

RAPPORT D'ENQUÊTE SUR LA QUALITÉ DES SOINS EN SANTÉ MENTALE AU CSSS DE SAINT-JÉRÔME



**Adopté par le conseil d'administration
de leur ordre professionnel respectif
les 16 et 17 juin 2011**

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

4200, boulevard Dorchester Ouest
Westmount (Québec) H3Z 1V4
Téléphone : 514 935-2501 ou 1 800 363-6048
Télécopieur : 514 935-3770
www.oiiq.org

Collège des médecins du Québec

2170, boulevard René-Lévesque Ouest
Montréal (Québec) H3H 2T8
Téléphone : 514 933-4441 ou 1 888 MÉDECIN
Télécopieur : 514 933-3112
info@cmq.org
www.collegedesmedecins.qc.ca

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives Canada, 2011
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011

OIIQ : ISBN 978-2-89229-530-6 (version imprimée)
ISBN 978-2-89229-531-3 (PDF)

CMQ : ISBN 978-2-920548-75-6 (version imprimée)
ISBN 978-2-920548-76-3 (PDF)

© Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2011
© Collège des médecins du Québec, 2011

Tous droits réservés

Note – Conformément aux politiques rédactionnelles respectives de l'OIIQ et du CMQ, le féminin inclut le masculin lorsqu'il est question des infirmières, et le masculin inclut le féminin lorsqu'il est question des médecins, cela en vue d'alléger le présent document.

**RAPPORT D'ENQUÊTE SUR LA QUALITÉ DES SOINS
EN SANTÉ MENTALE AU CSSS DE SAINT-JÉRÔME**

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire exécutif

Préambule	1
Décision	1
Motifs de l'enquête	1
Comité d'enquête	1
Mandat	2
Méthodologie.....	2
Description de l'établissement et offre de services en santé mentale	3
Direction des soins infirmiers et des programmes de qualité	3
Conseil des infirmières et infirmiers.....	3
Direction des services professionnels	3
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.....	4
Département de psychiatrie	4
Programme de santé mentale et dépendances	4
Démarche d'amélioration et d'optimisation des soins et services en santé mentale adulte	5
Constats	5
Constats relatifs à la structure.....	5
Ressources humaines	5
<i>Encadrement administratif</i>	5
<i>Effectifs</i>	6
<i>Rôle des intervenants</i>	7
<i>Accès aux soins et aux services</i>	8
Ressources matérielles	10
<i>Lieux physiques et équipements</i>	10
Constats relatifs aux processus	11
Communication et relations de travail	11
Soutien clinique	12

RAPPORT D'ENQUÊTE SUR LA QUALITÉ DES SOINS EN SANTÉ MENTALE AU CSSS DE SAINT-JÉRÔME

Soins infirmiers et médicaux à la clientèle	13
<i>Évaluation de la condition physique et mentale par les infirmières</i>	13
<i>Qualité de l'acte médical psychiatrique</i>	14
<i>Soins, surveillance et suivi</i>	14
<i>Approches thérapeutiques</i>	15
Continuité des soins et interdisciplinarité	17
Gestion des risques	18
<i>Risque d'agressivité ou de violence</i>	19
<i>Application des mesures de contrôle</i>	19
<i>Garde en établissement</i>	20
Respect des droits	21
Conclusion	23

Annexes

- Annexe I :** Composition du comité d'enquête conjoint
- Annexe II :** Liste non nominative des personnes et groupes rencontrés
Liste des principaux documents consultés
- Annexe III :** Organigramme du CSSS de Saint-Jérôme et de ses programmes de soins
- Annexe IV :** Organigramme de la direction des soins infirmiers et des programmes de qualité
- Annexe V :** Organigramme de la direction des services professionnels
- Annexe VI :** Organigrammes du Programme de santé mentale et dépendances
- Annexe VII :** Effectifs des unités de soins et des services
- Annexe VIII :** Plan régional d'effectifs médicaux en psychiatrie
- Annexe IX :** Résultats des rencontres individuelles et structurées

RAPPORT D'ENQUÊTE SUR LA QUALITÉ DES SOINS EN SANTÉ MENTALE AU CSSS DE SAINT-JÉRÔME

SOMMAIRE EXÉCUTIF

Les 23 et 25 mars 2011, les conseils d'administration de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et du Collège des médecins du Québec décidaient de tenir une enquête sur la qualité des soins en santé mentale au Centre de santé et de services sociaux de Saint-Jérôme, après avoir été informés de situations préoccupantes relativement au respect des droits des patients, la confidentialité, la qualité de l'acte médical et de l'acte infirmier, ainsi que d'une situation d'agression sexuelle sur une patiente dénoncée par les médias. Cette enquête vise à permettre aux conseils d'administration des deux ordres de donner un avis au ministre de la Santé et des Services sociaux sur la qualité des soins en santé mentale dans cet établissement et, le cas échéant, sur les orientations à suivre pour en relever le niveau.

Avant l'annonce de la présente enquête, un rapport du Protecteur du citoyen a amené l'établissement à recourir à un groupe de consultants externes pour accompagner les gestionnaires et les professionnels du programme de santé mentale et dépendances dans une démarche d'amélioration et d'optimisation des soins et services en psychiatrie adulte.

Les soins en santé mentale au CSSS de Saint-Jérôme sont dispensés à une population de près de 525 000 habitants, répartie sur un territoire entre Rosemère et Mont-Laurier, Saint-Lin et Lachute. Des services ambulatoires et d'hospitalisation sont offerts sous la responsabilité de la Direction du programme santé mentale et dépendances. Cette direction comporte quatre programmes, soit le programme jeunesse en santé mentale et dépendances, le programme ambulatoire en santé mentale et dépendances, le programme réadaptation en santé mentale et dépendances et le programme hospitalisation en santé mentale et dépendances.

L'enquête sur la qualité des soins en santé mentale au CSSS de Saint-Jérôme, effectuée entre le 11 avril et le 10 juin 2011, fait ressortir plusieurs facteurs qui nuisent à la qualité des soins dispensés à la clientèle autant sur les plans structurels et organisationnels que sur le plan clinique. Notons l'absence de certains services, l'instabilité de l'encadrement, l'absence de communication structurée, un climat de travail malsain, le manque de ressources professionnelles et des effectifs insuffisants auxquels s'ajoutent des lieux physiques inadéquats.

Ce contexte administratif déficient n'a pas permis le développement des compétences des infirmières et de la pratique des infirmières selon les standards actuels. Quant aux pratiques médicales, elles sont individualistes, certaines mal adaptées à l'évolution des connaissances et pratiques en santé mentale et d'autres contaminées par les premières.

Par ailleurs, la clientèle se bute à des délais d'attente importants et ne reçoit pas tous les soins qu'elle requière, et ce, dans le respect de ses droits.

Cet établissement doit répondre aux besoins essentiels d'une clientèle ayant des problèmes de santé mentale souvent combinés à des problèmes de santé physique, dont il a la responsabilité. Il importe, au plus haut point, de lui donner les moyens de remplir son mandat.

RAPPORT D'ENQUÊTE SUR LA QUALITÉ DES SOINS EN SANTÉ MENTALE AU CSSS DE SAINT-JÉRÔME

Ainsi, les conseils d'administration de l'OIIQ et du CMQ exhortent le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Yves Bolduc, à s'assurer que toutes les mesures nécessaires soient mises en œuvre pour offrir à la population des Laurentides desservie par le programme santé mentale et dépendances du CSSS de Saint-Jérôme, les soins et services qu'elle requière et que les projets débutés en ce sens soient menés à terme.

