



AGRÉMENT
CANADA

Rapport de visite

Programme Qmentum Québec^{MC}

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

Séquence 2 Santé mentale et dépendances

Rapport publié : 16/06/2025

Mise à jour : 10/12/2025

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
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	10
Aperçu de l’amélioration de la qualité	11
Décision d’agrément.....	12
Installations évaluées dans le cadre de la visite d’agrément	12
Résultats selon les dimensions de la qualité	14
Pratiques organisationnelles requises	15
Résultats de l’évaluation divisés par chapitre	19
Excellence des soins et services	19
Soins et services en périnatalité (usagers inscrits)	21
Soins et services en périnatalité (usagers admis)	Error! Bookmark not defined.
Soins et services en néonatalogie (usagers admis)	29
Soins et services pour les jeunes en difficulté (usagers inscrits)	32

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 16 mars 2025 au 21 mars 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 questionnaires, 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 broser 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-Ouest dessert une population de 504 402 habitants sur une superficie totale de plus de 3 653 km². Il bénéficie d'un budget de fonctionnement de 1,2 milliard \$, de près de 11 000 employés et de 577 médecins (omnipraticiens et spécialistes). Son territoire est composé de 65 municipalités réparties sur cinq municipalités régionales de comté (MRC), soit celles de Roussillon, Jardins-de-Napierville, Beauharnois-Salaberry, Haut-Saint-Laurent et Vaudreuil-Soulanges pour la majeure partie de ses services. Il inclut également des mandats régionaux en déficiences (déficience intellectuelle (DI), déficience physique (DP), trouble du spectre de l'autisme (TSA)), sur le territoire complet de la Montérégie et une mission régionale en dépendances, pour l'ensemble de la Montérégie ainsi que l'Île de Montréal uniquement pour la clientèle anglophone.

Il compte sur plusieurs points de service répartis à travers plus de 120 installations en définissant les responsabilités régionales. Il intègre trois hôpitaux, onze centres d'hébergement de soins de longue durée, deux maisons des aînés et alternatives (dont une en construction), trois centres de service ambulatoire / clinique en santé mentale pour jeunes et adultes, trois centres de services ambulatoires, neuf points de services de réadaptation en dépendance, douze points de services de CLSC et 37 points de services de réadaptation en déficience physique.

Les équipes travaillent également sur des projets immobiliers et tels technologiques que l'implantation du dossier clinique informatisé (DCI) dans l'ensemble des établissements.

Au cours de l'année 2021-2022, le CISSS de la Montérégie-Ouest s'est engagé auprès de l'ensemble de la population à définir un plan clinique organisationnel en vue d'identifier le développement ou l'ajustement de services requis pour répondre aux besoins de la population dans une perspective d'évolution démographique de dix ans.

C'est plus de 1 300 personnes qui ont participé à la consultation citoyenne et près de 700 employés et plus de 85 médecins qui ont contribué aux consultations internes, et plus de 300 personnes qui ont participé aux ateliers de travail.

En est ressorti cinq axes de développement pour structurer la démarche soit : Plus de promotion et prévention, plus de services de première ligne pour l'ensemble de la population, plus de services en première ligne pour les clientèles particulières, plus de services spécialisés en périphérie du milieu hospitalier, plus d'interdépendances interprogrammes.

Ils ont identifié six piliers pour enraciner les changements : attraction, rétention, ressources requises, collaboration et partenariat, agilité organisationnelle, développement des connaissances, transport cela a amené 92 pistes de solutions à fort consensus.

Aperçu des observations de l'équipe de visiteurs

L'interdisciplinarité : un moteur de cohésion et d'efficacité dans les services de santé mentale et en dépendances

L'interdisciplinarité constitue une force essentielle au cœur des services jeunesse du CISSS Montérégie-Ouest, permettant d'offrir des soins et services intégrés et adaptés aux besoins des usagers et des familles. Diverses initiatives démontrent comment cette approche favorise l'excellence et la collaboration dans l'ensemble de la région.

L'interdisciplinarité constitue une pierre angulaire essentielle aux pratiques observées au sein des équipes en santé mentale et dépendance du CISSS de la Montérégie-Ouest. À travers les différentes expériences recensées, elle se traduit par une concertation régulière entre professionnels de divers horizons, favorisant une approche centrée sur l'utilisateur.

Au sein de la clinique pour jeunes au Centre de services ambulatoires et groupe de médecine de famille universitaire Jardins-Roussillon, une collaboration interdisciplinaire bien établie permet aux équipes professionnelles de se réunir régulièrement pour discuter des cas et documenter leurs conclusions dans le dossier électronique (ICLSC ou Hélios). Cette méthodologie renforce la transparence et l'efficacité du suivi des usagers.

De manière similaire, l'unité de soins en santé mentale à l'hôpital Anna-Laberge (HAL) se distingue par une forte cohésion interdisciplinaire. Les multiples rencontres hebdomadaires entre professionnels et équipes médicales illustrent la volonté d'adopter une vision intégrée et partagée.

Les CLSC analysés (Saint-Rémi, Kateri et Valleyfield) et les Centres multiservices de santé et de services sociaux de Vaudreuil-Dorion, de Saint-Constant et de Jardins-Roussillon mettent également en lumière la force de l'interdisciplinarité. À Saint-Rémi, les équipes élaborent des plans de services individualisés en collaboration avec des partenaires divers, alors que l'équipe du CLSC Kateri se distingue par la qualité de ses plans d'intervention interdisciplinaires malgré les contraintes de ressources. Cependant, des défis demeurent, notamment à Jardins-Roussillon et Saint-Constant, où la documentation des plans de services intégrés dans les dossiers nécessite une amélioration, ce qui met en évidence l'importance d'une uniformisation des pratiques.

Les services ambulatoires de santé mentale de la rue du Marché à Valleyfield et le Centre multiservices de santé et de services sociaux de Vaudreuil-Dorion mettent en avant une collaboration exemplaire entre leurs équipes internes et externes, soulignant l'importance des réunions régulières pour promouvoir une cohésion durable.

Enfin, les cinq centres de réadaptation en dépendance (CRD) qui ont été visités, tels que ceux de Candiac, du boulevard Cousineau, de Saint-Hyacinthe, de la rue Joliette à Vieux-Longueuil et de Saint-Philippe, démontrent une solide approche collaborative au sein des équipes d'intervenants qui se traduit notamment par des rencontres interdisciplinaires formelles et des liens étroits au quotidien. Ces centres de réadaptation témoignent également d'une dynamique de collaboration exemplaire et porteuse avec de nombreux partenaires institutionnels et des organismes des communautés.

La continuité et les trajectoires des usagers : des efforts et des défis pour optimiser les services. La continuité des services et la fluidité des trajectoires constituent des enjeux majeurs au sein des diverses structures en santé mentale et dépendance. Ces éléments sont cruciaux pour offrir aux usagers une expérience de soins et services cohérente et adaptée à leurs besoins.

À la clinique pour jeunes au Centre de services ambulatoires et groupe de médecine de famille universitaire Jardins-Roussillon, de nombreux efforts sont déployés pour répondre efficacement aux besoins des usagers. La standardisation des outils et des approches se reflète dans la documentation des dossiers des usagers, témoignant d'une communication claire et d'une trajectoire de services bien définie.

L'unité de soins santé mentale du HAL s'illustre par son travail collaboratif avec les partenaires externes et les services de santé mentale. Les usagers ont souligné l'importance des efforts réalisés pour préparer leur transition en vue du congé, renforçant ainsi la continuité des soins.

Les CLSC offrent une illustration variée des défis et succès liés à la continuité des services. Par exemple, au CLSC Saint-Rémi, l'intégration des services de santé mentale avec d'autres offres du CISSS favorise une continuité exemplaire. Cependant, au CLSC Kateri, bien que des groupes soient organisés pour soutenir les parents en attente de services, la liste d'attente importante représente un obstacle à la fluidité des trajectoires. De même, au Centre de services ambulatoires en santé mentale de la rue Saint-Pierre, les délais de prise en charge en santé mentale adulte peuvent grandement dépasser les délais prescrits mettant en lumière une difficulté persistante malgré l'engagement des intervenants dédiés à la gestion des attentes.

