



**ACCREDITATION
AGRÉMENT**
CANADA

Rapport de visite

Programme Qmentum Québec^{MC}

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

Séquence 2 - Santé mentale et dépendances

Rapport publié: 28/08/2025

Confidentialité

LE PRÉSENT DOCUMENT PEUT CONTENIR DES RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS ET PROTÉGÉS PAR LES DROITS D'AUTEUR ET LES AUTRES DROITS DE PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE D'AGRÉMENT CANADA ET DE SES CONCÉDANTS DE LICENCE AU CANADA ET AILLEURS DANS LE MONDE.

Le présent Rapport d'agrément est fourni à l'Organisation pour certaines utilisations autorisées, telles qu'elles sont énoncées dans la partie du titulaire de licence du client sur la propriété intellectuelle de l'entente du programme Qmentum Québec^{MC} entre Agrément Canada et l'Organisation (l'«**Entente**»). Ce Rapport d'agrément est fourni à titre informatif seulement, ne constitue pas un conseil médical ou de soins de santé et est fourni strictement «tel quel» sans garantie ni condition d'aucune sorte.

Bien qu'Agrément Canada traitera les renseignements et les données de l'Organisation qui sont inclus dans le présent rapport de manière confidentielle, l'Organisation peut divulguer ce Rapport à d'autres personnes, comme indiqué dans l'entente, à condition que l'avis de droit d'auteur et les citations, autorisations et accusés de réception appropriés soient inclus dans toute copie de ce Rapport. Agrément Canada sera libre de faire usager de ce Rapport une fois que l'Organisation l'aura divulgué à toute autre personne sur une base non confidentielle. Toute autre utilisation ou exploitation de ce Rapport par ou pour l'Organisation ou tout tiers est interdite sans l'autorisation écrite expresse d'Agrément Canada. Toute modification apportée au présent Rapport d'agrément compromettra l'intégrité du processus d'agrément ; cette action est strictement interdite. Pour obtenir l'autorisation de reproduire ou d'utiliser ce Rapport d'agrément à toute autre fin, veuillez envoyer un courriel à: publications@healthstandards.org.

Copyright © Agrément Canada et ses concédants de licences, 2025. Tous droits réservés.

Table des matières

Confidentialité	2
À propos d’Agrément Canada	4
À propos du rapport d’agrément	4
Aperçu du programme	4
Sommaire	6
À propos de l’établissement	6
Aperçu des observations de l’équipe de visiteurs	7
Principales pistes d’amélioration et domaines d’excellence	8
Soins centrés sur les personnes	9
Aperçu de l’amélioration de la qualité	10
Décision d’agrément	11
Installations évaluées dans le cadre de la visite d’agrément	11
Résultats selon les dimensions de la qualité	13
Pratiques organisationnelles requises	14
Résultats de l’évaluation divisés par chapitre	18
Excellence des soins et services	18
Soins et services en santé mentale pour les enfants et les jeunes (usagers inscrits)	21
Soins et services spécifiques en santé mentale pour les adultes (usagers inscrits)	24
Soins et services spécialisés en santé mentale pour les adultes (usagers inscrits)	27
Soins et services d’urgences psychiatriques pour toute la population (usagers inscrits)	32
Soins et services en santé mentale pour toute la population (usagers admis)	34
Soins et services en dépendances pour toute la population (usagers inscrits)	36

À propos d'Agrément Canada

Agrément Canada est un organisme sans but lucratif international ayant comme vision d'offrir des soins plus sécuritaires et de créer un monde plus sain. Ses programmes et services centrés sur la personne sont des références en matière de qualité à l'échelle de l'écosystème de santé depuis plus de 60 ans. L'organisme continue d'élargir sa portée et son influence. Agrément Canada habilite les organisations et permet à celles-ci de se conformer aux normes nationales et internationales grâce à des programmes novateurs adaptés aux besoins locaux. Les services et programmes d'évaluation d'Agrément Canada contribuent à la prestation de soins et services sécuritaires et de haute qualité dans les systèmes de santé, les hôpitaux, les laboratoires et les centres de diagnostic, les établissements de soins de longue durée, les centres de réadaptation, les organisations de soins primaires, ainsi que dans les milieux de soins à domicile et communautaires. Ses programmes d'agrément et de certification spécialisés soutiennent la prestation de soins et services sécuritaires et de haute qualité pour des populations, des problèmes de santé et des professions de santé précis.

À propos du rapport d'agrément

L'Établissement mentionné dans le présent rapport de visite (l'**Établissement**) participe au programme d'agrément Qmentum Québec^{MC} d'Agrément Canada.

Dans le cadre de ce programme, l'Établissement a participé à des activités d'amélioration continue de la qualité et a été soumis à des évaluations, dont une visite d'agrément du 11 mai 2025 au 16 mai 2025. Le présent rapport d'agrément reflète les renseignements et les données de l'Établissement ainsi que les évaluations d'Agrément Canada à ces dates.

Le présent rapport a été produit à partir de renseignements provenant de l'évaluation sur place ainsi que d'autres données obtenues auprès de l'Établissement. Agrément Canada se fie à l'exactitude et à l'exhaustivité des renseignements fournis par l'Établissement pour planifier, mener la visite d'agrément et produire ce rapport. Il incombe à l'Établissement de divulguer rapidement à Agrément Canada tout incident qui pourrait influencer sur son statut d'agrément.

Aperçu du programme

En 2018, Agrément Canada fut mandaté par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour réaliser la démarche d'agrément des établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) du Québec pour une période de dix ans (2018-2028). La démarche d'agrément proposée par Agrément Canada est une version du programme Qmentum^{MD} adaptée au contexte québécois quant à la prestation des soins de santé et de services sociaux, selon une approche par trajectoire. L'approche par trajectoire fait référence à l'établissement et à la prestation des soins et services de santé en fonction du processus complexe illustrant l'ensemble du cheminement de l'utilisateur présentant un problème de santé donné et qui peut impliquer plusieurs services et prestataires de soins à des endroits et moments divers.

Le programme Qmentum Québec^{MC} repose sur plus de 100 normes et est appuyé par des experts-conseils et des visiteurs qui ont de vastes connaissances et expériences dans les soins de santé et les services sociaux du réseau québécois. Dans le cadre de la mise en œuvre du programme au sein du RSSS du Québec, le programme d'agrément adapté s'étale sur deux cycles de cinq ans (2018-2022 et 2023-2028). Chaque cycle comprend cinq séquences. Chaque séquence porte sur l'évaluation de programmes-services du RSSS ou de normes organisationnelles et transversales.

Le programme s'appuie sur diverses méthodologies d'évaluation : l'autoévaluation réalisée par les instances de gouvernance, les gestionnaires, les comités interdisciplinaires et les équipes, ainsi que l'évaluation sur place dans le cadre de visites d'agrément et l'utilisation de sondages portant sur trois grandes sphères, soit : 1) le fonctionnement de la gouvernance; 2) l'expérience de l'utilisateur; et, 3) les perceptions de la main-d'œuvre en lien avec la qualité de vie au travail et la culture de sécurité.

Les visites d'agrément sont menées selon une approche par traceurs et sont effectuées par des pairs, dénommés visiteurs. L'ensemble de ces méthodologies permet de brosser le portrait le plus représentatif possible de la maturité d'un établissement en matière d'amélioration continue, en faisant ressortir les acquis et les possibilités d'amélioration.

Le rapport comprend un résumé complet des observations des visiteurs, les installations visitées, les résultats de l'évaluation des pratiques organisationnelles requises et des chapitres.

Sommaire

À propos de l'établissement

Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Centre dessert une population de près de 420000 habitants vivants au cœur de la Rive-Sud de Montréal. Ce territoire comprend deux réseaux locaux de services (RLS). L'un est situé plus au nord, près du fleuve (RLS de Champlain-Charles-Le Moyne) et l'autre est plus rural, s'étirant vers le sud (RLS Haut-Richelieu-Rouville) jusqu'à la frontière canado-américaine.

Afin d'assurer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services, le CISSS compte sur plus de 13000 employés et plus de 800 médecins répartis dans une quarantaine d'installations et sur un budget de 1,87 milliard de dollars. Deux des installations ont un statut particulier : l'Hôpital Charles-LeMoyne, désigné centre affilié universitaire, et l'Institut Nazareth et Louis Braille (INLB), qui est le seul centre de réadaptation spécialisé uniquement en déficience visuelle au Québec. Les trois CISSS de la Montérégie coopèrent dans la perspective d'une seule et même région sociosanitaire. Dans cette perspective, le CISSS gère plusieurs mandats régionaux pour la Montérégie, dont la Direction de santé publique et le Service régional InfoSanté et InfoSocial.

Les récentes transformations organisationnelles liées à l'implantation de Santé Québec et au redressement budgétaire en cours créent une certaine anxiété dans les équipes. Celle-ci est moins importante que celle d'autres CISSS, en raison de la gestion équilibrée que la direction de l'établissement a réussie au cours des dernières années. L'augmentation rapide de la population du territoire crée, d'autre part, une demande de service qui pose des défis à l'établissement.

Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs

Les différentes composantes du programme services Santé mentale et dépendances coopèrent efficacement dans un cadre organisationnel clair comportant des objectifs bien définis. On perçoit clairement la communauté d'intentions qui vise à améliorer l'accès en faisant appel à la ressource la mieux adaptée et à rendre le programme-service plus efficient afin de désengorger le flot des usagers. Cette intention managériale est parfaitement alignée avec la philosophie du maintien optimal dans le milieu de vie, de la réduction de la stigmatisation et des méfaits, et de l'optimisation de l'autonomie. On note un nombre important de services spécifiques visant à ce maintien dans la communauté, avec un accompagnement adapté à la situation de chaque usager afin de réduire les visites à l'urgence et les hospitalisations. L'ensemble des équipes coopèrent efficacement pour assurer la fluidité du continuum de service, bien que la multiplication de ces mêmes services pose un défi à la continuité des soins. D'où l'importance d'assurer une transmission efficace des informations importantes aux points de transition. Ce processus critique demande encore d'être raffermi dans certains secteurs. On note également la présence de certains goulets d'étranglement où l'accès à certaines ressources est difficile, créant des délais qui créent un certain risque, mais aussi qui minent la pertinence des actions faites en amont. On doit noter la performance des urgences, notamment celle de l'Hôpital du Haut-Richelieu (HHR) concernant le transfert rapide des usagers vers les unités de soins ou vers des ressources alternatives à l'hospitalisation.

Les installations sont généralement vétustes et peuvent poser des risques dus à l'encombrement et à des aménagements physiques déficients, particulièrement en ce qui concerne les usagers admis. Les travaux réalisés dans la rénovation de l'unité de soins généraux de santé mentale de HHR constituent une brillante amélioration autant sur le plan de la sécurité que sur celui de la création d'un milieu physique propice aux pratiques axées sur le rétablissement.

Les gestionnaires et les équipes maîtrisent généralement très bien les pratiques organisationnelles requises et, sauf quelques écarts pour certains tests, les réalisent bien.

La culture de la sécurité est omniprésente dans toutes les équipes, que ce soit celle des usagers ou des intervenants, dans les installations de services comme à domicile. Il y a eu beaucoup d'interventions de différentes natures pour améliorer la sécurité et ce souci imprègne manifestement le réaménagement de l'unité d'hospitalisation en santé mentale de HHR. L'engagement des gestionnaires à former tous les intervenants à l'approche sécuritaire devant une personne agitée ou violente (Omega) en est un exemple. L'ajout d'agent d'intervention à CCLM destiné à encadrer les déplacements en cours contribue autant à pacifier et à sécuriser ces déplacements qu'à donner aux usagers visés un accompagnement plus humain que les services privés de gardiens.

On perçoit la communauté d'intentions concernant le respect de la dignité et de l'unicité de chaque personne, ainsi que la contribution à la pleine réalisation de son potentiel et de sa participation citoyenne. Le souci de la qualité est évident dans toutes les équipes.

Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence

Principales pistes d'amélioration

- Consolider la cogestion dans toutes les équipes.
- Rehausser la «voix des usagers» par une meilleure mesure de l'appréciation et augmenter la participation d'usagers partenaires pour la planification et l'évaluation des services.
- Engager les équipes dans les plans d'amélioration de la qualité en favorisant des initiatives locales.
- Favoriser la continuité des soins de santé mentale lors de la transition à l'âge adulte.
- Trouver des modalités adaptées à la clientèle pour qu'elle puisse exprimer librement son appréciation des soins et des services.
- Revoir la politique de visite afin que les familles et les proches se perçoivent comme des partenaires des soins.

Domaines d'excellence

- Engagement à assurer une fluidité en mobilisant une panoplie de services et de partenariats afin de répondre aux besoins des usagers et favoriser leur rétablissement.
- Utilisation standardisée des outils d'évaluation et d'intervention.
- Culture de sécurité démontrée par le haut taux de formation Omega.
- Collaboration au sein des équipes, entre les services et avec la communauté.
- Suivi individualisé des usagers empreint de respect et sans jugement dans la perspective du rétablissement.
- Rigueur du processus de transmission des informations aux points de transition entre les organismes ambulatoires de première et de deuxième ligne.
- Création de la fonction d'agents d'intervention.

Soins centrés sur les personnes

Il est difficile de statuer sur la satisfaction des usagers, tant le nombre de répondants est petit. Tous ceux qui ont été rencontrés manifestent leur appréciation du travail des intervenants, le respect qu'ils ressentent et la bienveillance dont ils sont l'objet. Les équipes doivent trouver des modalités novatrices pour saisir adéquatement l'expérience réelle de ces personnes habituées à être dépréciées et marginalisées.

Une grande bienveillance ainsi qu'un respect de l'autonomie des usagers ont été observés chez les intervenants. Il importe de maintenir des interventions répétées et mesurées pour s'assurer que les usagers saisissent bien la portée de leurs droits et devoirs et qu'ils sont accompagnés dans leur volonté de faire respecter ces droits, voire de porter plainte. Les soins sont individualisés et visent, dans la mesure du possible à répondre aux préférences et aux aspirations des usagers.

Cependant, le programme-service gagnerait à mieux intégrer la «voix des usagers» dans la planification et, surtout, dans l'évaluation de ses services. Il est vrai que l'inclusion d'usagers partenaires dans le domaine de la santé mentale et de la dépendance pose des défis particuliers. Toutefois, ils apportent une perspective nouvelle dans les plans d'amélioration de la qualité ainsi que dans la révision des pratiques, notamment en ce qui concerne l'approche axée sur le rétablissement.

Aperçu de l'amélioration de la qualité

Le souci de la qualité et de son amélioration est manifeste. Il existe déjà un suivi et de nombreuses actions portant sur la dimension de l'accessibilité et donc sur la fluidité des trajectoires et la coordination de services adaptés aux besoins des usagers.

Concernant la présence et l'exécution de plans spécifiques d'amélioration de la qualité, les visiteurs ont noté que la situation est fort variable selon les secteurs. Dans certains cas, il existe bien des intentions et des actions visant l'amélioration de la qualité, mais parfois ils ne sont pas formalisés. Les gestionnaires rencontrés sont tous sensibles à l'importance de partager les informations touchant les plans d'amélioration continue de la qualité avec leurs équipes. Cependant, les moyens mis en place pour ce faire ne semblent pas adaptés, car, dans plusieurs équipes, les intervenants ne semblent pas connaître l'existence de ces plans ni de leurs résultats.

Les plans consultés démontrent une grande variabilité tant dans la forme que dans la qualité. Les visiteurs ont noté chez plusieurs gestionnaires le besoin d'un encadrement renforcé et d'un soutien technique pour les aider à préparer et à mettre en œuvre des plans d'amélioration de la qualité.

Un certain paradoxe est noté en ce qui concerne la culture de la mesure. D'une part, l'établissement dispose d'outils puissants pour alimenter les équipes en données sur un grand nombre de domaines, principalement ceux prescrits par Santé Québec. On peut même croire qu'il peut y avoir un trop-plein de données qui accapare l'attention des gestionnaires et rend plus difficile la perception des éléments critiques et importants. D'autre part, on note une difficulté à trouver des données pouvant soutenir les projets locaux d'amélioration de la qualité.

L'établissement est encouragé à soutenir les équipes pour qu'elles développent des plans locaux d'amélioration de la qualité fondés sur la situation particulière du service et des usagers qui y recourent. Dans le même ordre d'idée, l'utilisation de stations visuelles de gestion opérationnelles pourrait soutenir l'élaboration et l'exécution de ces plans locaux d'amélioration de la qualité ainsi que l'adhésion des équipes aux plans plus institutionnels.

Les visiteurs souhaitent mettre en lumière trois initiatives qui ont apporté une amélioration notoire à la qualité des services. Il y a tout d'abord la mise en place d'un comité qualité pour le mécanisme d'accès en santé mentale (MASM) pouvant inspirer les autres secteurs dans leurs démarches. La rigueur concernant la transmission des informations aux points de transition entre les services de première et deuxième ligne en santé mentale ambulatoire est également à souligner. Enfin, l'ajout d'agents d'intervention aux unités de l'Hôpital Charles-Le Moyne (HCLM) a permis de sécuriser les déplacements vers la cour de justice et plus généralement de pacifier et sécuriser les unités de soins.

Décision d'agrément

Le statut d'agrément est:

Agréé

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre est agréé à la suite de l'évaluation au premier cycle du programme Qmentum Québec. Ce statut est maintenu jusqu'à ce que la prochaine décision d'agrément soit prononcée en 2028, suivant le deuxième cycle.

L'Établissement répond aux exigences fondamentales du programme d'agrément.

Installations évaluées dans le cadre de la visite d'agrément

Le tableau suivant présente un résumé des installations évaluées lors de la visite sur place de l'établissement.

Tableau 1: Installations évaluées pendant la visite sur place

Installation	Chapitre
Centre de services ambulatoires Saint-Lambert	Soins et services spécifiques en santé mentale pour les adultes (usagers inscrits)
Centre de services ambulatoires Saint-Lambert	Soins et services spécialisés en santé mentale pour les adultes (usagers inscrits)
CISSS Montérégie-Centre	Excellence des soins et services
Clinique externe de pédopsychiatrie	Soins et services en santé mentale pour les enfants et les jeunes (usagers inscrits)
CLSC de la Vallée-des-Forts	Soins et services spécifiques en santé mentale pour les adultes (usagers inscrits)
CLSC du Richelieu	Soins et services en dépendances pour toute la population (usagers inscrits)
CLSC Samuel-de-Champlain	Soins et services en dépendances pour toute la population (usagers inscrits)

Installation	Chapitre
Hôpital Charles-Le Moyne	Soins et services d'urgences psychiatriques pour toute la population (usagers inscrits)
Hôpital Charles-Le Moyne	Soins et services en santé mentale pour toute la population (usagers admis)
Hôpital de jour pour adolescents	Soins et services en santé mentale pour les enfants et les jeunes (usagers inscrits)
Hôpital du Haut-Richelieu	Soins et services spécialisés en santé mentale pour les adultes (usagers inscrits)
Hôpital du Haut-Richelieu	Soins et services en santé mentale pour toute la population (usagers admis)
Maison Brodeur (services en santé mentale)	Soins et services spécialisés en santé mentale pour les adultes (usagers inscrits)
Services externes de psychiatrie et pédopsychiatrie - Édifice Les Cours Singer	Soins et services spécifiques en santé mentale pour les adultes (usagers inscrits)

Résultats selon les dimensions de la qualité

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

Tableau 2 : Résultats de l'établissement par dimension de la qualité.