RECOMMANDATIONS

Pour ce faire, les conseils d'administration de l'OIIQ et du CMQ recommandent :

au ministre de la Santé et des Services sociaux de :

Créer un comité de vigie ministériel formé des représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux, de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, du CSSS de Saint-Jérôme, du Protecteur du citoyen, d'un représentant des usagers et des ordres professionnels concernés pour accompagner le CSSS de Saint-Jérôme dans l'actualisation des recommandations du présent rapport dans les plus brefs délais et en soutien à la démarche d'amélioration et d'optimisation des soins et services en psychiatrie adulte afin que la population reçoive les soins et services en santé mentale qu'elle requière en toute dignité et sécurité.

au CSSS de Saint-Jérôme de :

- 1. Procéder dans les meilleurs délais à la nomination d'un chef de département de psychiatrie et voir à l'encadrer et le soutenir dans ses fonctions, le tout en accord avec les dispositions déjà prévues par la Loi sur les services de santé et les services sociaux.*
- 2. Prioriser la mise en place de la cogestion médico-administrative au programme de santé mentale et dépendances afin de bénéficier de la contribution d'une gouvernance médicale.*
- 3. Rehausser l'encadrement, notamment celui des unités de soins et clarifier les rôles, de manière à assurer une gestion de proximité de la part du gestionnaire pour permettre de :*
 - soutenir davantage les équipes dans les changements de pratiques;*
 - assurer une meilleure communication et circulation de l'information;*
 - travailler en étroite collaboration avec la conseillère clinicienne en soins infirmiers, les assistantes du supérieur immédiat (ASI), les psychiatres, les autres professionnels et le personnel.*
- 4. Revoir le plan de dotation des unités de soins, notamment par l'ajout significatif d'infirmières cliniciennes, obtenir un ratio d'une infirmière pour cinq patients de jour, leur adjoindre le personnel de secrétariat nécessaire et prévoir la mise en place de mesures d'attraction et de rétention liées à des changements de pratiques cliniques.*

RAPPORT D'ENQUÊTE SUR LA QUALITÉ DES SOINS EN SANTÉ MENTALE AU CSSS DE SAINT-JÉRÔME

5. *Compléter le plan d'effectifs en psychiatrie pour qu'il corresponde aux équivalents temps plein attendus en fonction des postes octroyés afin de rencontrer les responsabilités populationnelles de l'établissement.*
6. *Réorganiser le travail dans un cadre interdisciplinaire centré sur les besoins de la clientèle, en s'appuyant sur les reconnaissances d'expertises professionnelles édictées par la Loi 90 et l'actualisation prochaine de la Loi 21.*
7. *Mettre en place un mécanisme d'évaluation structuré pour le personnel ainsi que pour les médecins dans le cadre du renouvellement de leur statut et des privilèges.*
8. *Mettre en place avant même l'actualisation du plan fonctionnel et technique des moyens pouvant améliorer l'accès aux services de soins tels qu'un hôpital de jour et un module d'évaluation-liaison, afin de répondre aux besoins des patients, d'éviter des délais dans leur prise en charge, d'offrir une alternative à l'hospitalisation voire de permettre une diminution de la durée de séjour du patient déjà hospitalisé et ainsi d'éviter les réadmissions.*
9. *Mettre en place la fonction de psychiatre-répondant en soutien clinique aux équipes de première ligne, aux médecins de famille dans la communauté et en GMF permettant un enrichissement et un partage des connaissances, ainsi que le développement de stratégies d'intervention nouvelles et adaptées à la condition clinique des patients.*
10. *Prioriser la climatisation des salles d'isolement.*
11. *Sécuriser, moderniser et adapter les installations physiques actuelles en fonction des besoins de la clientèle de manière à ce qu'elles favorisent son rétablissement en attente de l'actualisation du Plan fonctionnel et technique. En plus d'offrir aux patients un environnement guérissant et sécuritaire, il faudra que le PFT prévoit une nouvelle construction intégrée à l'hôpital actuel afin de contrer l'isolement historique de la clientèle et de ses professionnels du reste de l'établissement de santé.*
12. *Doter l'établissement d'un plan de communication visant à rétablir un climat de confiance propice à une communication productive, une collaboration interdisciplinaire, ainsi qu'une compréhension réciproque et véritable de l'information, plus particulièrement lors de changements organisationnels.*
13. *Créer un comité sur la pratique infirmière en santé mentale et en soins psychiatriques, formé de la conseillère clinicienne en soins infirmiers, de conseillères en soins et d'infirmières, avec mandat de rehausser la pratique des infirmières et de s'assurer qu'elles possèdent les compétences requises telles que décrites dans le rapport sur la pratique infirmière en santé mentale, produit en octobre 2009, par le comité d'experts de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, en lien avec la DSI et le CECII.*

RAPPORT D'ENQUÊTE SUR LA QUALITÉ DES SOINS EN SANTÉ MENTALE AU CSSS DE SAINT-JÉRÔME

14. Favoriser l'intégration des nouveaux apprentissages à la pratique, notamment par l'accompagnement du personnel par des conseillères en soins et l'accessibilité à la documentation de référence en santé mentale que ce soit des programmes de soins, documents cliniques de références, guides de meilleures pratiques, documents d'enseignement et feuillets d'information pour la clientèle, le tout faisant suite aux orientations et aux formations en cours d'emploi.
15. Offrir aux infirmières, y compris celles de l'urgence, des formations afin qu'elles rehaussent leurs connaissances et habiletés pour :
 - évaluer la condition physique et mentale de la clientèle en santé mentale;
 - guider les autres membres de l'équipe en ce qui a trait aux soins et à la surveillance à effectuer;
 - effectuer des entrevues structurées centrées sur des objectifs cliniques précis et développer une alliance thérapeutique avec la clientèle dans une perspective de relation d'aide professionnelle;
 - intervenir selon des approches reconnues telles que motivationnelles et cognitivo-comportementales.
16. Instaurer des approches et des outils cliniques pour la réduction de conduites addictives pendant l'hospitalisation, notamment en recourant aux organismes externes tels que les AA ou NA, pour effectuer de l'enseignement sur la maladie, la médication et la fidélité au traitement et faire de la prévention et du dépistage des ITSS.
17. Consolider la fonction et le rôle stratégique de l'infirmière de liaison à l'urgence en soutien aux professionnels du CSSS et en lien avec les ressources disponibles dans la communauté, y compris les médecins de famille.
18. Revoir l'ensemble des outils cliniques servant à l'évaluation, à la surveillance et au suivi ainsi qu'à la planification des soins à la clientèle dans une perspective de continuité, à partir de l'urgence, afin de couvrir tous les besoins de la clientèle, d'éviter la redondance et de permettre à l'ensemble du personnel des unités de soins de posséder l'information clinique requise en fonction de leur rôle pour intervenir adéquatement auprès du patient et de ses proches.
19. Favoriser le développement de nouveaux modèles d'organisation des soins permettant un meilleur suivi de la clientèle de santé mentale, par exemple, le suivi systématique de clientèle, la gestion de cas et l'infirmière pivot.
20. Compléter chaque équipe interdisciplinaire minimalement par l'apport significatif d'un psychologue, d'un ergothérapeute, d'un pharmacien et par la participation des psychiatres afin d'établir une dynamique d'équipe productive. Instaurer des rencontres régulières préconisant d'abord et avant tout des soins centrés sur les patients et la mise en place d'un plan d'intervention interdisciplinaire.
21. Offrir de la formation à tous les intervenants, y compris les médecins, sur l'approche interdisciplinaire des soins axés sur les patients dans une optique de rétablissement, de réadaptation et de planification des soins, à partir du projet de vie et des forces du patient et de l'implication des proches.

RAPPORT D'ENQUÊTE SUR LA QUALITÉ DES SOINS EN SANTÉ MENTALE AU CSSS DE SAINT-JÉRÔME

22. *Offrir de la formation aux infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires en fonction de leurs habilités légales sur la gestion et la prévention des différents risques inhérents à la clientèle de santé mentale et dépendances et compléter ces formations par des activités d'intégration pour favoriser une meilleure compréhension et cohésion dans l'équipe.*
23. *Poursuivre les démarches de formation et de soutien auprès du personnel infirmier et des médecins pour une révision systématique de l'utilisation des mesures de contrôle, notamment en utilisant les rencontres interdisciplinaires afin de planifier des mesures alternatives tout en recherchant l'implication et le consentement du patient et gérer, avec ce dernier, le traumatisme psychologique vécu pour minimiser les séquelles associées à leur utilisation.*
24. *Proscrire la prescription «Isolement PRN».*
25. *Déclarer, à la salle d'urgence, toute utilisation des mesures de contrôle, retirer la caméra des salles d'isolement, mettre en place des modalités de soins et surveillance appropriées, s'assurer d'avoir des contentions adéquates. Dans les unités de soins, retirer les contentions installées en permanence dans les salles d'isolement.*
26. *Élaborer et diffuser des politiques claires sur le respect des droits de la personne et les pratiques à omettre, sur la divulgation en cas d'abus ou de violence observé ou suspecté envers la clientèle, dispenser formation et soutien aux professionnels, médecins et autres intervenants pour la mise en application de celles-ci et demander au comité d'éthique clinique de jouer un rôle éducatif et consultatif auprès du personnel soignant.*
27. *Procéder à la mise à jour des connaissances de tous les professionnels concernés, y compris les médecins, sur les notions de consentement aux soins, d'aptitude à consentir et d'inaptitude temporaire et s'assurer du respect des règles applicables à cet effet.*

RAPPORT D'ENQUÊTE SUR LA QUALITÉ DES SOINS EN SANTÉ MENTALE AU CSSS DE SAINT-JÉRÔME

PRÉAMBULE

Décision

Cette enquête sur la qualité des soins et services de santé mentale du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Saint-Jérôme fait suite aux résolutions des conseils d'administration de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et du Collège des médecins du Québec (CMQ), adoptées lors de leur séance respective des 23 et 25 mars 2011, à l'effet de tenir une enquête conjointe sur la qualité des soins en vertu du deuxième alinéa de l'article 11 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* et des articles 16 et 18 de la *Loi médicale*.