Le Centre de services ambulatoires en santé mentale rue du Marché à Valleyfield offre un exemple positif de complémentarité des rôles et responsabilités entre équipes, avec une absence notable de liste d'attente pour le centre de jour. Cependant, le moratoire sur les affichages de postes vacants limite le potentiel d'interventions dans certains secteurs, compromettant en partie la continuité.

Au Centre multiservices de santé et de services sociaux de Vaudreuil-Dorion, la fluidité entre les trajectoires de soins et les partenariats externes est un point fort qui mérite d'être souligné. Le mécanisme d'accès en santé mentale a d'ailleurs été identifié comme projet vitrine. Toutefois, au Centre de services ambulatoires et groupe de médecine de famille universitaire Jardins-Roussillon, l'optimisation des ressources humaines demeure un enjeu nécessitant des solutions pour garantir une performance accrue.

Les centres de réadaptation en dépendance (CRD), tels que ceux de Candiac, du boulevard Cousineau, de Saint-Hyacinthe, de la rue Joliette à Vieux-Longueuil et de Saint-Philippe, démontrent un niveau d'accessibilité aux services exceptionnel (dans l'ensemble, le délai est de moins de 2 semaines), autant en ce qui concerne l'accueil centralisé que de la prise en charge au sein des services pour usagers inscrits et admis. Au fil des ans, les interventions de groupe se sont développées en complément à celles en individuel, conformément aux bonnes pratiques dans ce domaine. Cette transformation de l'offre de services a contribué à préserver une excellente accessibilité à ce programme clinique. Cependant, les usagers suivis en dépendance et qui présentent des troubles concomitants de santé mentale peinent à accéder aux services de santé mentale, tout particulièrement en ce qui concerne les besoins en pédopsychiatrie où les délais d'attente dépassent souvent un an.

L'expérience client dans les services de santé mentale et dépendance : satisfaction et opportunités d'amélioration

L'expérience client, un indicateur crucial de la qualité des services offerts en santé mentale et dépendance. À travers les différents sites visités, de nombreux efforts témoignent d'une volonté de répondre aux attentes des usagers, tout en mettant en lumière des points d'amélioration.

La clinique pour jeunes au Centre de services ambulatoires et groupe de médecine de famille universitaire Jardins-Roussillon se distingue par une satisfaction significative des usagers et de leurs proches. L'écoute et la qualité des services fournis contribuent à cette appréciation générale positive.

Dans l'Unité de soins santé mentale du HAL, l'expérience client est enrichie par la présence de pairs aidants, eux-mêmes anciens usagers du programme. Ces ressources inspirent de l'espoir chez les usagers, un point qui a été particulièrement souligné lors des échanges.

Au CLSC Saint-Rémi, les usagers interrogés ont unanimement exprimé leur grande satisfaction envers l'équipe. Les entretiens téléphoniques ont permis de recueillir des témoignages valorisant l'engagement et la qualité des services reçus.

Les interventions des professionnels du CLSC Kateri sont bien appréciées par les jeunes usagers et leurs parents pour la qualité des services offerts. Cependant ces derniers nous ont mentionné qu'ils ont fait face

à des délais d'attente prolongés. Cette situation, bien qu'atténuée par des initiatives comme les groupes de soutien pour les parents, demeure un frein à une expérience optimale.

Les Services ambulatoires santé mentale rue du Marché à Valleyfield illustrent une implication active des usagers dans leur parcours de soins. Ceux-ci se disent écoutés, respectés et soutenus dans une démarche favorisant leur autonomie. Cette approche axée sur la responsabilisation est particulièrement bien reçue.

Au Centre multiservices de santé et de services sociaux de Vaudreuil-Dorion, les usagers perçoivent une véritable valeur ajoutée dans les services offerts. L'intégration de pairs aidants contribue à renforcer leur sentiment d'écoute et de valorisation. De manière similaire, au Centre multiservices de santé et de services sociaux de Jardins-Roussillon, les bénéficiaires apprécient l'engagement de l'équipe, se sentant bien outillés pour affronter leurs défis.

Toutefois, au Centre de services ambulatoires en santé mentale de la rue Saint-Pierre, les délais d'attente constituent un obstacle majeur à la satisfaction des usagers. Les délais de suivis pour la gestion proactive de la liste d'attente sont également longs, pouvant aller jusqu'à plus de six mois pour un contact avec les usagers en attente.

Dans l'ensemble des CRD visités, tels que ceux de Candiac, du boulevard Cousineau, de Saint-Hyacinthe, de la rue Joliette à Vieux-Longueuil et de Saint-Philippe, les usagers présentent un haut niveau de satisfaction au regard de l'expérience client. Les pistes d'amélioration émanant de sondages ou de rétroactions au quotidien, sont prises en considération et se traduisent par des actions concrètes dans une optique d'amélioration. L'implication régulière de pairs aidants dans les interventions de groupe, comme observé à Candiac, Vieux-Longueuil et Saint-Philippe, présente une réelle valeur ajoutée selon les dires des usagers et des intervenants. Les gestionnaires du programme dépendances sont bien conscients de l'impact positif sur l'expérience de l'utilisateur et entendent étendre cette pratique aux autres emplacements. Notons également qu'au fil des ans, des usagers ressources ont également été impliqués dans certains projets d'amélioration.

Principales pistes d'amélioration et domaines d'excellence

Domaines d'excellence de la séquence 2

- Milieu résilient et combatif face aux nombreux défis;
- Nombreuses initiatives favorisant le recrutement;
- Multiples partenariats porteurs avec les institutions et les organismes communautaires;
- Haut niveau d'engagement des équipes visitées envers leurs clientèles;
- Importance accordée au développement des compétences.

Principales opportunités d'amélioration de la séquence 2

- Poursuivre les initiatives de recrutement de main-d'oeuvre et stabiliser les équipes;
- Intensifier le déploiement des POR non conformes;
- Assurer la mise en oeuvre des plans d'amélioration de la qualité au niveau opérationnel;
- Adresser les enjeux de vétusté et de mise à niveau de certaines installations;
- Structurer le processus de gestion et de révision des politiques et procédures.

Soins centrés sur les personnes

Durant leur visite, les visiteurs ont eu l'opportunité précieuse de rencontrer plusieurs usagers ainsi que des proches aidants, recueillant ainsi des témoignages qui ont confirmé un haut niveau de satisfaction une fois les services débutés. Cette satisfaction est notamment favorisée par la présence de pairs aidants dans certains secteurs, des initiatives clés qui méritent d'être soulignées. Les usagers ont exprimé leur profonde gratitude pour la possibilité d'échanger avec ces pairs aidants, qui incarnent un soutien tangible et nourrissent leur espoir de rétablissement en partageant leurs propres expériences.

Malgré la pénurie de ressources dans certains secteurs, l'approche de soins centrée sur les personnes se révèle omniprésente et constitue un pilier fondamental du travail de l'ensemble des équipes rencontrées. Cette philosophie d'intervention repose sur une implication active des usagers et de leurs proches, non seulement dans les services, mais également dans le processus décisionnel concernant leurs soins et services. Ce partenariat favorise une véritable co-construction des interventions et renforce le lien de confiance entre les équipes d'intervenants et les usagers.

L'introduction des pairs aidants directement au sein des services est une avancée marquante qui amplifie la portée de cette approche centrée sur les personnes. Leur rôle contribue à humaniser les services, en offrant un regard authentique et une écoute empathique, créant ainsi un environnement de soins et services chaleureux et respectueux des besoins et des choix des individus.

De plus, dans les dossiers d'usagers examinés, les visiteurs ont pu constater l'élaboration de plans d'intervention disciplinaires, interdisciplinaires et de plans individualisés de services. Ces outils mobilisent les membres de l'équipe autour de l'utilisateur et garantissent une prise en charge globale et coordonnée impliquant l'utilisateur lui-même. Cette démarche renforce la qualité des services, tout en respectant les spécificités, les attentes et l'implication de chaque usager.