Dimension de la qualité	Conforme	Non Conforme	S.O.	Total
Accent sur la population (Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.)	2	0	0	2
Accessibilité (Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.)	3	1	0	4
Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	43	2	0	45
Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	10	0	0	10
Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	36	2	2	40
Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	52	1	2	55
Sécurité (Assurez ma sécurité.)	183	13	34	230
Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	103	1	1	105
Total	432	20	39	491

Pratiques organisationnelles requises

Les pratiques organisationnelles requises (POR) sont des pratiques qui ont été établies comme essentielles à instaurer par l'établissement pour améliorer la sécurité des usagers et pour réduire les risques au minimum. Les POR contiennent de nombreux critères, dénommés tests de conformité.

Tableau 3: Résumé des pratiques organisationnelles requises de l'établissement

Chapitre(s)	Nom de la POR	Nombre de test de conformité avec cote conforme	Pourcentage de test de conformité avec cote conforme
Excellence des soins et services	Cheminement des usagers	5 / 5	100.00%
Excellence des soins et services	Programme de prévention du suicide	5 / 5	100.00%
Excellence des soins et services	Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile	5 / 5	100.00%
Soins et services d'urgences psychiatriques pour toute la population (usagers inscrits)	Identification des usagers	0 / 1	0.00%
Soins et services d'urgences psychiatriques pour toute la population (usagers inscrits)	Maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins	5 / 5	100.00%
Soins et services d'urgences psychiatriques pour toute la population (usagers inscrits)	Optimiser l'intégrité de la peau	6 / 6	100.00%
Soins et services d'urgences psychiatriques pour toute la population (usagers inscrits)	Réduire les blessures liées aux chutes grâce à un programme de prévention	6 / 6	100.00%
Soins et services d'urgences psychiatriques pour toute la population (usagers inscrits)	Transfert de l'information aux points de transition des soins	4 / 5	80.00%
Soins et services en dépendances pour toute la population (usagers inscrits)	Identification des usagers	1 / 1	100.00%

Chapitre(s)	Nom de la POR	Nombre de test de conformité avec cote conforme	Pourcentage de test de conformité avec cote conforme
Soins et services en dépendances pour toute la population (usagers inscrits)	Maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins	0 / 0	S.O.
Soins et services en dépendances pour toute la population (usagers inscrits)	Optimiser l'intégrité de la peau	6 / 6	100.00%
Soins et services en dépendances pour toute la population (usagers inscrits)	Réduire les blessures liées aux chutes grâce à un programme de prévention	7 / 7	100.00%
Soins et services en dépendances pour toute la population (usagers inscrits)	Transfert de l'information aux points de transition des soins	5 / 5	100.00%
Soins et services en santé mentale pour les enfants et les jeunes (usagers inscrits)	Identification des usagers	1 / 1	100.00%
Soins et services en santé mentale pour les enfants et les jeunes (usagers inscrits)	Maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins	1 / 5	20.00%
Soins et services en santé mentale pour les enfants et les jeunes (usagers inscrits)	Optimiser l'intégrité de la peau	2 / 2	100.00%
Soins et services en santé mentale pour les enfants et les jeunes (usagers inscrits)	Réduire les blessures liées aux chutes grâce à un programme de prévention	3 / 3	100.00%
Soins et services en santé mentale pour les enfants et les jeunes (usagers inscrits)	Transfert de l'information aux points de transition des soins	5 / 5	100.00%
Soins et services en santé mentale pour toute la population (usagers admis)	Identification des usagers	1 / 1	100.00%

Chapitre(s)	Nom de la POR	Nombre de test de conformité avec cote conforme	Pourcentage de test de conformité avec cote conforme
Soins et services en santé mentale pour toute la population (usagers admis)	Maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins	5 / 5	100.00%
Soins et services en santé mentale pour toute la population (usagers admis)	Optimiser l'intégrité de la peau	6 / 6	100.00%
Soins et services en santé mentale pour toute la population (usagers admis)	Prévention de la thromboembolie veineuse	4 / 4	100.00%
Soins et services en santé mentale pour toute la population (usagers admis)	Réduire les blessures liées aux chutes grâce à un programme de prévention	7 / 7	100.00%
Soins et services en santé mentale pour toute la population (usagers admis)	Transfert de l'information aux points de transition des soins	3 / 5	60.00%
Soins et services spécialisés en santé mentale pour les adultes (usagers inscrits)	Identification des usagers	1 / 1	100.00%
Soins et services spécialisés en santé mentale pour les adultes (usagers inscrits)	Maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins	5 / 5	100.00%
Soins et services spécialisés en santé mentale pour les adultes (usagers inscrits)	Optimiser l'intégrité de la peau	6 / 6	100.00%
Soins et services spécialisés en santé mentale pour les adultes (usagers inscrits)	Réduire les blessures liées aux chutes grâce à un programme de prévention	4 / 4	100.00%
Soins et services spécialisés en santé mentale pour les adultes (usagers inscrits)	Transfert de l'information aux points de transition des soins	5 / 5	100.00%
Soins et services spécifiques en santé mentale pour les adultes (usagers inscrits)	Identification des usagers	1 / 1	100.00%

Chapitre(s)	Nom de la POR	Nombre de test de conformité avec cote conforme	Pourcentage de test de conformité avec cote conforme
Soins et services spécifiques en santé mentale pour les adultes (usagers inscrits)	Maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins	1 / 5	20.00%
Soins et services spécifiques en santé mentale pour les adultes (usagers inscrits)	Réduire les blessures liées aux chutes grâce à un programme de prévention	3 / 3	100.00%
Soins et services spécifiques en santé mentale pour les adultes (usagers inscrits)	Transfert de l'information aux points de transition des soins	5 / 5	100.00%
Total		124 / 136	91.18%

Résultats de l'évaluation divisés par chapitre

Excellence des soins et services

Évaluation du chapitre : 93,0 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 7,0 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

On perçoit clairement la communauté d'intentions qui vise à améliorer l'accès en faisant appel à la ressource la mieux adaptée et à rendre le programme-service plus efficient afin de désengorger le flot des usagers. Cette intention managériale est parfaitement alignée avec la philosophie du maintien optimal dans le milieu de vie, de la réduction de la stigmatisation et des méfaits et de l'optimisation de l'autonomie. On note un nombre important de services spécifiques visant à ce maintien dans la communauté avec un accompagnement adapté à la situation de chaque usager afin de réduire les visites à l'urgence et les hospitalisations. Cette intention s'étend aux collaborations fructueuses et respectueuses que le programme-service entretient avec ses partenaires institutionnels et communautaires. La collaboration entre les trois CISSS de la Montérégie va dans le même sens, même s'il persiste des défis quant aux rôles régionaux attribués à chacun des CISSS.

Le bouquet de services de première et deuxième ligne en externe est bien développé dans les deux RLS et ces services agissent de façon coordonnée. Ces services ont adopté une pratique robuste de transfert de l'information pertinente aux points de transition et d'accompagnement de l'utilisateur dans ces transitions. Cette fluidité est un peu moins présente entre les services d'utilisateurs admis et les autres services du programme.

Les visiteurs ne peuvent passer sous silence un certain retrait des services en dépendance des unités internes de soins. On comprend que les intervenants en dépendance feront désormais l'évaluation de l'admission des utilisateurs hospitalisés à partir de l'étude du dossier et n'assureront plus de présence régulière sur ces unités pour apporter leur expertise en dépendance. On y voit une perte de continuité dans la perspective de l'utilisateur et probablement un risque que les utilisateurs adhèrent moins à ces services.

Les pratiques concernant l'information et l'accompagnement des utilisateurs concernant leurs droits et leur autonomie sont conformes. On cherche à s'assurer que les utilisateurs saisissent bien la portée de leurs droits et devoirs et soient accompagnés dans leurs désirs de faire respecter ces droits, voire à porter plainte. Il importe de maintenir des interventions répétées et mesurées pour s'assurer d'une juste compréhension de ces éléments.

Les soins sont individualisés et visent à répondre, autant que possible aux préférences et aux aspirations des utilisateurs dans le cadre des soins offerts. Les pratiques concernant la réduction du risque suicidaire sont partout présentes. Il en est de même pour tout ce qui touche la tenue des plans d'intervention adaptés selon les différents services.

Les gestionnaires valorisent la formation continue de leurs équipes et il convient de souligner le haut taux d'intervenants ayant reçu la formation Omega. Ils offrent un soutien clinique apprécié des intervenants rencontrés. L'évaluation du rendement n'est pas réalisée de manière uniforme dans tous les secteurs. Certains gestionnaires ont un effectif si imposant et dispersé géographiquement que cette tâche devient très difficile.

La collaboration interprofessionnelle dans les équipes est généralement bien implantée et efficace. Elle contribue à offrir des services cohérents dans la recherche du rétablissement des usagers. La cogestion médico-administrative est bien implantée, exception faite de la consultation externe de pédopsychiatrie où les choses semblent plus difficiles.

La situation de la main-d'œuvre n'a rien de particulièrement préoccupant. Les stratégies de recrutement et de fidélisation semblent efficaces. Le processus de reconnaissance semble peu important au niveau de l'établissement, mais les employés ressentent celle de leurs gestionnaires de premier niveau.

La situation plutôt enviable de l'établissement en matière financière est favorable à une gestion intelligente des ressources de toutes natures. La contribution grandissante des Fondations dans l'amélioration des installations physiques dédiées aux usagers de santé mentale est notée.

