30-09-2010	76
VERT	Zone 1 - The Moncton Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-10-2010 31-12-2010	94

Taux d'infection des champs opératoires : antibiotiques prophylactiques - hystérectomie				
Signal d'alerte	Emplacement	Nom de l'équipe (section de normes)	Dates (jour/mois/année)	% patients qui ont reçu un antibiotique prophylactique en temps opportun avant l'opération
JAUNE	Zone 7 - Miramichi Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-01-2010 31-03-2010	86
VERT	Zone 7 - Miramichi Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-04-2010 30-06-2010	93
VERT	Zone 7 - Miramichi Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-07-2010 30-09-2010	100
VERT	Zone 7 - Miramichi Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-10-2010 31-12-2010	100

Seuil pour les signaux d'alerte

ROUGE : < 80/100
 JAUNE : >= 80/100 ET < 90/100
 VERT : >= 90/100

Taux d'infection des champs opératoires : antibiotiques prophylactiques - arthroplastie totale				
Signal d'alerte	Emplacement	Nom de l'équipe (section de normes)	Dates (jour/mois/année)	% patients qui ont reçu un antibiotique prophylactique en temps opportun avant l'opération
VERT	Zone 1 - The Moncton Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-04-2010 30-06-2010	91
VERT	Zone 1 - The Moncton Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-07-2010 30-09-2010	100
JAUNE	Zone 1 - The Moncton Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-10-2010 31-12-2010	84

Taux d'infection des champs opératoires : antibiotiques prophylactiques - arthroplastie totale				
Signal d'alerte	Emplacement	Nom de l'équipe (section de normes)	Dates (jour/mois/année)	% patients qui ont reçu un antibiotique prophylactique en temps opportun avant l'opération
VERT	Zone 7 - Miramichi Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-01-2010 31-03-2010	100
JAUNE	Zone 7 - Miramichi Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-04-2010 30-06-2010	88
VERT	Zone 7 - Miramichi Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-07-2010 30-09-2010	100
ROUGE	Zone 7 - Miramichi Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-10-2010 31-12-2010	73

Seuil pour les signaux d'alerte

ROUGE : < 80/100

JAUNE : >= 80/100 ET < 90/100

VERT : >= 90/100

Infections nosocomiales

Les infections nosocomiales au C. difficile et au SARM constituent un risque important pour les personnes qui reçoivent des soins en plus d'hypothéquer considérablement les ressources des organismes et du système de santé. L'évaluation des mesures de rendement relatives à la prévention des infections a aussi l'avantage d'informer le personnel et de façonner son opinion au sujet de la sécurité des patients. Les preuves démontrent que plus le personnel est au courant des taux liés à la prévention des infections et des données probantes sur la prévention des infections, plus les comportements changent en vue de réduire les risques perçus.

Infections nosocomiales SARM et C. difficile - Infection au C. difficile				
Signal d'alerte	Emplacement	Nom de l'équipe (section de normes)	Dates (jour/mois/année)	# de cas d'infections / 10 000 jours-patients
VERT	Zone 1 - Sackville Memorial Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-01-2010 31-03-2010	14
VERT	Zone 1 - Sackville Memorial Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-04-2010 30-06-2010	0
VERT	Zone 1 - Sackville Memorial Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-07-2010 30-09-2010	6,2
VERT	Zone 1 - Sackville Memorial Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-10-2010 31-12-2010	0
VERT	Zone 1 - The Moncton Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-01-2010 31-03-2010	3,8
VERT	Zone 1 - The Moncton Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-04-2010 30-06-2010	1,2
VERT	Zone 1 - The Moncton Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-07-2010 30-09-2010	1,4
VERT	Zone 1 - The Moncton Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-10-2010 31-12-2010	0,29
VERT	Zone 2 - Charlotte County Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-01-2010 31-03-2010	0

Rapport d'agrément

Infections nosocomiales SARM et C. difficile - Infection au C. difficile				
Signal d'alerte	Emplacement	Nom de l'équipe (section de normes)	Dates (jour/mois/année)	# de cas d'infections / 10 000 jours-patients
VERT	Zone 2 - Charlotte County Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-04-2010 30-06-2010	0
VERT	Zone 2 - Charlotte County Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-07-2010 30-09-2010	0
VERT	Zone 2 - Charlotte County Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-10-2010 31-12-2010	0
VERT	Zone 2 - Charlotte County Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-01-2011 31-03-2011	0
VERT	Zone 2 - Grand Manan Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-01-2010 31-03-2010	0
VERT	Zone 2 - Grand Manan Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-04-2010 30-06-2010	0
VERT	Zone 2 - Grand Manan Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-07-2010 30-09-2010	0
VERT	Zone 2 - Grand Manan Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-10-2010 31-12-2010	0
VERT	Zone 2 - Grand Manan Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-01-2011 31-03-2011	0
VERT	Zone 2 - Ridgewood Veteran's Wing - Saint John	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-01-2010 31-03-2010	0
VERT	Zone 2 - Saint John Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-01-2010 31-03-2010	1,5