En conclusion, cette approche de soins centrée sur les personnes et axée sur l'expérience usager illustre une transformation dans la manière de concevoir et de fournir des services en santé mentale et dépendances. Elle reflète un engagement envers l'humanité, l'écoute et l'innovation, tout en plaçant l'utilisateur et ses proches au cœur de chaque action.

Aperçu de l'amélioration de la qualité

L'amélioration de la qualité au sein de la direction jeunesse repose sur une synergie entre les stratégies élaborées au niveau tactique et stratégique et leur mise en œuvre concrète sur le terrain. Bien que les plans d'amélioration soient soigneusement élaborés par la direction, il est essentiel de reconnaître qu'une véritable transformation nécessite une intégration efficace auprès des gestionnaires et de leurs équipes.

Actuellement, l'absence de déploiement optimisé des plans sur le terrain limite leur impact et peut créer un décalage entre les objectifs stratégiques et les réalités opérationnelles. Les gestionnaires, en première ligne, doivent non seulement comprendre les objectifs des plans, mais aussi être dotés des outils, pour les appliquer efficacement.

Pour obtenir des changements durables, les plans d'amélioration de la qualité doivent être accompagnés d'un encadrement clair et collaboratif. Cela inclut la participation des parties prenantes dans l'élaboration, une formation adaptée, des suivis réguliers, ainsi que des mécanismes pour recueillir et intégrer la rétroaction des équipes. Une approche participative, où les gestionnaires sont activement impliqués dans le processus, favorise l'adhésion et l'appropriation des initiatives, ce qui est indispensable pour améliorer la qualité des services offerts à la clientèle en santé mentale et dépendances.

En alignant les intentions stratégiques avec une mise en œuvre pragmatique sur le terrain, l'établissement peut véritablement propulser l'amélioration de la qualité et garantir des services plus efficaces et centrés sur les besoins des usagers.

Décision d'agrément

Le statut d'agrément est:

Agréé

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest 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 réadaptation en dépendance de Candiac	Soins et services en dépendances pour toute la population (usagers inscrits)
Centre de réadaptation en dépendance de la rue Joliette	Soins et services en dépendances pour toute la population (usagers inscrits)
Centre de réadaptation en dépendance de Saint-Hyacinthe	Soins et services en dépendances pour toute la population (usagers inscrits)
Centre de réadaptation en dépendance de Saint-Philippe / Saint-Philippe Addiction Readaptation Centre	Soins et services en dépendances pour toute la population (usagers admis)
Centre de réadaptation en dépendance du boulevard Cousineau	Soins et services en dépendances pour toute la population (usagers inscrits)
Centre de services ambulatoires en santé mentale de la rue du Marché	Soins et services spécialisés en santé mentale pour les adultes (usagers inscrits)
Centre de services ambulatoires en santé mentale de la rue Saint-Pierre	Soins et services spécifiques en santé mentale pour les adultes (usagers inscrits)
Centre de services ambulatoires et groupe de médecine de famille universitaire Jardins-Roussillon	Soins et services en santé mentale pour les enfants et les jeunes (usagers inscrits)

Centre de services ambulatoires et groupe de médecine de famille universitaire Jardins-Roussillon	Soins et services spécialisés en santé mentale pour les adultes (usagers inscrits)
Centre multiservices de santé et de services sociaux de Vaudreuil-Dorion	Soins et services spécialisés en santé mentale pour les adultes (usagers inscrits)
Centre multiservices de santé et de services sociaux de Vaudreuil-Dorion	Soins et services spécifiques en santé mentale pour les adultes (usagers inscrits)
CLSC de Saint-Rémi	Soins et services en santé mentale pour les enfants et les jeunes (usagers inscrits)
CLSC Kateri	Soins et services en santé mentale pour les enfants et les jeunes (usagers inscrits)
CLSC Kateri 87B	Soins et services en santé mentale pour les enfants et les jeunes (usagers inscrits)
Hôpital Anna-Laberge	Soins et services en santé mentale pour toute la population (usagers admis)
CISSS de la Montérégie-Ouest – Santé mentale et dépendances	Excellence des soins et services

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.)	4	0	0	4
Continuité (Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.)	45	0	0	45
Efficience (Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.)	8	2	0	10
Milieu de travail (Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.)	35	2	3	40
Pertinence (Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.)	50	3	2	55
Sécurité (Assurez ma sécurité.)	143	66	57	266
Services centrés sur l'utilisateur (Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.)	101	1	3	105
Total	388	74	65	527

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 tests de conformité avec cote conforme	Pourcentage de tests 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 en dépendances pour toute la population (usagers admis)	Identification des usagers	1 / 1	100.00%
Soins et services en dépendances pour toute la population (usagers admis)	Maintenir à jour une liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins	2 / 5	40.00%
Soins et services en dépendances pour toute la population (usagers admis)	Optimiser l'intégrité de la peau	0 / 6	0.00%
Soins et services en dépendances pour toute la population (usagers admis)	Prévention de la thromboembolie veineuse	0 / 6	0.00%
Soins et services en dépendances 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 dépendances pour toute la population (usagers admis)	Transfert de l'information aux points de transition des soins	5 / 5	100.00%
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 tests de conformité avec cote conforme	Pourcentage de tests 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	2 / 2	100.00%
Soins et services en dépendances pour toute la population (usagers inscrits)	Optimiser l'intégrité de la peau	0 / 6	0.00%
Soins et services en dépendances pour toute la population (usagers inscrits)	Prévention de la thromboembolie veineuse	0 / 0	S.O.
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	3 / 5	60.00%
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	0 / 5	0.00%
Soins et services en santé mentale pour les enfants et les jeunes (usagers inscrits)	Optimiser l'intégrité de la peau	0 / 3	0.00%
Soins et services en santé mentale pour les enfants et les jeunes (usagers inscrits)	Prévention de la thromboembolie veineuse	0 / 0	0.00%
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	2 / 3	66.67%
Soins et services en santé mentale pour les enfants et les jeunes (usagers inscrits)	Transfert de l'information aux points de transition des soins	4 / 5	80.00%

Chapitre(s)	Nom de la POR	Nombre de tests de conformité avec cote conforme	Pourcentage de tests de conformité avec cote conforme
Soins et services en santé mentale pour toute la population (usagers admis)	Identification des usagers	1 / 1	100.00%
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	1 / 5	20.00%
Soins et services en santé mentale pour toute la population (usagers admis)	Optimiser l'intégrité de la peau	5 / 6	83.33%
Soins et services en santé mentale pour toute la population (usagers admis)	Prévention de la thromboembolie veineuse	5 / 6	83.33%
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	4 / 5	80.00%
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	2 / 5	40.00%
Soins et services spécialisés en santé mentale pour les adultes (usagers inscrits)	Optimiser l'intégrité de la peau	1 / 6	16.67%
Soins et services spécialisés en santé mentale pour les adultes (usagers inscrits)	Prévention de la thromboembolie veineuse	0 / 0	S.O.
Soins et services spécialisés en santé mentale pour les adultes (usagers inscrits)	Réduire les blessures liées aux chutes grâce à un programme de prévention	6 / 6	100.00%
Soins et services spécialisés en santé mentale pour les adultes (usagers inscrits)	Transfert de l'information aux points de transition des soins	4 / 5	80.00%

Chapitre(s)	Nom de la POR	Nombre de tests de conformité avec cote conforme	Pourcentage de tests de conformité avec cote conforme
Soins et services spécifiques en santé mentale pour les adultes (usagers inscrits)	Identification des usagers	1 / 1	100.00%
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	2 / 5	40.00%
Soins et services spécifiques en santé mentale pour les adultes (usagers inscrits)	Optimiser l'intégrité de la peau	0 / 0	S.O.
Soins et services spécifiques en santé mentale pour les adultes (usagers inscrits)	Prévention de la thromboembolie veineuse	0 / 0	S.O.
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	4 / 5	80.00%
Total		97 / 150	64.67%

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 :

L'excellence des services en santé mentale et dépendances: un engagement exemplaire!