Motif de l'enquête

La décision de tenir cette enquête a été motivée par des événements mettant en cause la qualité et la sécurité des soins dispensés à la clientèle hospitalisée en santé mentale. Le 3 février 2011, les deux ordres ont été informés, à la suite de la visite du directeur national de la santé mentale, de situations préoccupantes concernant le respect des droits des patients, la confidentialité et la qualité des actes infirmiers et médicaux.

Au printemps 2010, le Protecteur du citoyen avait produit un rapport dans lequel il soulevait des difficultés relatives à l'application des mesures de garde en établissement (*Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*), à l'utilisation des mesures de contrôle et au respect des droits et libertés de la personne. Faisant suite à ce rapport, l'établissement a décidé de recourir à un groupe de consultants externes pour accompagner le programme de santé mentale et dépendances dans sa démarche d'amélioration et d'optimisation des soins et services en psychiatrie adulte.

Également, le 24 février 2011, un article paru dans le *Journal de Québec* indiquait qu'un préposé aux bénéficiaires (PAB) avait été suspendu à la suite d'une plainte pour agression sexuelle sur une patiente.

Comité d'enquête

Le comité d'enquête conjoint (annexe I), formé à cette fin, est composé de :

- M^{me} Marie-Frédérique Allard, médecin psychiatre et responsable de l'unité médico-légale au Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie – site Sainte-Thérèse;
- M^{me} Mélanie Bourgoin, infirmière et conseillère clinicienne en soins infirmiers à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine;
- M^{me} Gisèle Dionne, infirmière et adjointe à la directrice du Bureau de surveillance de l'exercice infirmier de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec;
- M^{me} Lise Laberge, infirmière et conseillère clinicienne en soins infirmiers à l'Institut universitaire de santé mentale de Québec;
- M^{me} Carole Santerre, médecin de famille et inspecteur à la Direction de l'amélioration de l'exercice du Collège des médecins du Québec;
- M. Jean-Bernard Trudeau, médecin de famille et gestionnaire à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas.

RAPPORT D'ENQUÊTE SUR LA QUALITÉ DES SOINS EN SANTÉ MENTALE AU CSSS DE SAINT-JÉRÔME

Mandat

Cette enquête a pour mandat de vérifier la qualité des soins et des services de santé mentale au CSSS de Saint-Jérôme afin de permettre aux conseils d'administration des deux ordres professionnels de donner un avis au ministre de la Santé et des Services sociaux sur celle-ci, de faire les recommandations pertinentes sur les orientations à suivre pour en relever le niveau et ainsi protéger la population desservie par le CSSS de Saint-Jérôme.

L'enquête s'est déroulée entre le 11 avril et le 10 juin 2011. Le présent rapport ainsi que les recommandations formulées par le comité d'enquête à partir des constats établis, seront étudiés par les conseils d'administration de l'OIIQ, le 16 juin 2011 et du CMQ, le 17 juin 2011.

Méthodologie

Les événements préoccupants, portés à l'attention des deux ordres et motivant la tenue de l'enquête, ont permis à ceux-ci de déterminer une méthodologie stratégique d'enquête pour faire la lumière sur l'ensemble des problèmes vécus dans cet établissement depuis de nombreuses années. Compte tenu de ces événements, le programme hospitalisation en santé mentale et dépendances ¹ a fait l'objet d'observations plus poussées.

À cette fin, les enquêteurs ont procédé aux activités suivantes :

- une soixantaine d'entrevues planifiées, individuelles ou de groupes, totalisant environ une centaine de personnes provenant de l'intérieur et de l'extérieur du CSSS de Saint-Jérôme;
- échanges avec des membres des équipes de soins;
- observations directes à toutes les unités de soins du programme hospitalisation en SMD, incluant la révision de dossiers de patients admis et ayant eu leur congé;
- participation aux séances publiques des conseils d'administration de l'établissement et de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides;
- visite des installations physiques et travail sur place;
- analyse de divers documents relatifs au contexte organisationnel et aux soins;
- analyse de statistiques;
- analyse de divers documents d'archives et rapports sur des interventions et enquêtes externes.

La liste non nominative des personnes et des groupes rencontrés ainsi que des documents consultés se trouve à l'annexe II.

Dans leur analyse, les membres du comité d'enquête ont pris en compte la constance des déclarations faites au cours des entrevues et la convergence des résultats obtenus des différentes sources d'évaluation.

L'enquête s'est déroulée dans un climat de collaboration de la part de toutes les instances et personnes concernées. Ces dernières ont, pour la grande majorité, démontré une ouverture et une détermination à améliorer la qualité des soins en santé mentale dispensés au CSSS de Saint-Jérôme.

¹ SMD

RAPPORT D'ENQUÊTE SUR LA QUALITÉ DES SOINS EN SANTÉ MENTALE AU CSSS DE SAINT-JÉRÔME

DESCRIPTION DE L'ÉTABLISSEMENT ET OFFRE DE SERVICES EN SANTÉ MENTALE

Le CSSS de Saint-Jérôme comprend quatre directions clientèles, soit la direction du programme de santé physique, la direction du programme personnes en perte d'autonomie, la direction du programme SMD et la direction du programme famille/enfance/jeunesse et services à la collectivité. Il regroupe l'hôpital régional, trois centres d'hébergement et un CLSC. L'organigramme du CSSS se trouve à l'annexe III.

Le CSSS de Saint-Jérôme offre des services d'hospitalisation de courte durée en santé mentale à une population de près de 525 000 habitants, répartie sur un territoire entre Rosemère et Mont-Laurier, Saint-Lin et Lachute.

Direction des soins infirmiers et des programmes de qualité

Direction-conseil depuis 2005, année de la fusion et de la création des programmes, son directeur, contrairement aux autres directions, est en poste depuis dix ans. Toutefois, il prendra sous peu sa retraite. Son équipe est composée, entre autres, de la coordonnatrice des programmes qualité et de sept conseillères cliniciennes ou conseillers cliniciens en soins infirmiers dont une en santé mentale (annexe IV).

Cette dernière est responsable, entre autres, de la formation et du soutien clinique du personnel infirmier du programme de SMD et de la liaison entre la direction des soins infirmiers et la direction du programme SMD, notamment pour la détermination des besoins de formation.

Conseil des infirmières et infirmiers

Le conseil des infirmières et infirmiers, dont la responsabilité est de formuler des recommandations au conseil d'administration sur des domaines qui touchent directement la pratique des soins infirmiers, comme l'appréciation de la qualité des actes infirmiers et la distribution appropriée des soins dispensés par les infirmières, est actif depuis sept ans. Durant les deux dernières années, il a été impliqué, entre autres, dans la démarche d'agrément et dans le processus d'inspection professionnelle des infirmières. Aucun dossier durant cette période ne concernait spécifiquement les soins en santé mentale.

Direction des services professionnels

À la Direction des services professionnels (annexe V), plus de dix directeurs se sont succédé au cours des vingt dernières années. La directrice actuellement en poste travaille à temps partiel depuis janvier 2010, sur une base contractuelle. Elle assume les responsabilités dévolues par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) auprès des chefs de département et s'assure de la surveillance du bon fonctionnement du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et de ses comités.