Infections nosocomiales SARM et C. difficile - Infection au C. difficile				
Signal d'alerte	Emplacement	Nom de l'équipe (section de normes)	Dates (jour/mois/année)	# de cas d'infections / 10 000 jours-patients
VERT	Zone 2 - Saint John Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-04-2010 30-06-2010	2,3
VERT	Zone 2 - Saint John Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-07-2010 30-09-2010	2,5
VERT	Zone 2 - Saint John Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-10-2010 31-12-2010	0,99
VERT	Zone 2 - Saint John Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-01-2011 31-03-2011	1,9
VERT	Zone 2 - St. Joseph's Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-01-2010 31-03-2010	0
VERT	Zone 2 - Sussex Health Centre	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-01-2010 31-03-2010	0
VERT	Zone 2 - Sussex Health Centre	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-04-2010 30-06-2010	0
VERT	Zone 2 - Sussex Health Centre	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-07-2010 30-09-2010	0
VERT	Zone 2 - Sussex Health Centre	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-10-2010 31-12-2010	0
VERT	Zone 2 - Sussex Health Centre	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-01-2011 31-03-2011	0
VERT	Zone 3 - Dr. Everett Chalmers Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-01-2010 31-03-2010	0,68

Rapport d'agrément

Infections nosocomiales SARM et C. difficile - Infection au C. difficile				
Signal d'alerte	Emplacement	Nom de l'équipe (section de normes)	Dates (jour/mois/année)	# de cas d'infections / 10 000 jours-patients
VERT	Zone 3 - Dr. Everett Chalmers Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-04-2010 30-06-2010	3,4
VERT	Zone 3 - Hotel-Dieu of St. Joseph	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-01-2010 31-03-2010	0
VERT	Zone 3 - Hotel-Dieu of St. Joseph	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-04-2010 30-06-2010	0
VERT	Zone 3 - Oromocto Public Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-01-2010 31-03-2010	0
VERT	Zone 3 - Upper River Valley Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-01-2010 31-03-2010	0
VERT	Zone 3 - Upper River Valley Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-04-2010 30-06-2010	3
VERT	Zone 7 - Miramichi Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-01-2010 31-03-2010	2,9
VERT	Zone 7 - Miramichi Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-04-2010 30-06-2010	1,5
VERT	Zone 7 - Miramichi Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-07-2010 30-09-2010	2,9
VERT	Zone 7 - Miramichi Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-10-2010 31-12-2010	3,5

Seuil pour les signaux d'alerte

ROUGE : > 80/10 000

JAUNE : <= 80/10 000 ET > 60/10 000

VERT : <= 60/10 000

Infections nosocomiales SARM et C. difficile - SARM				
Signal d'alerte	Emplacement	Nom de l'équipe (section de normes)	Dates (jour/mois/année)	# de cas d'infections + colonisation / 10 000 jours-patients
VERT	Zone 1 - Sackville Memorial Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-01-2010 31-03-2010	7
VERT	Zone 1 - Sackville Memorial Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-04-2010 30-06-2010	15
VERT	Zone 1 - Sackville Memorial Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-07-2010 30-09-2010	0
VERT	Zone 1 - Sackville Memorial Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-10-2010 31-12-2010	0
VERT	Zone 1 - The Moncton Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-01-2010 31-03-2010	2
VERT	Zone 1 - The Moncton Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-04-2010 30-06-2010	2,4
VERT	Zone 1 - The Moncton Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-07-2010 30-09-2010	3,8
VERT	Zone 1 - The Moncton Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-10-2010 31-12-2010	1,7
VERT	Zone 2 - Charlotte County Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-01-2010 31-03-2010	9
VERT	Zone 2 - Charlotte County Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-04-2010 30-06-2010	20
VERT	Zone 2 - Charlotte County Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-07-2010 30-09-2010	21

Infections nosocomiales SARM et C. difficile - SARM				
Signal d'alerte	Emplacement	Nom de l'équipe (section de normes)	Dates (jour/mois/année)	# de cas d'infections + colonisation / 10 000 jours-patients
VERT	Zone 2 - Charlotte County Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-10-2010 31-12-2010	5,4
VERT	Zone 2 - Charlotte County Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-01-2011 31-03-2011	14
VERT	Zone 2 - Grand Manan Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-01-2010 31-03-2010	0
VERT	Zone 2 - Grand Manan Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-04-2010 30-06-2010	21
VERT	Zone 2 - Grand Manan Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-07-2010 30-09-2010	0
VERT	Zone 2 - Grand Manan Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-10-2010 31-12-2010	0
VERT	Zone 2 - Grand Manan Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-01-2011 31-03-2011	0
VERT	Zone 2 - Saint John Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-01-2010 31-03-2010	5,9
VERT	Zone 2 - Saint John Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-04-2010 30-06-2010	5,6
VERT	Zone 2 - Saint John Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-07-2010 30-09-2010	4,9
VERT	Zone 2 - Saint John Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-10-2010 31-12-2010	4,3