La Direction des programmes de santé mentale et dépendances (DPSMD) se démarque par son engagement profond à améliorer la santé psychosociale de la population, tout en accordant une attention particulière aux personnes vulnérables confrontées à des défis liés à la santé mentale et aux dépendances. Avec une mission claire et ambitieuse, l'équipe de DPSMD contribue à soutenir le rétablissement des individus et à favoriser leur pleine citoyenneté.

Cet engagement s'appuie sur l'adhésion aux meilleures pratiques, basées sur des données probantes. L'accent est mis sur l'actualisation de l'expertise avec différentes activités de formation, d'apprentissage, le co-développement et l'encadrement des pratiques. Grâce à des partenariats solides établis avec des institutions et organismes de la communauté et une collaboration active avec les autres territoires de la Montérégie, notamment en matière de dépendances, la DPSMD a mis en œuvre une offre des services bien adaptée aux besoins populationnels et fait montre de créativité afin de trouver des solutions aux cas complexes.

L'objectif fondamental est clair : offrir le bon service au bon usager, au bon moment. La pertinence des interventions repose également sur une sensibilité envers les communautés autochtones et la diversité culturelle qui s'accroît sur le territoire, un aspect qui enrichit la pertinence et l'humanité des services rendus. Un souci d'offrir les services en anglais ainsi que d'autres langues illustre une volonté d'adaptation à la population à desservir.

La direction a également démontré son expertise en matière de prévention du suicide et d'intervention en situation de crise. Non seulement elle cogère ces dossiers essentiels, mais elle respecte également les critères organisationnels de bonnes pratiques en matière de prévention du suicide. Combinés aux outils de repérage et à la formation, ces efforts reflètent une approche proactive et résolument orientée vers la qualité.

Depuis la dernière visite d'agrément de l'établissement (pour la séquence 1 en 2024), plusieurs initiatives innovantes ont été mises en œuvre en matière de gestion des ressources humaines, bien que la situation demeure très fragile dans plusieurs secteurs d'activités. À titre d'exemple, l'exploration de postes atypiques, en réponse à la pénurie de main-d'œuvre, illustre une réflexion agile et adaptée aux réalités du terrain. Cette démarche a permis d'améliorer sensiblement la dotation en personnel, même si des défis persistent, où le recours au temps supplémentaire, qu'il soit obligatoire ou volontaire, témoigne des limites liées à des équipes encore incomplètes, notamment au programme des premiers épisodes psychotiques à Valleyfield.

Au chapitre de la performance, la création d'une salle de pilotage tactique traduit une volonté forte d'instaurer une culture de la mesure et d'amélioration continue de la qualité. En suivant des indicateurs

bien définis, la direction s'engage à déployer cette culture dans les services de proximité, renforçant ainsi la cohérence et l'efficacité de ses actions. Les équipes sont mises à contribution en étant consultées et parties prenantes pour l'identification et la mise en œuvre de solutions.

En conclusion, la DPSMD illustre, par ses initiatives, ses partenariats et sa recherche constante de l'excellence, une volonté affirmée de répondre aux besoins des usagers tout en valorisant le bien-être global de la communauté. Ce modèle d'engagement et de performance reflète une vision inspirante nécessaire pour relever les nombreux défis auxquels l'établissement est confronté. Le programme de pair-aidance contribue à l'approche normalisant et de lutte contre la stigmatisation, favorisant la responsabilisation des usagers où l'espoir est au cœur de l'approche.

Tableau 4 : Critères non conformes en matière d'Excellence des soins et Services

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
1.3.9	Les gestionnaires du programme-services élaborent un plan d'amélioration continue de la qualité qui comprend des projets d'amélioration dotés d'objectifs mesurables et d'échéanciers précis.	Priorité élevée
1.3.10	Les gestionnaires du programme-services analysent régulièrement les données afin d'évaluer l'efficacité des projets d'amélioration continue de la qualité, et ce, en collaboration avec les partenaires et les directions de l'établissement concernées.	Priorité normale
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 : 79,3 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 20,7 % 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 équipes de soins et de services en santé mentale pour les enfants et les jeunes inscrits du CISSS de la Montérégie-Ouest, réparties sur différents sites, ont été rencontrées lors de cette visite :

- Centre de services ambulatoires et Groupe de médecine de famille (GMF) universitaire Jardins-Roussillon : services de 2^e ligne en santé mentale jeunesse (18 ans et moins) et clientèle en pédopsychiatrie.
- CLSC de Saint-Rémi : services de 1^{ère} ligne en santé mentale jeunesse (18 ans et moins).
- CLSC Kateri et Kateri 87B Marie-Victorin : services de 1^{ère} ligne en santé mentale jeunesse (18 ans et moins).

Les équipes rencontrées se composent d'infirmières, de travailleurs sociaux, de neuropsychologues, de pédopsychiatres, d'éducateurs spécialisés, de psychologues, de psychoéducateurs, de coordonnateurs professionnels, le tout soutenu par des gestionnaires dotés d'une grande expertise.

Ces équipes ont démontré une maîtrise contemporaine des approches en santé mentale. Tout au long des interventions observées, le visiteur a constaté une grande attention, bienveillance et engagement envers les jeunes usagers et leurs parents. Le travail en interdisciplinarité est évident, comme en témoignent les plans d'intervention interdisciplinaire et, dans certains cas, les plans de services individualisés élaborés en collaboration avec des partenaires tels que le milieu scolaire.

Lorsque des problématiques dépassent leur champ d'expertise, les professionnels n'hésitent pas à orienter les usagers vers des centres spécialisés. Ils bénéficient d'un accompagnement constant pour le maintien et le développement de leurs compétences par des formations et aussi assuré par des coordonnateurs professionnels, leur permettant de pratiquer selon les standards contemporains.

Rencontres avec les usagers durant les visites, le visiteur a eu l'occasion de rencontrer de jeunes usagers et leurs parents, ainsi que d'accompagner une professionnelle lors d'une visite à domicile. Les témoignages des familles ont été unanimement élogieux et empreints de reconnaissance envers les professionnels les accompagnants dans leur parcours.

Évaluation de l'environnement : De manière générale, les sites visités sont adaptés aux activités cliniques qui y sont menées. Toutefois, trois situations méritent une attention particulière :

Bureau de l'éducatrice spécialisée (zoothérapie) au CLSC de Saint-Rémi : L'éducatrice qui fait aussi de la zoothérapie travaille avec un chien dans un bureau recouvert de tapis. La balayeuse étant hors service depuis plusieurs semaines, il serait pertinent d'envisager un remplacement rapide.

CLSC Kateri et 87B Marie-Victorin : Les locaux y sont exigus avec des corridors étroits. L'absence d'un agent administratif et la présence de boutons d'urgences qui sont reliés au Service de police, mais nécessitant un code d'accès à la porte, soulèvent des questions de sécurité. L'équipe n'a pu confirmer si les policiers avaient accès au code en cas d'intervention urgente.

Sécurité des archives : Au Centre de services ambulatoires et au CLSC de Saint-Rémi, les locaux abritant les archives ne sont pas sécurisés adéquatement. Les portes menant à la voûte contenant les dossiers des usagers étaient ouvertes et sans surveillance lors de la visite. Nous encourageons l'équipe à systématiquement verrouiller ces portes qui sont déjà dotées de serrures à carte ou à code numérique.

Les équipes de santé mentale en ambulatoire des Centres multiservices de santé et de services sociaux de Vaudreuil-Dorion et du Centre de services ambulatoires en santé mentale de la rue Saint-Pierre ont été visités. Ils sont responsables du mécanisme d'accès en santé mentale, de la santé mentale adulte en première ligne ainsi que du suivi d'intensité variable, ainsi que de l'accompagnement bref dans la communauté (ABC) et du traitement intensif bref à domicile (TIBD). On y trouve des équipes multidisciplinaires comprenant des professionnels en psychologie, travail social, ergothérapie, soins infirmiers, criminologie, orientation, relations humaines et psychiatrie.