Concernant la gestion de la qualité, l'attention des gestionnaires du programme-service est principalement captée par les éléments touchant l'accessibilité et la fluidité des trajectoires. Le travail à ce sujet est remarquable et les résultats sont probants malgré les défis persistants.

Les gestionnaires rencontrés sont tous sensibles à l'importance de partager les informations touchant les plans d'amélioration continue de la qualité avec leurs équipes. Cependant, les moyens mis en place pour ce faire ne semblent pas adaptés, puisque, dans plusieurs équipes, les intervenants ne semblent pas connaître l'existence de ces plans ni de leurs résultats.

Les plans consultés démontrent une grande variabilité tant dans la forme que dans la qualité. Les visiteurs ont noté chez plusieurs gestionnaires le besoin d'un encadrement renforcé et d'un soutien technique pour les aider à préparer et à mettre en œuvre des plans d'amélioration de la qualité.

Un certain paradoxe est noté en ce qui concerne la culture de la mesure. D'une part, l'établissement dispose d'outils puissants pour alimenter les équipes en données sur un grand nombre de domaines, principalement ceux qui sont prescrits par Santé Québec. On peut même croire qu'il peut y avoir un trop-plein de données qui accapare l'attention des gestionnaires et rend plus difficile la perception des éléments critiques et importants. D'autre part, on note une difficulté à trouver des données pouvant soutenir les projets locaux d'amélioration de la qualité.

L'établissement est encouragé à soutenir les équipes pour qu'elles développent des plans locaux d'amélioration de la qualité fondés sur la situation particulière du service et des usagers qui y recourent. Dans le même ordre d'idée, l'utilisation de stations visuelles de gestion opérationnelles pourrait venir soutenir l'élaboration et l'exécution de ces plans locaux d'amélioration de la qualité ainsi que l'adhésion des équipes aux plans plus institutionnels.

Tableau 4 : Critères non conformes en matière de Excellence des soins et services

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
1.1.12	Les gestionnaires du programme-services veillent à ce que des services de traduction et d'interprétation soient disponibles en temps opportun pour répondre aux besoins des usagers.	Priorité élevée

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
1.2.6	Les gestionnaires du programme-services évaluent régulièrement le rendement de chaque membre de la main-d'œuvre de façon objective, interactive et constructive.	Priorité normale
1.2.7	Les gestionnaires du programme-services s'assurent qu'un suivi est apporté à l'évaluation du rendement d'un membre de la main-d'œuvre, dans une perspective d'apprentissage continu.	Priorité normale
1.3.4	Les gestionnaires du programme-services effectuent de façon périodique des exercices de simulation pour valider les plans d'interventions et les procédures d'évacuation des établissements lors de situations d'urgence et de sinistres.	Priorité élevée
1.3.11	Les gestionnaires du programme-services s'assurent que l'information sur les projets d'amélioration continue de la qualité, les résultats et les apprentissages qui en découlent sont communiqués aux membres de l'équipe, ainsi qu'aux partenaires concernées.	Priorité normale

Soins et services en santé mentale pour les enfants et les jeunes (usagers inscrits)

Évaluation du chapitre : 91,8 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 8,2 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

La consultation externe de pédopsychiatrie et l'Hôpital de jour pour adolescents[FD1] , situés au 2924 boulevard Taschereau, Greenfield Park, ont été visités. Ces programmes offrent des services spécialisés d'évaluation et de traitement en santé mentale de deuxième ligne pour les enfants, les adolescents ainsi que leurs familles. Pour accéder à ces services de deuxième ligne, une référence d'un médecin ou d'une infirmière praticienne spécialisée en santé mentale est requise.

La consultation externe de pédopsychiatrie dessert les jeunes de moins de 18 ans. L'équipe interdisciplinaire est composée de pédopsychiatres, psychologues, ergothérapeutes, travailleurs sociaux, orthophonistes, psychoéducateurs, orthopédagogues et personnel administratif. Une infirmière et une nutritionniste à temps partiel font également partie de l'équipe. Tous les postes sont pourvus, à l'exception de celui de nutritionniste.

L'hôpital de jour accueille des adolescents âgés de 12 à 17 ans présentant des troubles de santé mentale nuisant à leur fonctionnement à la maison, à l'école et dans leur environnement. L'équipe est composée de pédopsychiatres, travailleurs sociaux, éducateurs spécialisés, ergothérapeute, infirmiers à temps partiel et orthopédagogue (employé par la commission scolaire et affecté à l'hôpital de jour). Lors de l'admission, l'adolescent est évalué simultanément par le pédopsychiatre et les autres professionnels, ce qui évite qu'il ait à répéter son histoire à plusieurs reprises et permet à l'équipe d'avoir une compréhension commune de la situation. La présence des parents est demandée lors de cette évaluation.

La clinique et l'hôpital de jour sont ouverts du lundi au vendredi. En dehors des heures d'ouverture, les usagers sont invités à composer le 811 ou, en cas de risque de violence ou de blessures envers eux-mêmes ou autrui, à composer le 911. L'équipe est encouragée à collaborer avec le Centre de crise et de prévention du suicide (CCPS) afin d'évaluer la possibilité de mettre en place un mécanisme d'intervention du CCPS lors de situations de crise, pour éviter le recours à l'urgence.

Les espaces de la consultation externe incluent des bureaux individuels pour les cliniciens, ainsi qu'un gymnase et des salles de traitement pour les activités de groupe.

La liste d'attente de la consultation externe de pédopsychiatrie est bien contrôlée par suite de la révision du processus de liaison avec les partenaires, de la clarification des mécanismes d'accès, l'amélioration des mécanismes de suivi, ainsi que d'un suivi étroit des listes d'attente et d'une révision des charges de cas. La priorité est accordée aux usagers ayant eu un congé de l'urgence ou d'une unité d'hospitalisation. Il y a un court délai pour accéder aux services de l'hôpital de jour.

À la clinique, deux équipes de pédopsychiatres sont en place : l'une dédiée aux usagers pédiatriques et l'autre aux adolescents. Tous les usagers référés sont d'abord évalués par un pédopsychiatre. Toutefois, les processus d'attribution des cas aux professionnels diffèrent entre les deux équipes. Du côté pédiatrique, le pédopsychiatre attribue d'abord le dossier à un autre pédopsychiatre, qui le transfère ensuite au professionnel approprié en fonction des besoins de l'utilisateur. L'équipe des adolescents transmet directement la référence au professionnel concerné. Le personnel rapporte que le système en place pour les usagers pédiatriques engendre des délais supplémentaires dans la prise en charge.

Il est donc recommandé de revoir et d'harmoniser les processus d'attribution des cas entre les deux équipes afin d'en améliorer l'efficacité et de réduire les délais.

Les usagers de la consultation externe de pédopsychiatrie ayant reçu des services en santé mentale durant l'enfance et l'adolescence ne bénéficient pas d'un accompagnement par les membres de l'équipe lors de leur transfert vers les services pour adultes. Cette absence d'accompagnement s'explique notamment par le fait que les professionnels pédiatriques ne savent pas quels services seront retenus par le psychiatre du secteur adulte. En effet, avant d'être admis aux services en santé mentale pour adultes, l'usager doit être réévalué par un psychiatre du secteur adulte, qui détermine les services requis. Un sommaire de fin de services est toutefois transmis aux intervenants du secteur adulte. Il est suggéré de trouver une façon de rendre ce transfert plus efficace afin d'assurer une continuité de soins optimale pour les adolescents en transition.

Le secteur de la santé mentale et des dépendances fonctionne selon un modèle de cogestion impliquant un psychiatre et un gestionnaire administratif. En ce qui concerne la consultation externe de pédopsychiatrie, ce partenariat n'est pas optimal; il est donc suggéré de poursuivre des efforts pour l'améliorer.

L'hôpital de jour offre trois programmes comprenant des activités de groupe ainsi que des services individualisés selon les besoins de l'adolescent. Le premier programme, d'une durée de trois semaines, vise à établir un diagnostic chez les enfants référés pour des problèmes de santé mentale ou de comportement, lorsqu'aucun diagnostic clair n'a encore été posé. Le deuxième programme, d'une durée de six semaines, accompagne la réintégration des adolescents à l'école, à la maison ou dans leur environnement. Le troisième programme, d'une durée de 12 à 13 semaines, s'adresse aux adolescents présentant des troubles mentaux et comportementaux sévères et persistants. La durée des programmes est flexible, un usager peut bénéficier d'un suivi prolongé tant que des progrès sont observés.

Pour les deux programmes, au niveau clinique, le plan d'intervention et de suivi est fait en partenariat avec les usagers et leurs familles. Cependant, ceux-ci ne sont pas impliqués dans les activités opérationnelles. Le gestionnaire partage les objectifs de qualité avec le personnel, qui est invité à participer aux projets. Il est recommandé de mettre en place une structure formelle, telle qu'un comité de qualité, qui inclurait non seulement le personnel, mais aussi les usagers et leurs familles. Cette structure favorisera une approche collaborative de l'amélioration continue. Il est suggéré de définir des objectifs clairs, accompagnés d'indicateurs, et des cibles pour en suivre l'atteinte. Ainsi, il serait pertinent de rendre visibles les indicateurs liés aux objectifs en cours, tant pour les usagers que pour le personnel, afin de renforcer la transparence et l'engagement de tous.

Les usagers de l'hôpital de jour ont été rencontrés et ont exprimé que cet environnement est leur seconde famille, ils s'y sentent respectés, non jugés et en sécurité.

Tous les usagers sont encouragés à remplir le sondage de satisfaction déployé au niveau du CISSS. La direction attend actuellement la réception des résultats.

Le personnel des deux équipes rencontrées apprécie le leadership des pédopsychiatres qui se rendent disponibles et il rapporte un fort esprit d'équipe et de collaboration.