RAPPORT D'ENQUÊTE SUR LA QUALITÉ DES SOINS EN SANTÉ MENTALE AU CSSS DE SAINT-JÉRÔME

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Eu égard à la psychiatrie, le CMDP éprouve de la difficulté à remplir son mandat dévolu par l'article 214 de la LSSSS, notamment quant au contrôle et à la surveillance de la qualité de l'exercice. Ces comités ne sont que peu concernés par le dossier de la psychiatrie. L'intégration des psychiatres aux différentes activités du CMDP et de l'établissement a toujours été difficile. De plus, outre l'évaluation des suicides, peu d'études sont réalisées pour apprécier la qualité des actes posés.

Département de psychiatrie

La chefferie du département de psychiatrie est assumée par le chef démissionnaire, depuis le 1^{er} mai 2011, et ce, jusqu'à l'arrivée d'un nouveau chef. L'exercice de ses responsabilités en vertu de la Loi, de même que son leadership sont questionnés par certains intervenants et autorités de l'établissement et mis en évidence à la lecture des procès-verbaux du département. Malgré sa volonté de bien faire, il n'a pas pu rallier, au fil du temps, les membres de son département en un groupe uni, efficace et efficient. En croisant les données des multiples rencontres réalisées en cours d'enquête, on note la brisure du lien de confiance entre le chef de département et la directrice du programme SMD, depuis quelques années.

Mentionnons, toutefois, l'implication de la plupart des psychiatres à l'élaboration récente du Plan fonctionnel et technique actuellement à l'étude au Ministère, de même que leur collaboration à la démarche d'amélioration de la qualité des soins.

RECOMMANDATION

- 1. Procéder dans les meilleurs délais à la nomination d'un chef de département de psychiatrie et voir à l'encadrer et le soutenir dans ses fonctions, le tout en accord avec les dispositions déjà prévues par la LSSSS.***

Programme de santé mentale et dépendances

La direction du programme SMD comporte quatre programmes, soit le programme jeunesse en SMD, incluant la pédopsychiatrie, le programme hospitalisation en SMD, le programme ambulatoire en SMD et le programme réadaptation en SMD. Une directrice gestionnaire est en poste depuis sept ans. Le directeur général, en poste depuis trois ans, n'a pas procédé à la nomination d'un codirecteur médical souhaitant, au préalable, rétablir un climat de confiance compte tenu des difficultés répétitives et non résolues, au fil des ans, associées à l'organisation des soins en santé mentale.

Les services offerts par les différents programmes (annexe VI) sont les suivants :

- programme jeunesse en SMD : clinique de pédopsychiatrie, centre de jour et équipe de santé mentale enfance/jeunesse;
- programme ambulatoire en SMD : suivi thérapeutique, accueil et suivi psychosocial et cliniques externes de Saint-Jérôme et de Sainte-Thérèse;
- programme réadaptation en SMD : services de suivi posthospitalisation, suivi d'intensité variable, suivi intensif dans le milieu, services de crise, de réadaptation intégrée ainsi que de santé mentale/justice;

RAPPORT D'ENQUÊTE SUR LA QUALITÉ DES SOINS EN SANTÉ MENTALE AU CSSS DE SAINT-JÉRÔME

- programme hospitalisation en SMD : 85 lits répartis dans trois unités de 21 ou 22 lits dont une comprend huit lits d'hospitalisation brève et dans deux unités de 10 lits, soit l'unité de soins intensifs et l'unité médico-légale. En raison de débordement, le nombre des patients hospitalisés s'élève régulièrement à 88.

Seize psychiatres, quatre pédopsychiatres et deux omnipraticiens avec privilèges de soins en psychiatrie, constituent l'équipe médicale en santé mentale. Un omnipraticien à temps partiel avec privilèges en médecine générale, assume les soins médicaux généraux auprès de la clientèle hospitalisée.

RECOMMANDATION

- 2. Prioriser la mise en place de la cogestion médico-administrative au programme de santé mentale et dépendances afin de bénéficier de la contribution d'une gouvernance médicale.***

Démarche d'amélioration et d'optimisation des soins et services en santé mentale adulte

Cette démarche, débutée au cours de l'automne 2010, s'est précisée en février 2011 avec les objectifs suivants:

- améliorer la qualité des soins et services en psychiatrie;
- rétablir la crédibilité auprès des patients et des organismes externes;
- améliorer la performance clinique et la fluidité du cheminement des patients en psychiatrie adulte pour augmenter l'accessibilité et la continuité des services;
- améliorer et consolider le travail multidisciplinaire pour assurer une meilleure prise en charge de la clientèle;
- poursuivre l'implantation des orientations du plan d'action 2005-2010 en santé mentale du ministère de la Santé et des Services sociaux;
- obtenir l'autorisation de réaliser le PFT (plan fonctionnel et technique).

Un comité stratégique et un comité de pilotage coordonnent trois comités et cinq groupes de travail (urgence, hospitalisation, hospitalisation brève, médico-légal et cliniques externes). Des consultants externes sur une base contractuelle accompagnent l'établissement dans cette démarche. L'avancement des travaux devait être présenté sous peu au conseil d'administration du CSSS.

CONSTATS

Constats relatifs à la structure

RESSOURCES HUMAINES

Encadrement administratif

Au cours des dernières années, le CSSS de Saint-Jérôme a vécu un roulement important, tant au niveau de ses cadres supérieurs qu'intermédiaires. Le tout a freiné la poursuite des projets entrepris et a entraîné une gestion du changement chaotique. Par exemple, des interventions

RAPPORT D'ENQUÊTE SUR LA QUALITÉ DES SOINS EN SANTÉ MENTALE AU CSSS DE SAINT-JÉRÔME

ponctuelles se sont réalisées sans vision d'établissement et sans soutien d'expertise en gestion ne favorisant pas, au surplus, l'intégration interdisciplinaire.

Les nouveaux cadres parfois peu expérimentés ou cumulant deux fonctions, ne bénéficient pas de tout le soutien que requiert leur fonction. Le personnel laissé à lui-même, peu habitué à un encadrement suivi, résiste et se rebelle lorsqu'un cadre remet en question des façons de faire et désire apporter des changements de pratique.

Il en découle une absence de lignes directrices et de cohésion à la fois entre et au sein même des équipes de travail. Le programme d'hospitalisation en SMD est particulièrement victime de cette situation. Actuellement, des postes sont encore vacants et des départs à la retraite sont prévus prochainement.

RECOMMANDATION

3. Rehausser l'encadrement, notamment celui des unités de soins et clarifier les rôles, de manière à assurer une gestion de proximité de la part du gestionnaire pour permettre de :

- **soutenir davantage les équipes dans les changements de pratiques;**
- **assurer une meilleure communication et circulation de l'information;**
- **travailler en étroite collaboration avec la conseillère clinicienne en soins infirmiers, les assistantes du supérieur immédiat (ASI), les psychiatres, les autres professionnels et le personnel.**

Effectifs

Dans les unités de soins, certains facteurs empêchent les ASI et les infirmières de jouer pleinement leur rôle et nuisent au développement de leur pratique et de leur leadership :

- le ratio infirmière/patients d'un pour sept ou huit de jour, élevé comparativement à un pour cinq dans les autres établissements comparables;
- le manque de personnel de secrétariat dans les unités de soins;
- le remplacement des infirmières absentes par l'ASI, une infirmière auxiliaire ou un préposé aux bénéficiaires;
- les postes d'infirmières vacants nécessitant le recours au temps supplémentaire et aux agences privées.

Pour pallier cette situation, deux infirmières auxiliaires ont été ajoutées, en soirée, pour remplacer un poste d'infirmière, et ce, dans deux unités de soins. L'annexe VII présente les effectifs pour chaque unité de soins ainsi que ceux des services compris dans les autres programmes de santé mentale.

Le manque d'effectif fragilise les équipes de soins et, en l'absence de personnel de soutien, les infirmières passent beaucoup de temps à effectuer des tâches telles que répondre au téléphone, monter et classer des dossiers, prendre des rendez-vous en plus d'effectuer les tâches des PAB qui doivent quitter régulièrement l'unité pour accompagner des patients. Ce temps n'est donc pas consacré aux soins à la clientèle.