Les équipes sont encadrées et détiennent une expertise où le soutien clinique, les activités d'apprentissage et le co-développement sont favorisés, le tout dans un contexte interdisciplinaire. Dans la même veine, un programme d'accueil et d'orientation spécifique pour l'équipe est mis en application. On y ressent un réel souci de bienveillance envers la clientèle. La flexibilité des horaires est appréciée des usagers, mais l'accès constitue un défi important, avec des listes d'attente pouvant atteindre jusqu'à près de deux ans pour démarrer un service. La reconnaissance grandissante de l'expertise des organismes communautaires favorise la complémentarité des services aux usagers. Le projet de pair-aidance permet également de faciliter les transitions entre les services et le cheminement personnel des usagers. Les équipes disposent de locaux adéquats à Vaudreuil-Dorion, et nous invitons l'établissement à munir les bureaux du CLSC de Saint-Constant de boutons panique afin d'assurer une meilleure sécurité. Les plans d'intervention sont articulés autour des objectifs déterminés par les usagers. L'équipe est encouragée à formaliser un plan d'amélioration de la qualité, qui viendrait consolider la consultation terrain.

Au chapitre des pratiques organisationnelles requises, nous félicitons l'équipe pour la conformité à la pratique de double identification des usagers. La pratique concernant la prévention de thromboembolie veineuse n'est pas applicable dans un contexte de soins ambulatoires en santé mentale. Nous encourageons l'établissement à élaborer ou réviser la documentation des programmes de prévention des chutes, du bilan comparatif des médicaments et d'optimisation de l'intégrité de la peau, puis à assurer une réflexion approfondie sur le cadre d'application pour les services offerts par les équipes de santé mentale en CLSC et en communauté. Quant à la pratique sur la transmission de l'information aux points de transition, nous invitons l'établissement à identifier et mettre en œuvre les moyens pour évaluer l'efficacité de la communication.

Nous relevons que la liste d'attente compromet l'accessibilité en temps opportun aux services de santé mentale et que le manque de ressources, notamment en psychologie et en psychiatrie, constitue une préoccupation pour les équipes, les usagers et les partenaires de la communauté. Enfin, le nouveau programme de traitement intensif bref à domicile mis en place il y a environ une année répond à un besoin réel de la population. Il favorise le rétablissement rapide dans un contexte où la responsabilisation de l'utilisateur et la mobilisation de l'entourage figurent au premier plan.

Les locaux des intervenants sont équipés de boutons d'urgence. Cependant, leur usage demeure rare.

Nous avons recommandé l'établissement d'un calendrier de tests réguliers pour vérifier leur bon fonctionnement et permettre aux équipes de pratiquer les actions à poser en cas de situations critiques.

Plan d'amélioration continue de la qualité. Nous encourageons les équipes à élaborer un plan d'amélioration continue intégrant des indicateurs de mesure (objectifs, cibles et suivis). Ces outils mobilisent les équipes en offrant une vision claire des progrès réalisés.

Pratiques organisationnelles requises. Nous félicitons l'équipe pour sa conformité aux pratiques organisationnelles, notamment la double identification et la prévention du suicide. Nous les invitons toutefois à :

Renforcer la transmission d'informations aux points de transition, particulièrement en ce qui concerne l'évaluation et les ajustements nécessaires.

Porter une attention à la prévention des chutes et à l'intégrité de la peau, notamment pour les usagers ayant des comportements d'automutilation.

En conclusion, nous tenons à souligner les efforts déployés pour répondre dans des délais raisonnables aux besoins de la population. Les cours offerts aux parents en attente de services pour leurs jeunes sont particulièrement appréciés, leur fournissant des pistes d'intervention utiles en attendant un accompagnement direct. Cependant, des délais significatifs subsistent dans certains secteurs, comme l'ont mentionné les parents rencontrés.

Nous saluons également la mise en œuvre d'un solide réseau de partenaires communautaires et d'une collaboration intersectorielle pour soutenir les familles dans des périodes difficiles.

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
2.1.8	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
2.1.22	L'équipe participe au programme de prévention des chutes de l'établissement, fondé sur des données probantes, afin de réduire les blessures qui en découlent. 2.1.22.6 L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur le programme de prévention des chutes et de réduction des blessures qui en découlent.	POR
2.1.23	L'équipe participe au programme visant à optimiser l'intégrité de la peau de l'établissement fondé sur des données probantes. 2.1.23.1 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque d'atteinte à l'intégrité de la peau. 2.1.23.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour assurer qu'une évaluation complète est réalisée pour l'utilisateur dont le repérage est positif pour le risque d'atteinte à l'intégrité de la peau. 2.1.23.5 L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur le programme d'optimisation de l'intégrité de la peau.	POR

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
2.1.34	<p>L'information pertinente aux soins et services dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace lors des transitions des soins.</p> <p>2.1.34.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre les actions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers santé des usagers) pour évaluer l'observance des processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; • demander aux usagers, aux personnes proches aidantes et aux prestataires de soins et services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; • évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information, à partir par exemple du mécanisme de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers). 	POR
2.1.35	<p>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.</p> <p>2.1.35.1 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour obtenir le meilleur schéma thérapeutique possible lors des points de transitions de soins.</p> <p>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.</p> <p>2.1.35.3 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour déclarer les incidents qui causent ou auraient pu causer préjudice à un usager liés à la tenue d'une liste précise des médicaments lors des points de transitions de soins comme incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	POR

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
2.2.2	Les équipes suivent la procédure de l'établissement pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical.	Priorité élevée

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

Évaluation du chapitre : 86,2% des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 13,8 % 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 équipes de santé mentale en ambulatoire des Centres multiservices de santé et de services sociaux de Vaudreuil-Dorion et du Centre de services ambulatoires en santé mentale de la rue Saint-Pierre ont été visités. Ils sont responsables du mécanisme d'accès en santé mentale, de la santé mentale adulte en première ligne ainsi que du suivi d'intensité variable, ainsi que de l'accompagnement bref dans la communauté (ABC) et du traitement intensif bref à domicile (TIBD). On y trouve des équipes multidisciplinaires comprenant des professionnels en psychologie, travail social, ergothérapie, soins infirmiers, criminologie, orientation, relations humaines et psychiatrie.

Les équipes sont encadrées et détiennent une expertise où le soutien clinique, les activités d'apprentissage et le co-développement sont favorisés, le tout dans un contexte interdisciplinaire. Dans la même veine, un programme d'accueil et d'orientation spécifique pour l'équipe est mis en application. On y ressent un réel souci de bienveillance envers la clientèle. La flexibilité des horaires est appréciée des usagers, mais l'accès constitue un défi important, avec des listes d'attente pouvant atteindre jusqu'à près de deux ans pour démarrer un service. La reconnaissance grandissante de l'expertise des organismes communautaires favorise la complémentarité des services aux usagers. Le projet de pair-aidance permet également de faciliter les transitions entre les services et le cheminement personnel des usagers. Les équipes disposent de locaux adéquats à Vaudreuil-Dorion, et nous invitons l'établissement à munir les bureaux de la clinique externe de Saint-Constant de boutons panique afin d'assurer une meilleure sécurité. Les plans d'intervention sont articulés autour des objectifs déterminés par les usagers. L'équipe est encouragée à formaliser un plan d'amélioration de la qualité, qui viendrait consolider la consultation terrain.

Au chapitre des pratiques organisationnelles requises, nous félicitons l'équipe pour la conformité à la pratique de double identification des usagers. La pratique concernant la prévention de thromboembolie veineuse n'est pas applicable dans un contexte de soins ambulatoires en santé mentale. Nous encourageons l'établissement à élaborer ou réviser la documentation des programmes de prévention des chutes et du bilan comparatif des médicaments, puis à assurer une réflexion approfondie sur le cadre d'application pour les services offerts par les équipes de santé mentale en CLSC et en communauté. Quant à la pratique sur la transmission de l'information aux points de transition, nous invitons l'établissement à identifier et mettre en œuvre les moyens pour évaluer l'efficacité de la communication.