Infections nosocomiales SARM et C. difficile - SARM				
Signal d'alerte	Emplacement	Nom de l'équipe (section de normes)	Dates (jour/mois/année)	# de cas d'infections + colonisation / 10 000 jours-patients
VERT	Zone 2 - Saint John Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-01-2011 31-03-2011	5
VERT	Zone 2 - Sussex Health Centre	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-01-2010 31-03-2010	0
VERT	Zone 2 - Sussex Health Centre	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-04-2010 30-06-2010	0
VERT	Zone 2 - Sussex Health Centre	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-07-2010 30-09-2010	14
VERT	Zone 2 - Sussex Health Centre	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-10-2010 31-12-2010	0
VERT	Zone 2 - Sussex Health Centre	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-01-2011 31-03-2011	0
VERT	Zone 3 - Dr. Everett Chalmers Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-01-2010 31-03-2010	3,6
VERT	Zone 3 - Dr. Everett Chalmers Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-04-2010 30-06-2010	2,2
VERT	Zone 3 - Hotel-Dieu of St. Joseph	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-01-2010 31-03-2010	0
VERT	Zone 3 - Hotel-Dieu of St. Joseph	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-04-2010 30-06-2010	0
VERT	Zone 3 - Oromocto Public Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-01-2010 31-03-2010	5,2

Infections nosocomiales SARM et C. difficile - SARM				
Signal d'alerte	Emplacement	Nom de l'équipe (section de normes)	Dates (jour/mois/année)	# de cas d'infections + colonisation / 10 000 jours-patients
VERT	Zone 3 - Upper River Valley Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-01-2010 31-03-2010	6,4
VERT	Zone 3 - Upper River Valley Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-04-2010 30-06-2010	1,5
VERT	Zone 7 - Miramichi Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-01-2010 31-03-2010	0
VERT	Zone 7 - Miramichi Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-04-2010 30-06-2010	0,74
VERT	Zone 7 - Miramichi Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-07-2010 30-09-2010	0
VERT	Zone 7 - Miramichi Regional Hospital	Infection Prevention & Control (Prévention des infections)	01-10-2010 31-12-2010	0

Seuil pour les signaux d'alerte

ROUGE : > 80/10 000

JAUNE : <= 80/10 000 ET > 60/10 000

VERT : <= 60/10 000

Prochaines étapes

Vous trouverez ci-dessous une liste d'éléments que vous devez revoir dans les jours à venir et les prochains mois.

- Vous devez soumettre vos rapports trimestriels sur les indicateurs le 31 mai de chaque année. Si vous avez des questions à ce sujet, veuillez communiquer avec votre spécialiste en agrément.

Annexe A - Directives relatives à la détermination du type d'agrément

L'amélioration de la qualité demeure un principe clé du programme Qmentum d'Agrément Canada. Les normes d'Agrément Canada évaluent la qualité des services offerts par un organisme et sont axées sur les huit dimensions suivantes de la qualité :

1. Accent sur la population
2. Accessibilité
3. Sécurité
4. Milieu de travail
5. Services centrés sur le patient
6. Continuité des services
7. Efficacité
8. Efficience

Chaque critère associé à la norme est lié à une dimension de la qualité. Les organismes qui participent au programme Qmentum d'Agrément Canada sont admissibles à divers types d'agrément, soit l'agrément, l'agrément conditionnel (rapport, visite supplémentaire ou les deux) et le refus d'agrément.

Dans le cadre du programme d'agrément Qmentum, les critères auxquels Agrément Canada accorde une priorité élevée et les pratiques organisationnelles requises (POR) constituent deux des principaux facteurs dont il faut tenir compte pour déterminer le type d'agrément approprié.

Critères auxquels Agrément Canada accorde une priorité élevée

Agrément Canada identifie les critères de priorité élevée en fonction de leur lien avec plusieurs secteurs clés, soit :

- l'amélioration de la qualité;
- la sécurité;
- les risques;
- l'éthique.

Pratiques organisationnelles requises (POR)

Une pratique organisationnelle requise se définit comme une pratique essentielle qui doit être en place dans les organismes pour améliorer la sécurité des patients et clients et pour minimiser le risque. Il s'agit d'une exigence précise pour les organismes de soins de santé qui poursuivent une démarche d'agrément.