RAPPORT D'ENQUÊTE SUR LA QUALITÉ DES SOINS EN SANTÉ MENTALE AU CSSS DE SAINT-JÉRÔME

Outre la présence de travailleuses sociales et d'un éducateur spécialisé, on constate aussi la rareté des autres types de professionnels en santé mentale dans les unités de soins, notamment les psychologues et les ergothérapeutes, ce qui a des impacts négatifs sur les approches thérapeutiques. Il est possible d'obtenir une évaluation en ergothérapie, mais le délai d'attente est long. Il est même difficile pour l'équipe traitante de savoir quand le patient sera vu. Des évaluations neuropsychologiques sont aussi disponibles mais, encore une fois, le délai d'attente peut être long.

De plus, malgré le nombre de psychiatres avec privilèges au CSSS de Saint-Jérôme, conformément au Plan régional d'effectifs médicaux (PREM), la variabilité de leur disponibilité, l'organisation des tâches et de l'organisation de l'offre des soins et services font en sorte qu'il y a une situation critique, compte tenu des équivalents temps plein réellement disponibles (annexe VIII).

RECOMMANDATIONS

- 4. Revoir le plan de dotation des unités de soins, notamment par l'ajout significatif d'infirmières cliniciennes, obtenir un ratio d'une infirmière pour cinq patients de jour, leur adjoindre le personnel de secrétariat nécessaire et prévoir la mise en place de mesures d'attraction et de rétention liées à des changements de pratiques cliniques.***
- 5. Compléter le plan d'effectifs en psychiatrie pour qu'il corresponde aux équivalents temps plein attendus en fonction des postes octroyés afin de rencontrer les responsabilités populationnelles de l'établissement.***

Rôle des intervenants

Il a été constaté, de manière générale, un manque de clarté et de compréhension des rôles respectifs des différents intervenants de l'équipe de soins, entre les services ambulatoires et les unités d'hospitalisation, ce qui engendre insécurité, confusion des rôles, méfiance et conflits.

La majorité des psychiatres ne comprennent pas bien le rôle des autres intervenants et professionnels auprès des patients. Pour plusieurs, il est difficile d'adapter leur approche « pharmacocentrée » à une approche interdisciplinaire reconnue et centrée sur le patient avec impact positif sur la réadaptation et la réinsertion qui favorise le maintien dans la communauté des patients atteints de problèmes de santé mentale.

Au surplus, des membres de l'équipe de soins ne sont pas utilisés à leur plein potentiel. Notons, les ASI qui occupent un rôle traditionnel, principalement de suppléance aux activités quotidiennes plutôt que de soutien clinique et d'amélioration continue de la qualité. Les infirmières dans les unités de soins prodiguent davantage des soins ponctuels. Elles n'exercent pas pleinement leurs activités d'évaluation, de surveillance et de suivi de la clientèle. C'est le cas également aux cliniques externes où les infirmières effectuent essentiellement le suivi de patients pour l'injection de médication longue action.

RAPPORT D'ENQUÊTE SUR LA QUALITÉ DES SOINS EN SANTÉ MENTALE AU CSSS DE SAINT-JÉRÔME

Quant aux PAB, leur rôle en est essentiellement un de surveillance et de contrôle. Il s'agit davantage d'un gardien que d'un intervenant dans les soins en lien avec des objectifs. Leurs tâches comportent peu d'activités avec la clientèle telles que les sorties accompagnées ou les activités occupationnelles.

Il n'y a pas d'évaluation en cours d'emploi et, par conséquent, peu de rétroaction du travail fait, de valorisation du potentiel du personnel ni de soutien au développement. Lors du renouvellement de leurs statut et privilèges, les psychiatres ne font pas l'objet d'évaluation de leurs activités cliniques et médico-administratives, de leur participation au développement professionnel continu et de leur attitude et comportement.

RECOMMANDATIONS

- 6. Réorganiser le travail dans un cadre interdisciplinaire centré sur les besoins de la clientèle, en s'appuyant sur les reconnaissances d'expertises professionnelles édictées par la Loi 90 et l'actualisation prochaine de la Loi 21.***
- 7. Mettre en place un mécanisme d'évaluation structuré pour le personnel ainsi que pour les médecins dans le cadre du renouvellement de leur statut et des privilèges.***

Accès aux soins et services

Plusieurs facteurs relatifs à l'offre de services ou à leur organisation rendent difficile l'accès aux soins. Retenons que, contrairement à la majorité des établissements de soins au Québec et malgré de nombreuses démarches depuis 1996, le CSSS de Saint-Jérôme n'a pas réussi à mettre sur pied un hôpital de jour et un module évaluation-liaison (MEL) reconnu pourtant efficace pour une meilleure accessibilité et fluidité des soins et services. En clinique externe, les délais d'attente s'échelonnent jusqu'à deux ans en raison du manque de ressources professionnelles et médicales. De plus, lorsque l'infirmière s'absente, elle n'est pas remplacée et les rendez-vous sont donc déplacés.

En l'absence de services et de ressources, les équipes de soins doivent répondre aux besoins d'une clientèle présentant des problèmes de santé mentale complexes souvent combinés à des problèmes de santé physique. Un seul omnipraticien, à temps partiel, est chargé des soins physiques pour l'ensemble des unités d'hospitalisation. Il est évident qu'à lui seul, il ne peut refaire tous les examens physiques ni réviser tous les dossiers pour prescrire les bilans nécessaires. L'équipe traitante, à l'aide d'un protocole d'admission standardisé, pourrait s'assurer que tous les bilans soient complétés et adaptés aux conditions du patient.

Les patients qui n'ont pas accès à un psychiatre, à un médecin de famille ou à une autre ressource professionnelle se voient dans l'obligation de se présenter à l'urgence pour obtenir des soins. Un examen physique sommaire ainsi qu'un bilan biochimique, plus ou moins exhaustif, sont faits par les urgentologues, mais la condition physique des patients n'est pas systématiquement réévaluée dans les unités de soins.

Les statistiques pour les six dernières périodes de l'année financière 2010-2011 démontrent un nombre élevé de visites à l'urgence de même que des moyennes de durée de séjour qui s'échelonnent de 21 à 34 heures.

RAPPORT D'ENQUÊTE SUR LA QUALITÉ DES SOINS EN SANTÉ MENTALE AU CSSS DE SAINT-JÉRÔME

On constate une duplication des consultations psychiatriques alors que des patients, référés par leur psychiatre en provenance de la clinique externe, doivent être évalués par le psychiatre de garde à l'urgence pour être admis dans les unités de soins. De plus, lorsqu'un patient doit être transféré aux soins intensifs, une nouvelle consultation est demandée au médecin responsable de cette unité même s'il a évalué le patient la veille à l'urgence. Cette situation contribue à l'engorgement de l'urgence et limite l'accès aux lits.

À cet égard, la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) a dû multiplier ses enquêtes, au cours des dernières années, pour vérifier si la couverture de la garde était assurée par deux psychiatres simultanément. La révision des horaires de garde, à la lumière des rencontres réalisées et les correspondances entre la RAMQ, la direction des services professionnels et le CMDP, versés au dossier professionnel de plusieurs psychiatres, a permis de démontrer l'absence de couverture simultanée par deux psychiatres. Ainsi, des modifications aux horaires de garde réduiraient les risques d'allégation de fraude.

La fonction de psychiatre répondant n'est pas implantée dans la région des Laurentides. Les psychiatres ne ressentent pas le besoin d'exercer cette nouvelle fonction et ne comprennent surtout pas son utilité. Plus de 75 % d'entre eux estiment qu'il s'agit d'une tâche supplémentaire (annexe IX). Deux omnipraticiens sont disponibles pour certains soins psychiatriques aux cliniques externes, à une fréquence d'une demi-journée par deux semaines.

La majorité des personnes rencontrées incluant les psychiatres, ne connaissent pas l'existence sur le territoire de groupes de médecine de famille (GMF) ou le nombre de ceux-ci. Plusieurs n'ont aucun contact avec les médecins de famille de leurs patients. Il n'a pas été possible, au moment de rédiger ce rapport, d'avoir les données exactes sur les médecins de famille qui prennent en charge des patients avec des problèmes de santé mentale.