Nous relevons que la liste d'attente compromet l'accessibilité en temps opportun aux services de santé mentale et que le manque de ressources, notamment en psychologie et en psychiatrie, constitue une préoccupation pour les équipes, les usagers et les partenaires de la communauté. Enfin, le nouveau programme de traitement intensif bref à domicile mis en place il y a environ une année répond à un besoin réel de la population. Il favorise le rétablissement rapide dans un contexte où la responsabilisation de l'usager et la mobilisation de l'entourage figurent au premier plan.

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
3.1.17	Les gestionnaires du programme-services fournissent aux équipes un gabarit normalisé pour élaborer des plans de soins et services individualisés avec les usagers.	Priorité normale
3.1.20	L'équipe suit les procédures organisationnelles afin de fournir un environnement sécuritaire et sécurisé pour tous.	Priorité élevée
3.1.34	<p>L'information pertinente aux soins et services dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace lors des transitions des soins.</p> <p>3.1.34.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre les actions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers santé des usagers) pour évaluer l'observance des processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; • demander aux usagers, aux personnes proches aidantes et aux prestataires de soins et services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; • évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information, à partir par exemple du mécanisme de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers. 	POR
3.1.35	<p>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.</p> <p>3.1.35.1 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour obtenir le meilleur schéma thérapeutique possible lors des points de transitions de soins.</p> <p>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.</p> <p>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</p>	POR

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
	des transitions de soins, dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.	
3.2.2	Les équipes suivent la procédure de l'établissement pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical.	Priorité élevée
3.2.7	Les équipes cliniques suivent la procédure organisationnelle pour l'administration d'un médicament.	Priorité élevée

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

Évaluation du chapitre : 80,6 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 19,4 % 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 :

Les visites pour ce chapitre se sont déroulées au Centre de service ambulatoire en santé mentale de la rue du Marché à Valleyfield et aux Centres multiservices de santé et de services sociaux de Vaudreuil-Dorion et de Jardins-Roussillon à Châteauguay. On y offre une gamme de services spécialisés de santé mentale adulte, le suivi intensif dans le milieu, le programme des premiers épisodes psychotiques et un programme de réadaptation en centre de jour. Des infirmières, psychologues, travailleurs sociaux, éducateurs spécialisés, agents de relations humaines, psychoéducateurs, ergothérapeutes et neuropsychologues, auxquels se greffent des psychiatres, composent les équipes interdisciplinaires soucieuses d'offrir des services d'une grande expertise.

L'accent est mis sur la responsabilisation du client, selon une philosophie « normalisante ». Cela se traduit par une satisfaction de la clientèle qui se sent outillée pour un maintien ou un retour à l'autonomie.

Les usagers sont au fait de leurs droits et encouragés à les faire valoir au besoin. L'équipe démontre de la bienveillance et n'hésite pas à soutenir les usagers dans leurs démarches ou à leur faire connaître les différentes ressources à leur disposition. Les services sont fluides et sécuritaires; ils s'insèrent dans un continuum en partenariat avec d'autres services et des ressources communautaires. Le Centre de service à Valleyfield, qui compte trois étages sans ascenseur, compromet l'accès à la clientèle à mobilité réduite. De plus, l'installation de boutons panique dans les bureaux de cette installation rehausserait la protection du personnel.

Au chapitre des pratiques organisationnelles requises, nous félicitons l'équipe pour la conformité à la pratique d'identification des usagers. La pratique concernant la prévention de thromboembolie veineuse n'est pas applicable dans un contexte de soins ambulatoires en santé mentale. Nous encourageons l'établissement à élaborer ou réviser la documentation des programmes de prévention des chutes, du maintien à jour d'une liste précise des médicaments et d'optimisation de l'intégrité de la peau, puis à assurer une réflexion approfondie sur le cadre d'application pour les services offerts par les équipes de santé mentale en CLSC et en communauté. Quant à la pratique sur la transmission de l'information aux points de transition, nous invitons l'établissement à identifier et mettre en œuvre les moyens pour évaluer l'efficacité de la communication.

En conclusion, l'enjeu de la précarité des ressources actuellement en place au programme des premiers épisodes psychotiques constitue une préoccupation de premier ordre pour l'une des équipes. Nous soulignons par ailleurs la convivialité du projet pilote sur l'utilisation d'un kardex virtuel qui facilite l'accès et le partage de l'information dans un contexte d'interdisciplinarité.

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
4.1.17	Les gestionnaires du programme-services fournissent aux équipes un gabarit normalisé pour élaborer des plans de soins et services individualisés avec les usagers.	Priorité normale
4.1.20	L'équipe suit les procédures organisationnelles afin de fournir un environnement sécuritaire et sécurisé pour tous.	Priorité élevée
4.1.23	<p>L'équipe participe au programme visant à optimiser l'intégrité de la peau de l'établissement fondé sur des données probantes.</p> <p>4.1.23.1 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque d'atteinte à l'intégrité de la peau.</p> <p>4.1.23.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour assurer qu'une évaluation complète est réalisée pour l'usager dont le repérage est positif pour le risque d'atteinte à l'intégrité de la peau.</p> <p>4.1.23.3 L'équipe met en œuvre des interventions visant à optimiser l'intégrité de la peau dans le plan de soins et services individualisé de l'usager.</p> <p>4.1.23.5 L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur le programme d'optimisation de l'intégrité de la peau.</p> <p>4.1.23.6 L'équipe participe à des activités visant à améliorer le programme d'optimisation de l'intégrité de la peau dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.</p>	POR
4.1.34	<p>L'information pertinente aux soins et services dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace lors des transitions des soins.</p> <p>4.1.34.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre les actions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers santé des usagers) pour évaluer l'observance des 	POR

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
	<p>processus normalisés et la qualité du transfert de l'information;</p> <ul style="list-style-type: none"> • demander aux usagers, aux personnes proches aidantes et aux prestataires de soins et services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; • évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information, à partir par exemple du mécanisme de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers. 	
4.1.35	<p>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.</p> <p>4.1.35.1 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour obtenir le meilleur schéma thérapeutique possible lors des points de transitions de soins.</p> <p>4.1.35.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour résoudre les divergences entre les médicaments lors des transitions de soins en temps opportun.</p> <p>4.1.35.5 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.</p>	POR
4.2.2	Les équipes suivent la procédure organisationnelle pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical.	Priorité élevée
4.2.7	Les équipes cliniques suivent la procédure organisationnelle pour l'administration d'un médicament.	Priorité élevée

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

Évaluation du chapitre : 88,0 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 12,0 % 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 :

Dans le cadre de cette visite, nous avons rencontré l'équipe du service d'hospitalisation de santé mentale adulte du CISSS de la Montérégie-Ouest, située au site du centre hospitalier Anna-Laberge. Cette équipe a pour mandat d'accueillir les personnes adultes présentant des problématiques de santé mentale, avec ou sans comorbidités, dans un état de désorganisation nécessitant une hospitalisation pour stabiliser les symptômes.

Lors de notre visite, nous avons exploré l'une des deux unités de santé mentale du CISSS, située au rez-de-chaussée du Centre hospitalier Anna-Laberge à Châteauguay. Cependant, nous n'avons pas pu visiter l'unité située au 4^e étage de l'Hôpital du Suroît, qui dessert les populations des trois territoires : le Suroît, Vaudreuil-Soulanges et le Haut-Saint-Laurent.

Le service traite tout problème de santé mentale plaçant le patient dans un état instable nécessitant des soins en milieu hospitalier. Il offre une évaluation et un suivi psychiatrique durant l'hospitalisation, des soins infirmiers, notamment pour la gestion de la médication, la stabilisation des symptômes, et une surveillance continue. Ce service est accessible sur recommandation médicale.

L'équipe est composée de psychiatres, de médecins omnipraticiens (pour les problématiques physiques concomitantes), d'infirmières cliniciennes, d'infirmières, d'infirmières auxiliaires, de préposés aux bénéficiaires, d'une travailleuse sociale, technicienne en service social, éducateur spécialisé, d'une infirmière responsable des suivis systématiques, d'agentes administratives, et d'une gestionnaire pour superviser l'ensemble de l'équipe.