Les dossiers sont actuellement sous format papier. L'adoption d'un système informatisé est la clé pour améliorer leur efficacité.

Concernant les pratiques organisationnelles requises, l'équipe doit être félicitée pour la conformité aux pratiques suivantes : identification des usagers; prévention des chutes; optimisation de l'intégrité de la peau, prévention des chutes et transmission des informations aux points de transition. L'équipe est invitée à porter une attention particulière à la mise en place d'une structure et des processus permettant de maintenir à jour une liste précise de médicaments.

En conclusion, il est important de reconnaître les efforts déployés pour combler les lacunes identifiées lors des visites précédentes. Les équipes sont encouragées à poursuivre leur démarche d'amélioration de la qualité en mettant en œuvre les mesures suggérées.

Tableau 5 : Critères non conformes en matière de Soins et services en santé mentale pour les enfants et les jeunes (usagers inscrits)

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
2.1.35	L'équipe suit la procédure organisationnelle du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour la liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins.	POR
	2.1.35.1 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour obtenir le meilleur schéma thérapeutique possible lors des points de transitions de soins.	
	2.1.35.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour résoudre les divergences entre les médicaments lors des transitions de soins en temps opportun.	
	2.1.35.4 L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur la procédure du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir une liste précise des médicaments lors des transitions de soins.	
	2.1.35.5 L'équipe participe à des activités visant à améliorer la procédure du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins, dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.	
2.1.39	L'équipe choisit la personne la plus responsable pour faciliter la transition de l'usager vers un nouveau modèle de soins.	Priorité normale

Soins et services spécifiques en santé mentale pour les adultes (usagers inscrits)

Évaluation du chapitre : 92,6 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 7,4 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Suivis d'intensité variable (SIV) — CLSC de la Vallée-des-Forts et Centre de services ambulatoires de Saint-Lambert

Le programme SIV s'adresse aux personnes qui présentent une condition clinique et sociale complexe nécessitant des activités de réadaptation psychosociale dans leur milieu de vie afin de les aider à accroître leur autonomie fonctionnelle.

L'offre de service est disponible dans chacun des réseaux locaux de services du CISSS.

Le SIV est offert à une clientèle de 16 ans et plus souffrant de troubles mentaux sévères et persistants (ex. : troubles anxieux graves, troubles de l'humeur, troubles psychotiques, etc.). Pour être admissible, un besoin de réadaptation doit être indiqué. Les équipes sont interdisciplinaires, composées de travailleurs sociaux, de techniciens en travail social, d'éducateurs spécialisés, de techniciens en éducation spécialisée, de psychoéducateurs et de coordonnateur de l'activité clinique. Chaque équipe offre aux usagers une gamme de services de soutien psychosocial dans la communauté. La référence provient de différentes sources, tant de services spécialisés que de ressources dans la communauté.

Un diagnostic n'est pas requis comme critère d'admission. Le plan d'intervention repose sur le besoin de la personne et sur ses forces; il vise un accompagnement pour la vie dans la communauté. Un suivi de 2 à 7 rencontres par mois est assuré et peut s'échelonner sur une période de 2 ans. La première rencontre au domicile se fait par deux intervenants afin d'assurer la sécurité.

L'utilisateur doit être volontaire et démontrer son engagement à apporter des changements dans sa vie quotidienne. Il participe à son plan d'intervention individualisé et le consentement est pris en compte dans la transmission d'informations entre les équipes traitantes et avec l'entourage, incluant les partenaires de la communauté. Il est à noter qu'une proportion importante des usagers en cours de suivi, font l'objet de l'ouverture d'un régime de protection. Dans ces situations, l'équipe est assurée du soutien d'une ressource expérimentée afin que les formulaires requis soient remplis avec toute l'information pertinente.

L'approche, dans le cheminement de l'utilisateur, rencontre les principes d'une démarche qui favorise l'espoir, la réalisation des objectifs personnels, l'inclusion et le soutien.

Les outils de repérage, d'évaluation, de plan d'intervention et de transfert d'informations sont standardisés. On observe également que, bien que ce service en soit de 1re ligne, des moyens efficaces sont mis en place entre la première ligne et les services spécialisés. Les copies des rapports du Système d'information sur la clientèle et les services des CSSSS — Mission CLSC (I-CLSC) sont transmises à l'équipe de services externes en psychiatrie. Plusieurs formulaires du service des archives du centre hospitalier sont aussi disponibles et utilisés pour le dossier de l'utilisateur du service. Ceci fait partie des moyens déployés pour assurer une transmission de l'information pertinente aux points de transitions.

Les politiques et procédures de l'établissement sont mises en œuvre. Celles-ci comprennent les volets de la sécurité au domicile, la prévention du suicide, la prévention des chutes, la prévention des infections, l'intégrité de la peau, la prévention des infections, la double identification, la déclaration des événements.

En ce qui concerne les médicaments, même si l'équipe n'intervient pas dans le suivi de la médication et ne prescrit pas de médicaments, elle peut documenter les effets observés chez l'utilisateur et partager ceux-ci avec le psychiatre traitant de la consultation externe de la psychiatrie à la demande de l'utilisateur.

Les gestionnaires déploient des efforts pour élaborer des plans d'amélioration de la qualité. Ces plans précisent les objectifs et les actions à mettre en œuvre. Les indicateurs peuvent être de nature quantitative ou qualitative.

Les deux services de suivi d'intensité variable (SIV) du CISSS ont des plans d'amélioration de la qualité qui comportent des éléments d'amélioration visant à répondre aux normes du nouveau cadre de référence du MSSS pour ce programme. Celui du RLS Haut-Richelieu-Rouville (HRR) met aussi un accent sur la définition plus approfondie du rôle spécifique de chacune des catégories de professionnels qui composent l'équipe, s'inscrivant dans le modèle de l'approche collaborative. Celui du RLS Champlain Charles-Le Moyne (CCL) met aussi l'accent sur les éléments d'amélioration pour répondre aux normes du nouveau cadre de référence du MSSS. Leurs plans d'amélioration de la qualité comportent également d'autres éléments qui mettent l'accent sur les éléments soutenant la transition en cours d'un modèle de 2e ligne vers le modèle préconisé de 1re ligne. Cette transition est exigeante et entraîne une période d'adaptation en ce qui concerne l'évolution du profil des clientèles, l'ajustement des référents, les mécanismes d'admission ainsi que des partenariats dans la communauté.

Les équipes veillent à ce que les usagers aient accès au bon service, au bon moment et par la bonne ressource. C'est dans ce contexte qu'elles souhaiteraient une amélioration de l'accès au médecin de famille pour leurs usagers. Des corridors ont été développés dans certains cas, mais ceux-ci ne suffisent pas pour répondre à l'ensemble du besoin d'accès à un médecin de famille pour cette clientèle vulnérable.

CLSC La Vallée-des-Forts — Mécanisme d'accès en santé mentale

Mécanisme d'accès en santé mentale (MASM). L'équipe est composée de deux secteurs : le secteur mécanisme d'accès en santé mentale (MASM) et le secteur suivi. L'équipe est composée de travailleurs sociaux, de psychologues, d'infirmiers cliniciens, de psychoéducateurs, d'infirmières praticiennes spécialisées en santé mentale et d'un psychiatre répondant.

Les références au MASM pour les clients adultes proviennent de l'accueil psychosocial ou d'intervenants, incluant les médecins. L'équipe de liaison du MASM trie les demandes et détermine le professionnel le plus approprié (ex. : psychologue, travailleur social) et si l'intervention sera individuelle ou en groupe.

La liste d'attente du MASM compte 50 clients, avec un délai maximal de 40 jours. Les priorités sont accordées aux jeunes adultes de 18 à 25 ans, aux personnes souffrant de troubles alimentaires, aux personnes inscrites au programme périnatal, aux parents dont les enfants reçoivent des services des programmes Jeunesse ou Santé mentale, et aux usagers récemment sortis de l'urgence. Pendant la période d'attente, les usagers se font offrir trois séances virtuelles de groupe abordant l'autosoin, les habitudes de vie et les troubles du sommeil, afin d'offrir un soutien temporaire. Lorsqu'ils sont pris en charge par le professionnel désigné, le nombre d'interventions est limité à 15 à 30 et cette information est communiquée à l'utilisateur dès le début du traitement. Cependant, la médication est prescrite et l'équipe est incitée à implanter le bilan comparatif des médicaments selon les procédures en place au CISSS de la Montérégie-Centre.

L'équipe intègre également deux intervenants à temps partiel du Centre de crise et de prévention du suicide (CCPS) afin d'assurer une meilleure prise en charge du risque suicidaire. De plus, pour éviter les visites à l'urgence en dehors des heures d'ouverture, les usagers sont invités à contacter le CCPS.

Tableau 6 : Critères non conformes en matière de Soins et services spécifiques en santé mentale pour les adultes (usagers inscrits)

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
3.1.35	L'équipe suit la procédure organisationnelle du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour la liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins.	POR
	3.1.35.1 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour obtenir le meilleur schéma thérapeutique possible lors des points de transitions de soins.	
	3.1.35.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour résoudre les divergences entre les médicaments lors des transitions de soins en temps opportun.	
	3.1.35.4 L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur la procédure du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir une liste précise des médicaments lors des transitions de soins.	
	3.1.35.5 L'équipe participe à des activités visant à améliorer la procédure du bilan comparatif des médicaments afin de maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des transitions de soins, dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.	