De toute évidence, les ressources d'hébergement sont en nombre insuffisant et difficiles d'accès. Le temps d'attente avant de pouvoir intégrer les unités de soins longue durée se trouvant à l'Annonciation est de plus d'un an. Ce manque de ressources affecte considérablement la durée de séjour des patients.

RECOMMANDATIONS

- 8. Mettre en place avant même l'actualisation du Plan fonctionnel et technique des moyens pouvant améliorer l'accès aux services de soins tels qu'un hôpital de jour et un module d'évaluation-liaison, afin de répondre aux besoins des patients, d'éviter des délais dans leur prise en charge, d'offrir une alternative à l'hospitalisation voire de permettre une diminution de la durée de séjour du patient déjà hospitalisé et ainsi d'éviter les réadmissions.**
- 9. Mettre en place la fonction de psychiatre-répondant en soutien clinique aux équipes de première ligne, aux médecins de famille dans la communauté et en GMF permettant un enrichissement et un partage des connaissances ainsi que le développement de stratégies d'intervention nouvelles et adaptées à la condition clinique des patients.**

RAPPORT D'ENQUÊTE SUR LA QUALITÉ DES SOINS EN SANTÉ MENTALE AU CSSS DE SAINT-JÉRÔME

RESSOURCES MATÉRIELLES

Lieux physiques et équipements

Les lieux physiques, particulièrement les 2^e, 3^e et 4^e étages du Pavillon de la psychiatrie sont vétustes, déprimants, non sécuritaires et insalubres. Ils ne favorisent certainement pas le rétablissement de la clientèle. Notons, par exemple, les fenêtres givrées empêchant la vue vers l'extérieur et la présence de moisissures dans les douches. L'absence de climatisation, particulièrement dans les salles d'isolement, peut s'avérer dangereuse pour la clientèle fragilisée par l'agitation, l'âge, la condition physique précaire, les effets secondaires de la médication.

Les patients vont fumer sur les balcons situés aux extrémités des corridors. Cette pratique ne facilite pas leur surveillance et contrevient à la *Loi sur le tabac*. La localisation des postes ne permet pas une vue globale de l'unité de soins.

Le manque d'espace dans les unités de soins est aussi un facteur nuisible. Une seule pièce, où il n'y a que des tables et des chaises et aucun fauteuil, sert à la fois pour les repas, recevoir les visiteurs et regarder la télévision. Les infirmières rencontrent les patients dans leur chambre, les rencontres multidisciplinaires se tiennent dans des postes qui sont petits et où le téléphone sonne sans cesse, les travailleuses sociales n'ont pas de bureau et les stagiaires en soins infirmiers doivent régulièrement rédiger leurs notes au dossier debout dans la salle d'utilité. Dans les unités, il n'y a pas d'espace dédié à des activités occupationnelles et de réadaptation. Aux soins intensifs, les chambres servent à la fois de salles d'isolement, de lieux d'entrevue et de repos.

Des équipements sont manquants, insuffisants tels que du matériel sécuritaire pour injection, un couteau d'urgence en forme de crochet en cas de pendaison, un réfrigérateur réservé aux médicaments, un brassard à TA large et un seul appareil à TA pour vingt-deux patients. Il y a un manque d'uniformité d'une unité à l'autre pour l'emplacement du matériel, ce qui demande au personnel de chercher et occasionne des délais pour les soins. Les salles de toilette sont insuffisantes (deux pour vingt-deux patients et aucune pour le personnel de l'unité), les lavabos ne sont pas placés aux endroits requis, par exemple, près du chariot où sont préparés les médicaments. Le système d'intercom au poste est bruyant ce qui crée un irritant pour le personnel.

Au surplus, les bureaux des psychiatres aux étages ne respectent pas les normes de sécurité. En cas d'agression, il serait fort difficile pour un médecin de quitter la pièce. Toutefois, le bureau du médecin situé aux soins intensifs respecte les normes, tout comme les bureaux de l'urgence qui comptent deux portes de sortie.

En révisant les montants annuels distribués, dans le cadre du plan de conservation et de maintien des actifs immobiliers au cours des cinq dernières années, on se rend compte que les sommes consenties pour le Pavillon de la psychiatrie sont minimales.

RAPPORT D'ENQUÊTE SUR LA QUALITÉ DES SOINS EN SANTÉ MENTALE AU CSSS DE SAINT-JÉRÔME

RECOMMANDATIONS

10. Prioriser la climatisation des salles d'isolement.

11. Sécuriser, moderniser et adapter les installations physiques actuelles en fonction des besoins de la clientèle de manière à ce qu'elles favorisent son rétablissement en attendant l'actualisation du Plan fonctionnel et technique. En plus d'offrir aux patients un environnement guérissant et sécuritaire, il faudra que le PFT prévoit une nouvelle construction intégrée à l'hôpital actuel afin de contrer l'isolement historique de la clientèle et de ses professionnels du reste de l'établissement de santé.

Constats relatifs aux processus

COMMUNICATION ET RELATIONS DE TRAVAIL

De manière générale, il y a des problèmes de communication importants tant au niveau administratif que clinique. Des changements sont effectués sans que le personnel et les médecins ne soient suffisamment informés. Il s'ensuit conflits, résistance, circulation d'informations erronées et de fausses rumeurs où la gestion des perceptions a préséance sur la gestion de la réalité. À titre d'exemples, du personnel est insuffisamment informé au sujet de l'introduction de nouveaux titres d'emploi dans l'équipe de soins, l'équipe médicale n'est pas avisée de nouvelles directives et des infirmières ne connaissent pas l'existence de documentations de références ou d'outils cliniques.

Les communications déficientes ne sont pas exclusives à l'interne. Avec les différents partenaires de la communauté (première ligne sur le territoire, ressources d'hébergement, centres de crise, organismes communautaires, médecins de famille, psychiatres des autres établissements, autorités administratives et Agence), elles sont aussi problématiques.

Les relations de travail s'en trouvent tendues, la collaboration interprofessionnelle et le travail d'équipe affectés. L'attraction, l'intégration et la rétention de nouveaux personnels et professionnels sont difficiles. La collégialité médicale est fragile à certains égards au sein du département de psychiatrie et une dichotomie profonde s'est installée au fil du temps avec les autres médecins du CSSS, alors que les psychiatres sont perçus par plusieurs comme désincarnés des vrais enjeux de soins compte tenu des besoins du CSSS et de la population à desservir.

L'absence d'encadrement continu a fait en sorte que ces problématiques n'ont pas été traitées puisqu'elles persistent depuis plusieurs années. En conséquence, le climat de travail est malsain et une crainte de dénoncer des situations inacceptables s'est installée d'autant qu'une culture de blâme prévaut ou est du moins ressentie à plusieurs niveaux de la hiérarchie.

RAPPORT D'ENQUÊTE SUR LA QUALITÉ DES SOINS EN SANTÉ MENTALE AU CSSS DE SAINT-JÉRÔME

RECOMMANDATION

12. Doter l'établissement d'un plan de communication visant à rétablir un climat de confiance propice à une communication productive, une collaboration interdisciplinaire, ainsi qu'une compréhension réciproque et véritable de l'information, plus particulièrement lors de changements organisationnels.

SOUTIEN CLINIQUE

Un programme de formation continue, pour l'ensemble des équipes de soins est établi annuellement. De plus, des membres du personnel assistent à des formations dispensées par des organismes extérieurs. À la suite du rapport du Protecteur du citoyen, des formations ont été offertes sur les notes aux dossiers, les gardes en établissement et l'utilisation des mesures de contrôle. Des mécanismes sont en place pour la mise à jour, bisannuelle, en réanimation cardiorespiratoire.

Le développement professionnel continu des médecins est structuré mais n'autorise pas la participation des autres professionnels. Des sujets, pourtant mal compris par les psychiatres, tels que les politiques de garde en établissement et les mesures de contrôle ne sont pas traités.

Les ressources sont insuffisantes pour l'accompagnement du personnel, afin de faciliter l'intégration des connaissances à la pratique, l'implantation de nouveaux rôles, le suivi des formations dispensées qui demandent de nouvelles façons de faire ou l'intégration du nouveau personnel. Le programme d'orientation est de courte durée et les infirmières et infirmières auxiliaires embauchées ont souvent peu de connaissances et d'expérience en santé mentale.