Nous avons rencontré une équipe bienveillante, attentionnée envers les usagers et travaillant en interdisciplinarité, avec une expertise reconnue dans le domaine. L'équipe s'étant complétée dans la dernière année, nous souhaitons souligner cette réalisation contribuant au bien-être des usagers et au maintien des compétences professionnelles.

Les services d'hospitalisation sont accessibles et les délais entre l'arrivée à l'urgence et l'admission à l'unité demeurent raisonnables. Toutefois, un enjeu persiste dans la transition vers des ressources d'hébergement à long terme : lors de la visite, un usager était hospitalisé depuis plus de deux ans, en attente d'une ressource adaptée à ses besoins.

Les usagers rencontrés ont exprimé leur grande satisfaction quant aux services reçus.

Par ailleurs, l'équipe bénéficie de formations régulières et de réunions pour maintenir un haut niveau de compétence et d'efficacité.

Éléments à améliorer

L'environnement physique de l'unité date de l'ouverture de l'hôpital dans les années 1980. Selon la gestionnaire, les murs des chambres n'ont pas été repeints depuis cette époque. Une problématique a également été identifiée concernant les utilités propres et souillées, partagées dans un même espace.

Nous encourageons l'équipe à explorer des pistes de solutions lors de futurs réaménagements. Nous encourageons l'équipe à réaliser le BCM pour tous les médicaments des usagers afin d'assurer des événements indésirables au congé de l'utilisateur.

Il n'existe pas actuellement de plan intégré d'amélioration de la qualité. Bien que la gestionnaire ait présenté un plan lié à un événement sentinelle, nous avons recommandé la mise en place d'un plan global regroupant les pistes d'amélioration, avec des objectifs clairs, des actions concrètes et des échéanciers précis, afin de mobiliser davantage l'équipe.

Lors de notre visite de l'unité de soins, nous avons constaté que le chariot utilisé par le personnel de l'entretien ménager présentait un problème de sécurité, car la serrure était défectueuse et ne permettait pas de le verrouiller. Cette situation représente un risque, notamment en cas d'utilisation malveillante des produits nettoyants par la clientèle ayant accès au chariot. Nous recommandons à l'équipe de prendre des mesures correctives rapidement, telles que la réparation ou le remplacement de la serrure, afin d'assurer la sécurité et de prévenir tout incident.

Lors de notre visite au bureau des intervenants sociaux en santé mentale, nous avons constaté que le bouton d'urgence était accroché au babillard situé au fond du bureau. Cette disposition pourrait compliquer son accès rapide en cas d'urgence lors des consultations. Nous recommandons à l'équipe de réfléchir à une solution permettant de repositionner le bouton d'urgence à un endroit plus stratégique, idéalement à proximité immédiate des intervenants, afin d'assurer leur sécurité et celle des usagers.

Nous encourageons l'affichage, au sein de l'unité, des résultats des audits, notamment ceux portant sur le lavage des mains, afin d'utiliser cet outil comme levier pour améliorer les performances.

Reconnaissances et recommandations

Nous saluons l'initiative ayant permis à une usagère de réaliser une murale artistique dans l'unité, apportant une touche de vie et de couleur au corridor. Bien que l'unité dispose d'une cour extérieure, celle-ci n'est pas sécurisée, ce qui limite l'accès des usagers en garde en établissement. Un projet de sécurisation de cette cour semble être à l'étude.

Nous félicitons l'équipe pour sa conformité aux pratiques organisationnelles requises, notamment la double identification et la prévention des chutes. Nous les invitons cependant à accorder une attention particulière à la transmission d'informations lors des transitions, au bilan comparatif des médicaments et à la prévention de la thromboembolie veineuse.

Enfin, nous tenons à souligner les efforts consentis au cours des derniers mois pour pourvoir les postes vacants. La stabilité de l'équipe contribue de manière significative à l'expérience positive des usagers et à la qualité des soins.

Tableau 8 : 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
6.1.23	<p>L'équipe participe au programme visant à optimiser l'intégrité de la peau de l'établissement fondé sur des données probantes.</p> <p>6.1.23.6 L'équipe participe à des activités visant à améliorer le programme d'optimisation de l'intégrité de la peau dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.</p>	POR
6.1.24	<p>L'équipe participe au programme de prévention de la thromboembolie veineuse de l'établissement fondé sur des données probantes.</p> <p>6.1.24.6 L'équipe participe à des activités visant à améliorer le programme de prévention de la thromboembolie veineuse dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.</p>	
6.1.34	<p>L'information pertinente aux soins et services dispensés à l'utilisateur est communiquée de façon efficace lors des transitions des soins.</p> <p>6.1.34.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre les actions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers santé des usagers) pour évaluer l'observance des processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; • demander aux usagers, aux personnes proches aidantes et aux prestataires de soins et services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; • évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information, à partir par exemple du mécanisme de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers. 	POR
6.1.35	<p>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.</p> <p>6.1.35.1 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour obtenir le meilleur schéma thérapeutique possible lors des points de transitions de soins.</p>	POR

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
	6.1.35.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour résoudre les divergences entre les médicaments lors des transitions de soins en temps opportun.	
	6.1.35.4 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.	
	6.1.35.5 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.	
6.2.2	Les équipes suivent la procédure organisationnelle pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical.	Priorité élevée
6.2.7	Les équipes cliniques suivent la procédure organisationnelle pour l'administration d'un médicament.	Priorité élevée

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

Évaluation du chapitre : 83,3 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 16,7 % 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 équipes des Centres de réadaptation en dépendance de Candiac, de la rue Cousineau, de la rue Joliette à Longueuil et de Saint-Hyacinthe ont été rencontrées. Ces Centres de réadaptation en dépendance (CRD) offrent des services de repérage et de soutien des personnes susceptibles de présenter un problème de dépendances (et leurs proches). Les installations offrent des services de deuxième lignes au sein de la communauté. Les équipes rencontrées, engagées et dédiées, sont composées d'éducateurs, d'agents de relations humaines, d'infirmières, d'infirmières auxiliaires et d'agentes administratives, soutenues par des gestionnaires bien investis.

Les intervenants rencontrés travaillent d'une manière collaborative et partagent une vision commune quant à l'approche d'intervention, de même qu'un grand souci d'adopter de bonnes pratiques basées sur des données probantes. La stabilité des équipes est à parfaire, puisqu'un roulement important est observé. Les services offerts par les CRD sont très accessibles, pertinents et bien arrimés avec les partenaires impliqués. Les sondages et rétroactions recueillies témoignent d'un bon niveau de satisfaction des usagers au regard des services reçus. Les mécanismes de soutien à la pratique professionnelle sont développés et accessibles (ex. PREC). La collaboration à des activités de recherche universitaire et le transfert des connaissances qui s'en suit contribuent à l'enrichissement des pratiques. Les environnements physiques des CRD sont fonctionnels dans l'ensemble, bien que le CRD Candiac doit apporter certains correctifs (ex. distributeur de liquide alcoolisé fonctionnel). Par ailleurs, les gestionnaires de services sont invités à assurer aux infirmières l'accès aux fournitures médicales en quantité suffisante. L'implication de l'utilisateur est fondamentale dans l'approche d'intervention basée sur l'« empowerment ». Il importe de souligner la participation active et régulière d'un pair aidant dans certaines activités de groupe. Le recours aux activités de groupe, en complément aux interventions individuelles, contribue à potentialiser la démarche de rétablissement durant l'épisode de service. L'équipe témoigne d'un souci d'amélioration continue des façons de faire et des services au quotidien.

Au chapitre des pratiques organisationnelles requises (POR), nous félicitons l'équipe pour la conformité aux pratiques suivantes : Identification de l'utilisateur, réduire les blessures liées aux chutes. Nous l'invitons maintenant à porter une attention particulière au transfert de l'information aux points de transition et à l'optimisation de l'intégrité de la peau.

En terminant, nous ne pouvons passer sous silence les efforts consentis pour adhérer aux bonnes pratiques par le biais de collaboration avec les milieux de la recherche. Malgré une clientèle hautement vulnérable, la mission de ce service est préservée avec cœur, professionnalisme, rigueur et bienveillance, ce qui est tout à l'honneur de l'équipe.