Soins et services spécialisés en santé mentale pour les adultes (usagers inscrits)

Évaluation du chapitre : 98,5 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 1,5 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

L'offre de services spécialisés en santé mentale pour les adultes inscrits du CISSS de la Montérégie-Centre comprend une gamme de services accessibles selon la condition et les besoins de l'utilisateur tout au long de sa trajectoire de soins. Elle comprend notamment les services de consultations externes psychiatriques, les services d'hôpital de jour ainsi que les services offerts dans le cadre de différents programmes :

- Module d'intervention rapide (MIR),
- Traitement intensif bref à domicile (TIBD),
- Suivi intensif dans le milieu (SIM),
- Premiers épisodes psychotiques (PEP),
- Accompagnement bref dans la communauté (ABC),
- Programme d'accompagnement justice et santé mentale (PAJSM) qui est accessible sur chacun des territoires de RLS du CISSS.

Réseau local Haut-Richelieu

Au cours des dernières années, des efforts importants ont été déployés pour développer les différents programmes et services ambulatoires spécialisés et spécifiques. De plus, une unité d'évaluation et de traitement transitoire (UETT) a été instaurée pour décongestionner l'urgence. Ces efforts ont permis de développer et de mettre au service des usagers différentes modalités de suivi qui permettent de leur offrir une trajectoire de soins adaptée selon l'évolution de leur situation. Une importance est apportée à la fluidité dans la trajectoire de soins.

Hôpital du Haut-Richelieu

En cas de situation plus aigüe, le service MIR offre un accompagnement individuel de huit rencontres, assuré par une infirmière praticienne spécialisée (IPS). Cet accompagnement est une alternative à l'hospitalisation via une référence soit de la première ligne, soit de la consultation externe de psychiatrie. L'accès est agile et très rapide. L'IPS fait notamment de l'enseignement, assure un suivi de la médication et peut prescrire celle-ci. Elle travaille en étroite collaboration avec les psychiatres.

L'Hôpital de jour offre une programmation impressionnante de thérapies offerte en groupe. L'équipe d'intervenants est interdisciplinaire, composée d'infirmières, de travailleurs sociaux, d'ergothérapeutes et de psychiatres. L'objectif est d'offrir à l'utilisateur le groupe thérapeutique le mieux adapté à ses besoins et en fonction de son évolution dans son cheminement thérapeutique. Une attention et un soutien sont aussi offerts à la famille ou à la personne proche aidante, une salle leur est dédiée. Les usagers sont considérés et ils sont participants à l'évolution de la programmation.

Récemment, un poste de kinésologue n'a pu être reconduit. Plusieurs usagers ont alors écrit à la direction de l'établissement pour faire part de l'importance, pour eux, d'avoir accès à cette ressource de l'équipe de l'hôpital de jour. Le délai d'accès de trois jours à un maximum de trois semaines est respecté, sauf en cas d'absence temporaire au niveau de la main-d'œuvre.

Ces deux services reposent sur une équipe de cinq personnes, plus les médecins psychiatres.

Les rencontres interdisciplinaires, auxquelles participent les psychiatres, ont lieu chaque semaine et sont organisées pour optimiser le temps de présence de chacun des membres de l'équipe. Il convient de souligner que le mode de cogestion médicale et clinico-administrative est très bien implanté jusqu'au niveau terrain.

CLSC de la Vallée-des-Forts

Le service de Traitement intensif bref à domicile (TIBD) est une alternative à l'hospitalisation traditionnelle en unité de soins psychiatriques. Il s'adresse à toute personne de 18 ans et plus présentant un épisode aigu. L'offre de services est de deux visites par jour, quatre jours par semaine, par une équipe interdisciplinaire composée d'infirmières, d'éducateurs spécialisés, de travailleurs sociaux, de pharmaciens et de médecins psychiatres. Tous vont au domicile de l'utilisateur. Exceptionnellement, la télésanté est aussi utilisée lorsque le psychiatre n'est pas en mesure de se déplacer. Le TIBD est mis en place seulement depuis une année. En quatre mois, son plein déploiement était complété. Le suivi maximum est de 15 usagers. La porte d'entrée est multiple afin de répondre rapidement au besoin.

Le service de Traitement intensif bref à domicile (TIBD) est une alternative à l'hospitalisation traditionnelle en unité de soins psychiatriques. Il s'adresse à toute personne de 18 ans et plus présentant un épisode aigu. L'offre de services est de deux visites par jour, quatre jours par semaine, par une équipe interdisciplinaire composée d'une infirmière, d'un éducateur spécialisé, d'un travailleur social, d'un pharmacien et d'un médecin psychiatre. Tous vont au domicile. Exceptionnellement, la télésanté est aussi utilisée lorsque le psychiatre n'est pas en mesure de se déplacer. Le suivi maximum est de 15 usagers. La porte d'entrée est multiple afin de répondre rapidement au besoin et éviter une hospitalisation. Des corridors de services, notamment avec la première ligne médicale, ont été développés. L'intensité du suivi à domicile implique une collaboration importante de la part de l'entourage et l'équipe s'assure également d'apporter un soutien à celui-ci. Une grande attention est apportée à la confidentialité de la situation de l'utilisateur. L'équipe a donc mis en place des stratégies adéquates. Ce service spécialisé travaille en étroite collaboration avec les autres services ambulatoires spécialisés en psychiatrie adulte.

Enfin, le TIBD vit aussi une problématique de locaux qui présente une difficulté supplémentaire, notamment en ce qui concerne l'espace de travail et les meilleures pratiques au niveau de la confidentialité. Les mesures de mitigation sont en place en attendant le déménagement dans des locaux adaptés prévu pour décembre dernier, mais retardé.

Centre de services ambulatoires de Saint-Lambert

Le Programme d'accompagnement justice et santé mentale du CCLM (PAJSM), s'adresse aux personnes accusées présentant, du point de vue de la santé et des services sociaux, différentes vulnérabilités liées à la santé mentale, à la déficience intellectuelle, au trouble du spectre de l'autisme, au trouble de l'utilisation de substances ou aux troubles découlant de traumatismes crâniens. La durée du suivi est de 12 à 18 mois. Chaque équipe est composée d'un agent de relations humaines et de 0,8 criminologue. Le programme dessert 50 usagers annuellement; l'équipe du RLS HRR dessert 24 clients annuellement.

L'objectif du programme est d'accompagner des usagers ayant commis un délit pouvant encourir une sanction par le système de justice, dans une trajectoire sociale hors circuit de la détention. Pour être admissible, l'utilisateur doit faire la démonstration de la reconnaissance du délit et de sa volonté de s'investir dans la démarche.

Le rôle de l'intervenant est celui de liaison entre les différents partenaires légaux, des services et des partenaires communautaires tout au long de la trajectoire de l'utilisateur. Les intervenants sont aussi en lien avec les familles et les personnes proches aidantes et peuvent les orienter vers des ressources selon le besoin. L'utilisateur est régulièrement consulté tout au long du processus; il participe au plan d'intervention et son consentement est confirmé tout au long du suivi.

Le modèle de gestion mis en place favorise la collaboration et le soutien clinique mutuel entre les équipes jumelles des RLS du CISSS, ainsi que la gestion de proximité.

L'équipe est dotée d'une grande compétence dans le domaine de la psychiatrie légale et les ressources du contentieux du CISSS sont aussi mises à contribution. Les partenariats avec les autres services du continuum en santé mentale et dépendance du CISSS sont très bien articulés. Les différents outils utilisés et les formulaires d'intervention et de transferts d'information sont déployés à l'échelle du CISSS. La collaboration avec un large éventail de partenaires communautaires et de la justice sont aussi une grande force du programme. Le programme respecte les balises du cadre de référence du MSSS sur le mécanisme d'accès en santé mentale. L'équipe souhaite faire connaître davantage ses services et les différentes trajectoires d'accès au sein du CISSS.

Centre de services ambulatoires de Saint-Lambert – Premier Épisode psychotique (PEP)

Ce programme propose un modèle interdisciplinaire où chaque usager se prévaut d'un intervenant pivot et d'un psychiatre responsable de son suivi. Les interventions se font majoritairement dans la communauté et visent le traitement précoce des symptômes de la psychose, puis de la réadaptation psychosociale.

La clientèle visée est celle d'usagers de 12 à 35 ans qui présentent des symptômes d'un trouble psychotique et qui n'ont jamais été traités pour une psychose ou qui ont été traités pour une ou des périodes totalisant moins de 12 mois de suivi.

L'équipe est interdisciplinaire et composée de travailleurs sociaux, de psychoéducateurs, d'une ergothérapeute, d'infirmières cliniciennes, de psychologues, d'un agent de relations humaines pour un nombre total d'équivalents temps complet (ETC) de 12,8. De plus, une équipe médicale composée de quatre psychiatres et d'un pédopsychiatre complète l'équipe. Sous peu, grâce au financement d'un projet de recherche, un pair aidant se joindra à l'équipe.

Les usagers qui sont desservis par le programme sont rencontrés en moyenne 1 fois par semaine durant les 18 premiers mois de suivi et de manière plus espacée pour les 18 mois suivants. La durée du suivi est habituellement de 3 ans, mais peut être modulée en fonction de l'évolution de la personne.

La prise en charge médicale se fait à l'intérieur de 14 jours. Il n'y a actuellement aucune liste d'attente et il n'y en a pas eu au cours des trois dernières années pour les deux équipes du CISSS. La prise en charge immédiate est une priorité pour les équipes afin d'agir le plus rapidement possible sur les symptômes de psychose et d'optimiser les chances de rétablissement complet.

Une fois par semaine, les psychiatres et pédopsychiatres attirés au PEP participent à une rencontre interdisciplinaire à laquelle tous les professionnels assistent et discutent des enjeux/objectifs/désirs de l'usager afin de parvenir à l'atteinte des objectifs propres à chaque usager.

Les intervenants impliqués dans le suivi sont déterminés en fonction des besoins de réadaptation ciblés par l'usager lui-même. Les préférences sont priorisées en ce qui concerne les intervenants et sont considérées dans le choix de l'intervenant pivot.