Actuellement, plusieurs d'entre elles, de soir et de nuit, ont moins de trois ans d'expérience en santé mentale et ne bénéficient pas du soutien nécessaire pour développer leur expertise et leur leadership dans l'équipe de soins. La conseillère clinicienne en soins infirmiers est peu épaulée, il n'y a pas de conseillère en soins, à l'instar de la santé physique où il y en a trois. Cet état de fait contribue à l'isolement de la santé mentale qui est délaissée au profit de la santé physique en ce qui a trait au soutien clinique.

Un portail clinique disponible permettant l'accès à des documents cliniques et administratifs tels que politiques, procédures et ordonnances collectives est peu utilisé. Aux unités de soins, les postes informatiques sont insuffisants et leur accès non convivial. L'Internet n'est pas disponible alors que dans un cadre de soins centrés sur les patients, il devrait aussi être accessible à ces derniers. Il en est de même pour les psychiatres dont les bureaux, à l'urgence, ne sont pas équipés de postes informatiques.

S'ajoute à cela un manque important de documentation pour les soins en santé mentale autant au niveau du soutien clinique qu'administratif (politiques et procédures, programme de soins, documents cliniques de références en santé mentale, documents d'enseignement ou feuillets d'informations pour la clientèle). De plus, des outils cliniques sont implantés sans guides d'emploi, légendes ou référentiels nécessaires à leur utilisation.

RAPPORT D'ENQUÊTE SUR LA QUALITÉ DES SOINS EN SANTÉ MENTALE AU CSSS DE SAINT-JÉRÔME

Le système de collecte de données aux fins de statistiques cliniques et administratives est peu fonctionnel et induit aisément en erreur cliniciens, cadres, autorités administratives internes de même que les organismes de surveillance professionnelle tels que l'Agence. Les données requises auprès du Ministère en fin d'enquête pour procéder à la validation de celles recueillies à l'interne n'ont pu être disponibles au moment de la rédaction du présent rapport.

RECOMMANDATIONS

- 13. Créer un comité sur la pratique infirmière en santé mentale et en soins psychiatriques, formé de la conseillère clinicienne en soins infirmiers, de conseillères en soins et d'infirmières, avec mandat de rehausser la pratique des infirmières et de s'assurer qu'elles possèdent les compétences requises telles que décrites dans le rapport sur la pratique infirmière en santé mentale, produit en octobre 2009, par le comité d'experts de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, en lien avec la DSI et le CECII.**
- 14. Favoriser l'intégration des nouveaux apprentissages à la pratique, notamment par l'accompagnement du personnel par des conseillères en soins et l'accessibilité à la documentation de référence en santé mentale que ce soit des programmes de soins, documents cliniques de références, guides de meilleures pratiques, documents d'enseignement et feuillets d'information pour la clientèle, le tout faisant suite aux orientations et aux formations en cours d'emploi.**

SOINS INFIRMIERS ET MÉDICAUX À LA CLIENTÈLE

Évaluation de la condition physique et mentale par les infirmières

Les informations recueillies lors de l'évaluation, au guichet d'accès ou à l'urgence, sont transmises lorsqu'un patient est hospitalisé. La documentation de soins à l'admission reflète une évaluation sommaire de la santé physique et mentale ainsi que de certains éléments de gestion des risques. Toutefois, à l'admission, la raison d'hospitalisation, les attentes du patient, sa motivation face à l'hospitalisation et son impact, les informations relatives à une conduite addictive et au syndrome métabolique, ainsi que les aspects psychosociaux sont peu explorés. L'examen physique n'est pas une pratique courante, aucune formation n'a été dispensée à cet effet.

En cours d'évolution, il y a peu d'indices dans la documentation de soins de la réévaluation de la condition du patient. Les liens entre les données d'admission et celles en cours d'évolution ne sont pas suffisamment étayés et il n'y a pas de références claires aux constats établis.

Les outils cliniques disponibles à l'urgence et aux unités de soins pour soutenir et documenter l'évaluation de la condition physique et mentale de la clientèle, soit la feuille de préévaluation, la note de l'infirmière à l'admission et la collecte de données présentent des sections redondantes, d'ailleurs plus ou moins complétées.

RAPPORT D'ENQUÊTE SUR LA QUALITÉ DES SOINS EN SANTÉ MENTALE AU CSSS DE SAINT-JÉRÔME

Qualité de l'acte médical psychiatrique

Les consultations psychiatriques effectuées à l'urgence sont généralement complètes, mais on y retrouve des informations partielles sur les problèmes d'abus ou de dépendance aux substances. Lorsqu'un patient est admis dans une unité de soins, on ne retrouve pas de mise à jour sur les problèmes de toxicomanie dans les notes d'évolution des médecins. Les problèmes de toxicomanie ne sont pas suffisamment explorés ni considérés comme comorbidité importante affectant la prise en charge globale des patients.

À la révision des dossiers médicaux des patients hospitalisés, il est difficile de connaître quels sont les services externes. La continuité des soins entre l'externe et les unités d'hospitalisation n'est pas clairement établie. Lorsqu'un patient est prêt à quitter l'établissement, une infirmière de liaison est affectée à la planification des congés, mais on remarque que la communication est laborieuse entre le CSSS de Saint-Jérôme et les organismes d'hébergement dans la communauté.

Des patients ne sont pas vus régulièrement par leur médecin traitant. Comme les notes d'évolution sont peu fréquentes, il est difficile pour l'équipe de s'y référer pour obtenir des informations. Le personnel soignant se plaint du manque de soutien de certains médecins psychiatres. Il a à gérer des patients et des familles qui se sentent abandonnés et peu informés.

En plus des éléments mentionnés plus haut, les patients qui ne sont pas évalués régulièrement risquent de voir leur séjour s'allonger en raison de l'absence de l'ajustement de leur médication. Même si certains psychiatres voient leurs patients à intervalles réguliers, de nombreux patients sont affectés par le manque de suivi.

Dans la prise en charge de leurs patients, les médecins n'impliquent généralement pas leurs proches et se privent de précieuses sources d'information. On ne retrouve presque pas de données sur l'histoire longitudinale, le réseau social, ou le milieu du patient dans le dossier médical. Les notes d'évolution décrivent des symptômes et ces symptômes sont traités par des médicaments, mais qu'en est-il de la personne? De son projet de vie ?

De façon générale, les traitements pharmacologiques sont prescrits selon les normes et les connaissances actuelles de la science. Par contre, des psychiatres prescrivent des antipsychotiques atypiques deux fois par jour alors que la norme est de les donner en une seule prise pour minimiser les effets secondaires et faciliter l'observance. Cette pratique peut être utile dans des circonstances précises mais la justification n'est pas notée au dossier. On constate aussi que des médecins prescrivent, dans un premier temps, le Risperdal Consta à dose maximale alors qu'on recommande généralement de commencer cet antipsychotique à dose plus faible, toujours dans le but de minimiser les effets secondaires en donnant la dose minimale requise.

La révision des dossiers médicaux ne permet pas de déterminer quelles approches thérapeutiques, outre la pharmacothérapie, sont utilisées.

Soins, surveillance et suivi

Des outils cliniques pour soutenir et documenter les éléments de soins, de surveillance et de suivi sont disponibles. Le Plan thérapeutique infirmier (PTI) est implanté dans tous les services

RAPPORT D'ENQUÊTE SUR LA QUALITÉ DES SOINS EN SANTÉ MENTALE AU CSSS DE SAINT-JÉRÔME

et des plans de soins types proposent des lignes directrices pour l'intervention en lien avec les principales problématiques observées chez la clientèle. Des ordonnances collectives pour le suivi des patients recevant des antipsychotiques atypiques, de l'acide valproïque, du lithium et de la carbamazépine sont en élaboration.

Peu de programmes de soins sont en place pour soutenir la pratique des infirmières. Les interventions de soins sont ponctuelles pour répondre au besoin immédiat exprimé par les patients. Le PTI n'est pas ajusté et mis à jour de façon systématique et ne reflète pas toujours les orientations des interventions observées. Les directives infirmières sont sommaires et ne précisent jamais la cible.

Le niveau de motivation de la personne à cesser de consommer est évalué et discuté lors des rencontres entre les infirmières et les travailleuses sociales et de l'enseignement est donné sur la comorbidité et les effets néfastes de la drogue. Toutefois, l'approche motivationnelle n'est pas en place pour favoriser une compréhension, un langage commun et des orientations stratégiques à cet effet.