Tableau 9 : Critères non conformes en matière de Soins et services en dépendances pour toute la population (usagers inscrits)

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
7.1.20	L'équipe suit les procédures organisationnelles afin de fournir un environnement sécuritaire et sécurisé pour tous.	Priorité élevée
7.1.23	<p>L'équipe participe au programme visant à optimiser l'intégrité de la peau de l'établissement fondé sur des données probantes.</p> <p>7.1.23.1 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque d'atteinte à l'intégrité de la peau.</p> <p>7.1.23.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour procéder à une évaluation complète d'un usager dont le repérage est positif pour le risque d'atteinte à l'intégrité de la peau.</p> <p>7.1.23.3 L'équipe met en œuvre des interventions visant à optimiser l'intégrité de la peau dans le plan de soins et services individualisé de l'usager.</p> <p>7.1.23.4 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour déclarer une atteinte à l'intégrité de la peau comme incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services.</p> <p>7.1.23.5 L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur le programme d'optimisation de l'intégrité de la peau.</p> <p>7.1.23.6 L'équipe participe à des activités visant à améliorer le programme d'optimisation de l'intégrité de la peau dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.</p>	POR
7.1.34	<p>L'information pertinente aux soins et services dispensés à l'usager est communiquée de façon efficace lors des transitions des soins.</p> <p>7.1.34.2 Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information lors des transitions des soins.</p> <p>7.1.34.5 L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. Les mécanismes d'évaluation peuvent comprendre les actions suivantes :</p>	POR

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
	<ul style="list-style-type: none"> • utiliser un outil de vérification (observation directe ou examen des dossiers santé des usagers) pour évaluer l'observance des processus normalisés et la qualité du transfert de l'information; • demander aux usagers, aux personnes proches aidantes et aux prestataires de soins et services s'ils ont reçu l'information dont ils avaient besoin; • évaluer les incidents liés à la sécurité qui se rattachent au transfert de l'information, à partir par exemple du mécanisme de gestion des incidents liés à la sécurité des usagers. 	
7.2.2	Les équipes suivent la procédure organisationnelle pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical.	Priorité élevée

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

Évaluation du chapitre : 76,7 % des critères sont conformes

Sur l'ensemble des critères évalués pour ce chapitre, 23,3 % 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 du Centre de réadaptation en dépendance de Saint-Philippe a été rencontrée. Ce Centre de réadaptation en dépendance (CRD) offre des services de désintoxication, de réadaptation et de réinsertion sociale aux personnes aux prises avec des problèmes de dépendance (alcool, drogues, et autres). L'installation offre des services résidentiels permettant d'accueillir jusqu'à 24 personnes adultes pour une durée de séjour de 16 à 21 jours. L'équipe rencontrée, engagée et dédiée, comportait des éducateurs, des agents de relations humaines, des infirmières, des infirmières auxiliaires et une adjointe administrative, soutenue par une excellente gestionnaire.

Les intervenants rencontrés témoignent d'une approche très collaborative, d'un partage de vision quant à l'approche d'intervention, de même qu'un grand souci d'adopter des pratiques contemporaines basées sur des données probantes. L'équipe est expérimentée et stable, et tous les postes sont pourvus. Des efforts se poursuivent pour développer une pleine couverture médicale dans ce contexte d'usagers admis. Les services offerts par le CRD de Saint-Philippe sont très accessibles, pertinents et bien arrimés avec les partenaires impliqués en amont et en aval du séjour résidentiel. Les sondages et rétroactions recueillis témoignent d'un haut niveau de satisfaction des usagers au regard des services reçus. Les mécanismes de soutien à la pratique professionnelle sont développés et accessibles (ex. : Personne ressource en encadrement clinique (PREC), activités de co-développement). La collaboration à des activités de recherche universitaire et le transfert des connaissances qui s'en suit contribuent à l'enrichissement des pratiques. L'environnement physique du CRD est cependant déficient. Il importe de trouver une solution à la vétusté des installations physiques afin, notamment, de contrer les risques liés à la prévention et au contrôle des infections, offrir une accessibilité universelle et rehausser la fonctionnalité globale du milieu. L'implication de l'utilisateur est fondamentale dans l'approche d'intervention motivationnelle du CRD. Aussi, il importe de souligner la participation active et régulière d'un pair aidant dans une activité d'intervention de groupe. Le recours aux activités de groupe, en complément aux interventions individuelles, contribue à potentialiser la démarche de rétablissement durant le séjour résidentiel. L'équipe témoigne d'un souci d'amélioration continue des façons de faire et des services au quotidien et tire fierté de partager la richesse de sa programmation clinique avec des partenaires du réseau.

Au chapitre des pratiques organisationnelles requises (POR), nous félicitons l'équipe pour la conformité aux pratiques suivantes : Identification de l'utilisateur, réduire les blessures liées aux chutes, transfert de l'information aux points de transition des soins. Nous l'invitons maintenant à porter une attention particulière à la prévention de la thromboembolie veineuse, optimiser l'intégrité de la peau et au bilan comparatif des médicaments.

En terminant, nous ne pouvons passer sous silence les efforts consentis pour adhérer aux bonnes pratiques par le biais de collaboration avec les milieux de la recherche et le souci de faire rayonner cette programmation innovante. Malgré un environnement physique déficient et une clientèle hautement vulnérable, la mission de ce service est préservée avec cœur, professionnalisme, rigueur et bienveillance, ce qui est tout à l'honneur de l'équipe.

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

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
8.1.23	<p>L'équipe participe au programme visant à optimiser l'intégrité de la peau de l'établissement fondé sur des données probantes.</p> <p>8.1.23.1 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque d'atteinte à l'intégrité de la peau.</p> <p>8.1.23.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour procéder à une évaluation complète d'un usager dont le repérage est positif pour le risque d'atteinte à l'intégrité de la peau.</p> <p>8.1.23.3 L'équipe met en œuvre des interventions visant à optimiser l'intégrité de la peau dans le plan de soins et services individualisé de l'usager.</p> <p>8.1.23.4 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour déclarer une atteinte à l'intégrité de la peau comme incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services.</p> <p>8.1.23.5 L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur le programme d'optimisation de l'intégrité de la peau.</p> <p>8.1.23.6 L'équipe participe à des activités visant à améliorer le programme d'optimisation de l'intégrité de la peau dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.</p>	POR
8.1.24	<p>L'équipe participe au programme de prévention de la thromboembolie veineuse de l'établissement fondé sur des données probantes.</p> <p>8.1.24.1 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour effectuer un repérage du risque de thromboembolie veineuse.</p> <p>8.1.24.2 L'équipe utilise des outils d'aide à la décision clinique pour déterminer les interventions requises pour un usager dont le repérage du risque de thromboembolie veineuse est positif.</p> <p>8.1.24.3 L'équipe met en œuvre des interventions visant à prévenir la thromboembolie veineuse dans le plan de soins et services individualisé de l'usager.</p>	POR

Numéro du critère	Description du critère	Type de critère
	<p>8.1.24.4 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour déclarer une thromboembolie veineuse nosocomiale comme un incident survenu lors de la prestation des soins et services.</p> <p>8.1.24.5 L'équipe participe à des activités d'apprentissage continues sur le programme de prévention de la thromboembolie veineuse.</p> <p>8.1.24.6 L'équipe participe à des activités visant à améliorer le programme de prévention de la thromboembolie veineuse dans le cadre du plan intégré d'amélioration de la qualité de l'établissement.</p>	
8.1.35	<p>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.</p> <p>8.1.35.2 L'équipe suit la procédure organisationnelle pour résoudre les divergences entre les médicaments lors des transitions de soins en temps opportun.</p> <p>8.1.35.4 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.</p> <p>8.1.35.5 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.</p>	POR
8.2.2	Les équipes suivent la procédure organisationnelle pour le nettoyage et la désinfection de bas niveau de l'équipement médical.	Priorité élevée
8.2.7	Les équipes cliniques suivent la procédure organisationnelle pour l'administration d'un médicament.	Priorité élevée