L'équipe a connu une charge de travail importante due au manque de personnel, ce qui a généré un ratio usagers/intervenant plus élevé que les standards énoncés dans le cadre de référence du MSSS. La prise en charge des usagers sans délai étant la priorité, d'autres aspects de l'activité professionnelle ainsi que des processus standardisés, notamment la systématisation des signatures du plan d'intervention et de leurs mises à jour, n'ont pas toujours pu être respectés au niveau souhaité. Des attentes claires à l'effet de diminuer la charge ont été exprimées afin de libérer du temps intervenant pour la réalisation satisfaisante des autres aspects de leur activité professionnelle. Un plan d'action a été élaboré par la gestionnaire en collaboration avec les intervenants et celui-ci est en cours de réalisation.

Malgré les difficultés rencontrées ces dernières années, la mobilisation des membres de l'équipe s'est toujours maintenue. La collaboration entre les membres de l'équipe et le soutien clinique de la coordonnatrice clinique sont présents. La cogestion médicale et clinico-administrative est également l'une des forces de l'équipe.

Le plan de postes est maintenant doté complètement. La nouvelle gestionnaire a élaboré, avec la contribution de l'équipe, un plan pour la diminution de la charge de travail afin d'abaisser le ratio usagers/intervenant et de se rapprocher du ratio standard. Un suivi est effectué lors des réunions d'équipe.

La collaboration avec les partenaires réseau MAISON BRODEUR — RESSOURCE INTERMÉDIAIRE

La Maison Brodeur est un foyer de transition de type ressource intermédiaire. C'est un ancien duplex qui compte huit places où les résidents séjournent pour une durée normale de deux ans, en préparation pour une ressource de type appartement supervisé. L'environnement est très propice à cette mission, de même que les activités et la philosophie de rétablissement à laquelle la petite équipe d'intervenants est totalement dévouée.

Les résidents présentent des troubles sévères et persistants, généralement de type schizophrénique. Le milieu est très propre et sécuritaire pour ce type de clientèle.

Tout est organisé pour favoriser le développement et la consolidation de l'autonomie fonctionnelle et citoyenne. Cela implique que les résidents peuvent aller et venir à leur gré, à condition de prévenir les responsables de leurs sorties. En conséquence, l'équipe vit régulièrement avec les effets de leurs dépendances et offre aux résidents des ressources d'aide, mais aussi une grande tolérance.

Toujours dans le même esprit, l'autogestion de la médication est un objectif avoué. Dans ce contexte, la pratique organisationnelle requise (POR) relative à la double identification ne peut être appliquée de la façon dont on l'entend habituellement lors de l'administration de la médication. Ceux-ci sont d'ailleurs fournis par une pharmacie d'officine à partir de la prescription du psychiatre au service ambulatoire de santé mentale des hôpitaux d'où proviennent les résidents. Il en est de même pour la POR sur le bilan comparatif des médicaments qui ne s'applique pas, puisque les intervenants n'interviennent pas dans la médication des résidents.

Les résidents rencontrés se sont dits très heureux de leur vécu à la Maison Brodeur. Plusieurs témoignent du respect des intervenants et du soutien indéfectible qu'ils reçoivent.

Commentaires communs à tous les services visités

De façon générale pour tous ces services, les moyens adéquats de transmission de l'information aux points de transition sont déployés et standardisés.

Les usagers sont tous volontaires à l'un ou l'autre de ses services. Ils participent à leur plan d'intervention individualisé et une attention au consentement est apportée tant dans la transmission de l'information entre les équipes traitantes qu'avec l'entourage.

Les outils de repérage, d'évaluation et de transferts d'information sont standardisés et harmonisés.

Les politiques et procédures de l'établissement sont mises en œuvre. Celles-ci comprennent les volets de la sécurité au domicile, la prévention du suicide, la prévention des chutes, la prévention des infections, l'intégrité de la peau, la prévention des infections, la double identification, la déclaration des événements. Là où c'est pertinent, les principes du bilan comparatif des médicaments (BCM) sont respectés et bien implantés.

Les observations des visiteurs notent également une approche thérapeutique qui satisfait les critères d'une pratique axée sur la «Bienveillance sécuritaire, attentionnée, adaptée aux traumatismes et exempte de stigmatisation».

Toutes les gestionnaires des équipes sont sensibilisées à l'importance de doter chaque service d'un plan d'amélioration de la qualité. Si certains services ont des outils en place qui sont partagés avec les équipes et font l'objet d'un suivi régulier, d'autres ont un modèle en développement.

L'un d'entre eux a même des objectifs d'amélioration de la qualité qui font l'objet de suivi en comité de direction. Toutefois, ceci n'est pas regroupé et identifié dans un gabarit conforme aux bonnes pratiques d'un plan d'amélioration de la qualité.

Les professionnels des équipes sont très expérimentés et la pratique collaborative incluant le psychiatre est très développée. La jeune équipe du TIBD ne fait pas exception, ses membres étant très expérimentés, même si le service lui n'a qu'une année d'existence. Il ressort aussi une culture de collaboration entre les différents services, ainsi qu'une volonté de mettre en œuvre, malgré les contraintes, une fluidité au bénéfice des usagers.

L'enjeu de pénurie de main-d'œuvre est présent comme partout. Il est noté que les efforts déployés donnent des résultats. Néanmoins, la spécialisation ainsi que les caractéristiques des usagers nécessitent d'apporter une attention particulière au bien-être des équipes afin d'éviter l'essoufflement. Or, la lourdeur des obligations administratives est identifiée comme une charge qui diminue le temps disponible pour le service aux usagers.

Tableau 7 : Critères non conformes en matière de Soins et services spécialisés en santé mentale pour les adultes (usagers inscrits)

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
4.1.31	L'équipe suit les procédures organisationnelles pour partager le plan de soins et services individualisé de l'utilisateur avec les membres autorisés de l'équipe.	Priorité normale

Soins et services d'urgences psychiatriques pour toute la population (usagers inscrits)

Évaluation du chapitre : 97,1 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 2,9 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

L'équipe de santé mentale œuvrant à l'urgence de l'Hôpital Charles-Le Moyne du CISSS de la Montérégie Centre a été rencontrée dans le cadre de cette visite. La clientèle psychiatrique à l'urgence ne bénéficie pas d'un secteur physique qui lui est propre, même si les usagers qui y sont dirigés et qui sont sous sa responsabilité se trouvent le plus souvent regroupés dans le secteur A de l'unité d'observation de l'urgence générale. L'équipe est composée d'une commis, d'une infirmière de liaison de jour, présente toute la semaine, d'un travailleur social pour les jours non chômés ainsi que de deux psychiatres de 8 h à 18 h. Ensemble, ils sont responsables de répondre aux demandes de consultation provenant de l'urgence majeure afin de décider de l'orientation et de la prise en charge des usagers. Cela représente près de 3000 consultations par année, dont 74 % sont dirigés vers les unités internes de l'hôpital.

L'équipe est expérimentée et entièrement dédiée à l'orientation plus optimale des usagers afin de les sortir des lits de l'urgence. L'emplacement de leurs bureaux de consultation est à bonne distance de l'urgence majeure où se trouvent les usagers, ce qui exige soit le déplacement des intervenants, soit celui des usagers. Il y a donc une perte d'efficacité qui en résulte.

En attendant leur consultation ou leur transfert vers une unité de soins spécialisés, les usagers séjournent dans l'unité d'observation A. Le personnel de cette unité est celui de l'urgence qui couvre alternativement les deux autres unités. Ce personnel est plus ou moins avenant avec les usagers de santé mentale, mais certains éprouvent de la crainte face à cette clientèle, ce qui n'est pas favorable à une bonne expérience pour l'utilisateur. D'ailleurs, l'aménagement physique de ce secteur a été refait afin d'augmenter la sécurité des intervenants de l'urgence.

Très rarement, des usagers peuvent être recommandés directement de ressources externes, essentiellement par les psychiatres des consultations externes de l'hôpital. Dans ces cas, l'infirmière de liaison peut orienter directement les usagers avec le soutien du travailleur social. Malgré tout, ces usagers semblent plutôt satisfaits.

L'évaluation des POR applicables à ce secteur indique qu'elles sont toutes conformes.

Les indicateurs utilisés sont principalement axés sur l'intention évidente d'assurer une meilleure fluidité, notamment au niveau du département d'urgence majeur. Les projets en cours suivent de la même logique. À tel point que les intervenants ne perçoivent pas d'autres préoccupations de la part de l'établissement en ce qui a trait à la qualité des soins.

En ce sens, il faut reconnaître l'énergie des dirigeants et des équipes ainsi que leur détermination à développer efficacement des solutions permettant d'éviter ou de raccourcir les hospitalisations, comme la création de l'Unité d'intervention brève qui a fait ses preuves.

Il serait judicieux de voir rapprocher les intervenants de l'unité où séjournent les usagers dont ils ont la responsabilité. L'établissement pourrait même considérer transformer l'unité d'observation A en une unité spécialisée en santé mentale, étant donné le nombre d'usagers qui y sont accueillis, quitte à y adjoindre une autre clientèle vulnérable.

La présence constante de l'infirmière de liaison et du travailleur social, ainsi que celle des psychiatres dans un environnement contigu, améliorerait l'expérience et probablement l'efficacité de l'équipe. Ce serait encore mieux si l'on pouvait y dédier une équipe professionnelle particulière.