En tenant compte des éléments susmentionnés, les trois types d'agrément suivants sont décernés dans le cadre du programme Qmentum 2010.

Option 1 : Agrément

Un organisme est admissible à l'agrément (avec visite régulière dans trois ans) s'il répond à tous les critères qui suivent :

- (a) par section de normes, 90 % ou plus des critères auxquels on accorde une priorité élevée sont respectés;
- (b) conformité à toutes les pratiques organisationnelles requises;
- (c) conformité dans la collecte de toutes les mesures du rendement.

Si l'organisme est un CSSS qui participe au programme conjoint du Conseil québécois d'agrément (CQA) et d'Agrément Canada, les critères supplémentaires suivants sont requis, ceux-ci étant des indicateurs spécifiques du CQA liés au service à la clientèle et au milieu de travail :

- (d) conformité à $\geq 66,6$ % des indicateurs de la satisfaction des clients ; ET
- (e) conformité à $\geq 66,6$ % des indicateurs liés à la mobilisation du personnel.

Option 2 : Agrément conditionnel avec suivi sous forme de rapport ou de visite supplémentaire

Un organisme se verra accorder l'agrément conditionnel avec suivi sous forme de rapport ou de visite supplémentaire s'il respecte l'un des critères suivants :

- (a) plus de 10 % et moins de 30 % des critères auxquels on accorde une priorité élevée ne sont pas respectés pour chaque section de normes;

OU

- (b) non-conformité à l'une des pratiques organisationnelles requises (POR);

OU

- (c) non-conformité dans la collecte de l'une des mesures du rendement;

Si l'organisme est un CSSS qui participe au programme conjoint du CQA et d'Agrément Canada, le critère supplémentaire suivant s'applique :

- (d) conformité à moins de 66,6 % des indicateurs liés à la satisfaction des clients; OU
- (e) conformité à moins de 66,6 % des indicateurs liés à la mobilisation du personnel.

La condition, c'est-à-dire la présentation d'un rapport ou la tenue d'une visite supplémentaire, ainsi que le délai, soit de 6 à 12 mois, sont basés sur la nature des recommandations. Si l'organisme est un CSSS et que sa conformité aux indicateurs liés à la satisfaction des clients OU aux indicateurs liés à la mobilisation du personnel est de moins de 66,6 %, ce même organisme devra recommencer le processus lié au sondage dans les 18 mois suivant la plus récente visite, et ce, comme condition au maintien du statut d'organisme agréé.

Le maintien du statut d'organisme agréé est conditionnel à la présentation d'un rapport de suivi. Si un rapport satisfaisant n'est pas présenté dans les délais prescrits, Agrément Canada pourra accorder une prolongation unique de six mois à l'organisme selon les commentaires des visiteurs, les preuves soumises pour démontrer que des progrès ont été réalisés et l'intention de l'organisme de répondre aux conditions. À défaut de répondre à ces exigences dans le délai accordé avec la prolongation, l'organisme se verra retirer son statut d'organisme agréé, et ce, à la discrétion d'Agrément Canada.

Dans le cas des organismes dont la visite supplémentaire ne se solde pas par un succès à l'intérieur du délai prescrit, Agrément Canada pourra accorder une prolongation unique de six mois à l'organisme selon les commentaires des visiteurs, les preuves soumises pour démontrer que des progrès ont été réalisés et l'intention de l'organisme de répondre aux conditions. À défaut de répondre à ces exigences dans le délai accordé avec la prolongation, l'organisme se verra retirer son statut d'organisme agréé, et ce, à la discrétion d'Agrément Canada.

Option 3 : Refus d'agrément

Un organisme ne sera PAS AGRÉÉ dans les cas suivants :

(a) une POR ou plus ne sont pas en place;

ET

(b) 30 % ou plus des critères auxquels on accorde une priorité élevée ne sont pas respectés dans une section de normes ou plus;

ET

(c) 20 % ou plus des critères non respectés dans toutes les normes s'appliquent à l'ensemble de l'organisme.

Si un organisme veut une révision du refus d'agrément dans les 6 mois après la tenue de la visite, il doit participer à une visite supplémentaire dans les 5 mois suivant la visite. Les organismes qui ne participent pas de façon satisfaisante à une visite supplémentaire dans les délais prescrits verront le refus d'agrément maintenu.

Si l'organisme est un CSSS et que sa conformité aux indicateurs liés à la satisfaction des clients OU aux indicateurs liés à la mobilisation du personnel est de moins de 66,6 %, il doit recommencer le processus lié au sondage dans les 18 mois suivant la visite d'agrément pour maintenir le statut d'organisme agréé.