Tableau 8 : Critères non conformes en matière de Soins et services d'urgences psychiatriques pour toute la population (usagers inscrits)

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
5.1.18	<p>En partenariat avec les usagers et les personnes proches aidantes, au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné.</p> <p>5.1.18.1 Au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, en partenariat avec les usagers et les personnes proches aidantes.</p>	POR
5.1.34	<p>L'information pertinente aux soins et services dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace lors des transitions des soins.</p> <p>5.1.34.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information lors des transitions des soins.</p>	POR

Soins et services en santé mentale pour toute la population (usagers admis)

Évaluation du chapitre : 95,9 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 4,1 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Dans le cadre de ce chapitre, plusieurs équipes ont été visitées sur les deux sites hospitaliers. À l'Hôpital Charles-Le Moyne (HCLM), on retrouve une Unité d'intervention brève (UIB) comptant dix lits pour les usagers admis adultes et 4 pour l'adopsychiatrie, ainsi que quatre unités d'hospitalisations comptant 89 lits, dont deux salles d'isolement. L'Hôpital du Haut Richelieu (HHR) compte, pour sa part, une Unité d'évaluation et de traitement transitoire (UETT) de 10 lits et 28 lits de courte durée. Les missions de l'UIB et de l'UETT peuvent se ressembler, mais leur utilisation est relativement différente. La première, plus récente, vise clairement des séjours très courts (24-72 hres) avec un retour dans la communauté avec des services appropriés. La seconde, qui existe depuis plus longtemps, sert en partie cette perspective, mais aussi d'unité d'admission rapide en vue d'un transfert à l'unité principale. Cette fonction est conséquente au fait que les médecins de l'urgence peuvent admettre directement les usagers de santé mentale en limitant leur séjour à l'urgence générale et en accélérant leur prise en charge par l'équipe de santé mentale.

Les différentes équipes sont constituées d'intervenants dédiés aux soins des usagers de santé mentale. On ressent partout un grand respect et une véritable bienveillance. Les équipes de soins travaillent bien avec les équipes médicales. Comme il y a une différence importante quant à la façon dont les psychiatres assurent leur présence auprès des unités d'usagers hospitalisés, le fonctionnement d'équipe des deux sites est très différent. Les services d'hospitalisations sont bien intégrés dans le continuum de services de santé mentale. Les liens avec les solutions de rechange à l'hospitalisation, notamment les services de traitement intensif bref à domicile, d'accompagnement bref dans la communauté, de suivi intensif en santé mentale et de suivi d'intensité variable et les services de dépendance. Ces derniers semblent moins présents ou le seront moins en raison de l'achalandage de leurs propres services.

Il est difficile de statuer sur la satisfaction des usagers, car le nombre de répondants est faible. Ceux rencontrés manifestent tous leur appréciation du travail des intervenants, le respect qu'ils ressentent et la bienveillance dont ils sont l'objet. Les équipes doivent trouver des modalités novatrices pour saisir adéquatement l'expérience réelle de ces personnes habituées à être dépréciées et marginalisées.

Toutes les installations, actuellement en service, sont de piètre qualité, voire réellement désuètes et mal adaptées. L'encombrement des unités du Pavillon de HCLM est à noter tant il pose un certain risque pour tous. Ce sont aussi des espaces sombres et tristes. Les visiteurs ont eu la chance de visiter les espaces rénovés de HHR que les équipes et les usagers vont bientôt réintégrer. Ce sont de très beaux espaces lumineux et mieux adaptés et, surtout, le souci de la sécurité des usagers particulièrement se retrouve partout.

Les usagers sont écoutés et pris au sérieux quant à leurs préférences concernant les soins qui leur sont prodigués, même lorsqu'ils sont sous une forme ou l'autre de garde en établissement. Des efforts sensibles sont déployés pour les informer de leurs droits et pour susciter leur engagement. La «voix des usagers» pourrait être mieux captée et utilisée dans plusieurs circonstances afin de mieux ajuster les choix faits par l'établissement.

Si la culture de sécurité est manifestement implantée, celle de la qualité et surtout celle de la mesure sont moins évidentes. Les intervenants ne connaissent pas les plans concernant la qualité ni les indicateurs qui seraient suivis par les gestionnaires, à l'exception de tout ce qui touche à la fluidité des usagers dans le système.

Seules deux POR comportent des tests non conformes pour certains secteurs. Les correctifs à réaliser sont relativement circonscrits et les visiteurs sont confiants quant à la capacité de l'établissement à accompagner ces secteurs vers la satisfaction de ces tests.

Il convient de souligner l'impact positif de l'ajout de deux agents d'intervention aux unités de HCLM dans le but d'améliorer la sécurité des déplacements vers la cour de justice. La présence de ceux-ci contribue non seulement à pacifier et à sécuriser ces déplacements, mais aussi à offrir aux usagers visés un accompagnement plus humain que celui des services privés de gardiens. Ils contribuent également à l'apaisement plus général des unités où ils sont présents quand ils ne sont pas en déplacement. Enfin, leur présence rassure les équipes. Dans la même foulée, il faut souligner le haut taux de formations Omega complétées. L'établissement est encouragé à consolider ces éléments dans les deux sites.

À l'inverse, les visiteurs sont préoccupés par le retrait ou la difficulté d'avoir les intervenants en dépendance régulièrement dans les unités pour sensibiliser les usagers, les préparer à transiter vers leurs ressources et, surtout, créer des liens qui consolideront leur désir de réduire leur dépendance ou les méfaits qui y sont liés.

Tableau 9 : Critères non conformes en matière de Soins et services en santé mentale pour toute la population (usagers admis)

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
6.1.8	L'équipe suit les procédures organisationnelles lorsqu'elle communique avec l'utilisateur à propos de ses droits et ses responsabilités de manière claire et opportune.	Priorité élevée
6.1.34	L'information pertinente aux soins et services dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace lors des transitions des soins.	POR
6.1.34.2	Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information lors des transitions des soins.	
6.1.34.4	L'information partagée lors des transitions des soins est consignée.	

Soins et services en dépendances pour toute la population (usagers inscrits)

Évaluation du chapitre : 100,0 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 0,0 % sont cotés non conformes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le tableau ci-dessous, qui comprend les éléments nécessitant un suivi.

Résultats de l'évaluation :

Les CLSC du Richelieu et de Samuel-de-Champlain ont été visités. Chaque équipe est composée d'une travailleuse sociale, d'une agente en relations humaines et d'une psychoéducatrice. Une gestionnaire supervise les deux équipes, qui collaborent étroitement dans leurs activités.

Ces équipes offrent des services d'intervention précoce et brève pour la majorité des types de dépendances, à l'exception des dépendances à caractère sexuel. Une équipe jumelle est également déployée pour couvrir un autre Réseau local de services (RLS) du CISSS, sous la supervision d'une autre gestionnaire. Ces deux gestionnaires se soutiennent mutuellement en cas d'absence d'un membre de l'une ou l'autre des équipes afin de maintenir l'accessibilité aux services.

Le service a été instauré en 2019, à la suite d'une directive du MSSS. Depuis, les équipes ont consacré beaucoup d'efforts à sensibiliser la population aux impacts des dépendances et à la disponibilité des services. Parmi leurs initiatives de sensibilisation, on note des présentations dans les écoles ainsi qu'une présence régulière au Carrefour Jeunesse Emploi, un milieu où les problématiques de dépendances sont soupçonnées d'être présentes.

Les usagers peuvent accéder aux services par autoréférence ou sur recommandation d'un tiers, médecin ou autre professionnel de la santé. Un outil de dépistage validé est utilisé par les intervenants pour déterminer si la personne est admissible aux services ou si elle devrait être orientée ailleurs. Un dépistage du risque suicidaire est également effectué. L'accès aux services est fluide, permettant une prise en charge dans un court délai.

L'approche est centrée sur le soutien à la démarche volontaire de l'utilisateur. Les suivis sont de courte durée, généralement de 10 à 12 séances, et sont basés sur une approche cognitivo-comportementale. Divers modes d'intervention sont utilisés : des séances individuelles (libres ou structurées), des rencontres de couple, familiales ou de groupe, offertes au CLSC ou dans la communauté, en présentiel, par téléphone ou en visioconférence.

Les équipes utilisent des outils de soutien et des guides standardisés pour appuyer leurs activités, notamment en ce qui concerne le repérage, l'évaluation, l'élaboration du plan d'intervention et la transmission d'informations lors des transitions. Le plan d'intervention est élaboré en partenariat avec l'utilisateur.

Lorsque requis, les usagers peuvent être orientés vers d'autres services de soins, tels que la santé mentale ambulatoire ou, vers le centre de réadaptation en dépendance (CRD), relevant du CISSS de la Montérégie-Ouest.

Des objectifs d'amélioration continue sont élaborés annuellement et suivis collectivement lors de rencontres d'équipe périodiques. L'équipe est encouragée à utiliser des indicateurs objectifs incluant des cibles, lorsque possible. Les usagers sont considérés comme des partenaires de soins. Cependant, ils ne participent pas aux activités opérationnelles, les équipes sont incitées à les inclure, ainsi que leurs familles, dans les démarches, telles que l'amélioration de la qualité.

La tenue de dossiers est hybride, les notes évolutives étant consignées de façon électronique.

Le personnel témoigne d'un climat de travail positif, d'une excellente collaboration et d'un esprit d'équipe soutenu. Les usagers rencontrés ont exprimé une très grande satisfaction à l'égard des services reçus, affirmant que cela avait «changé leur vie». Ils ont souligné la qualité de l'accueil et le respect avec lequel les services sont offerts, sans jugement.

Les équipes méritent d'être félicitées pour leur conformité aux pratiques organisationnelles requises.

En conclusion, il importe de reconnaître les efforts remarquables déployés pour la mise en place de ce service, les initiatives de sensibilisation et la qualité des services offerts. Les équipes sont encouragées à poursuivre leur démarche d'amélioration continue, en mettant en œuvre les mesures recommandées.

Tableau 10 : Critères non conformes en matière de Soins et services en dépendances pour toute la population (usagers inscrits)

Cette section ne contient aucun critère non-conforme.