L'absence d'orientation de traitement, de soutien et de substitution pour la cessation de consommation de drogues, d'alcool et de tabac ne favorise pas la cessation de conduites addictives de sorte qu'il s'agit d'une problématique présente, particulièrement pour la consommation de drogues aux unités de soins, selon le personnel. De plus, la politique pour la saisie de drogues date de 1991.

Les infirmières connaissent les médicaments administrés et sont capables de discuter du choix d'augmenter ou de diminuer les dosages ainsi que des croisements de médicaments, mais elles font peu d'enseignement sur la maladie, la médication et l'importance de la fidélité au traitement. Les notes au dossier témoignent de l'efficacité de la médication selon l'évolution des symptômes. La surveillance des effets attendus et non attendus est effectuée.

Le dépistage des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) n'est pas effectué par les infirmières et le suivi médical est difficile à obtenir en cours d'hospitalisation. De l'enseignement à la clientèle est rarement fait et aucune formation n'a été dispensée aux infirmières à ce sujet.

Les PAB sont peu informés sur les interventions déterminées auprès de la clientèle. Il n'y a pas de plan de travail à leur intention ni de rencontre d'équipe de soins en début de quart de travail. Seul un document appelé « feuille de particularités » indique les principales caractéristiques de la clientèle qui nécessite une surveillance mais aucune directive relative à des interventions spécifiques. À l'occasion, les plans de soins types touchant l'encadrement des comportements sont affichés au poste pour permettre aux PAB de les consulter.

Quoique de la formation en santé mentale soit offerte aux infirmières, celles de l'urgence y assistent rarement. L'infirmière de liaison qu'elles consultent leur apporte toutefois son soutien.

Approches thérapeutiques

Les infirmières démontrent une bonne qualité d'écoute et d'empathie. L'approche est respectueuse et chaleureuse. Elles expriment une volonté d'offrir des services adéquats. Cependant, des occasions ne sont pas saisies d'établir les bases d'une alliance thérapeutique avec le patient dans le but d'intervenir ensuite en relation d'aide professionnelle. On ne trouve

RAPPORT D'ENQUÊTE SUR LA QUALITÉ DES SOINS EN SANTÉ MENTALE AU CSSS DE SAINT-JÉRÔME

pas d'orientation ou d'approche uniformisée pour les entrevues individuelles. Elles sont souvent réalisées à la demande du patient ou pour offrir un soutien ponctuel relatif au besoin immédiat. On note également l'absence d'orientation formelle quant à la vision de rétablissement, de responsabilisation, d'autodétermination, d'utilisation des forces du patient et de sa participation aux prises de décision.

Les approches telles que motivationnelle intégrée et cognitivo-comportementale sont peu connues et utilisées et le discours quant à l'espoir de rétablissement est pratiquement absent. L'approche systémique familiale n'est également pas connue. Les entrevues familiales sont peu fréquentes, le patient, sa famille ou ses proches ne sont pas impliqués directement dans les décisions de soins. Les quelques échanges avec des proches observés l'ont été à l'initiative de ces derniers.

Dans le même sens, les patients dont l'épisode de soins est terminé, en attente d'une ressource ou d'une décision du Tribunal administratif du Québec, reçoivent les mêmes soins que les autres patients. L'approche de réadaptation n'est pas présente et appliquée pour ces personnes.

RECOMMANDATIONS

- 15. Offrir aux infirmières, y compris celles de l'urgence, des formations afin qu'elles rehaussent leurs connaissances et habiletés pour :**
 - **évaluer la condition physique et mentale de la clientèle en santé mentale;**
 - **guider les autres membres de l'équipe en ce qui a trait aux soins et à la surveillance à effectuer;**
 - **effectuer des entrevues structurées centrées sur des objectifs cliniques précis et développer une alliance thérapeutique avec la clientèle dans une perspective de relation d'aide professionnelle;**
 - **intervenir selon des approches reconnues telles que motivationnelles et cognitivo-comportementales.**
- 16. Instaurer des approches et des outils cliniques pour la réduction de conduites addictives pendant l'hospitalisation, notamment en recourant aux organismes externes tels que les AA ou NA, pour effectuer de l'enseignement sur la maladie, la médication et la fidélité au traitement et faire de la prévention et du dépistage des ITSS.**
- 17. Consolider la fonction et le rôle stratégique de l'infirmière de liaison à l'urgence en soutien aux professionnels du CSSS en lien avec les ressources disponibles dans la communauté, y compris les médecins de famille.**
- 18. Revoir l'ensemble des outils cliniques servant à l'évaluation, à la surveillance et au suivi ainsi qu'à la planification des soins à la clientèle dans une perspective de continuité, à partir de l'urgence, afin de couvrir tous les besoins de la clientèle, d'éviter la redondance et de permettre à l'ensemble du personnel des unités de soins de posséder l'information clinique requise en fonction de leur rôle pour intervenir adéquatement auprès du patient et de ses proches.**

RAPPORT D'ENQUÊTE SUR LA QUALITÉ DES SOINS EN SANTÉ MENTALE AU CSSS DE SAINT-JÉRÔME

CONTINUITÉ DES SOINS ET INTERDISCIPLINARITÉ

De nombreux efforts sont faits pour offrir des services et un suivi à la clientèle malgré les délais d'attente et l'absence de certaines ressources. Notons par exemple :

- des groupes de soutien pour la clientèle présentant des troubles de personnalités limites (TPL);
- les suivis téléphoniques et la préévaluation aux cliniques externes;
- les suivis par l'infirmière au guichet d'accès;
- le travail interdisciplinaire en ambulatoire;
- le travail avec les infirmières de liaison facilitant l'arrimage entre les services, la planification du congé et l'orientation de la clientèle vers les ressources externes appropriées, notamment pour la clientèle au secteur de l'hospitalisation brève.

Toutefois, des modèles d'organisation de soins tels que le suivi systématique, le gestionnaire de cas et le rôle pivot ne sont pas implantés et l'interdisciplinarité est quasi absente au sein des unités de soins. Cette lacune engendre un manque de cohésion dans le travail de l'équipe soignante, ce qui affecte non seulement les soins directs donnés aux patients, mais également le climat de travail.

Des rencontres auxquelles assistent uniquement les infirmières et les travailleuses sociales se tiennent hebdomadairement pour la clientèle hospitalisée avec l'objectif principal d'identifier les ressources externes utilisées et requises par le patient. Les décisions prises lors de ces rencontres ne sont pas documentées au dossier des patients et aucun plan d'intervention interdisciplinaire n'est élaboré. Les psychiatres ne participent pas à ces rencontres et, conséquemment, ne prennent pas régulièrement en considération les décisions qui y sont prises.

Le peu de collaboration interprofessionnelle de certains psychiatres rend difficile la prise de décisions partagées des soins ou des démarches telles que le transfert d'unité, la planification de congé ou la demande d'hébergement, ce qui retarde la réponse aux besoins de la clientèle et influence le suivi clinique.

Le CSSS de Saint-Jérôme compte une pharmacienne expérimentée en santé mentale et ayant de l'intérêt pour le travail d'équipe. Malheureusement, son expertise est sous-utilisée car certains médecins considèrent ses recommandations comme de l'ingérence. Ceci est un autre exemple montrant les difficultés à intégrer l'interdisciplinarité dans la pratique médicale. Bien que certains médecins démontrent une certaine ouverture à l'expertise des autres professionnels pour les aider à clarifier les diagnostics et élaborer les plans de traitement, cette pratique est loin d'être généralisée.

En plus de ne pas assister aux rencontres, des psychiatres refusent que d'autres professionnels assistent à leurs entrevues avec les patients ou de les impliquer dans les soins à leur clientèle. Les visites médicales aux unités de soins ne sont pas régulières ou sont faites tardivement et il y a des délais de réponse pour les consultations médicales. Ainsi, des patients peuvent ne pas être vus par leur psychiatre pendant plusieurs jours. Le tout se traduit par des durées de séjour prolongées et des débordements dans les unités de soins. Les patients dont l'hospitalisation se prolonge indûment voient leur processus de rétablissement amputé fragilisant inutilement du même coup leur réinsertion sociale avec des impacts sociaux certains. Conséquemment, la continuité et l'intégration des soins sont difficiles, voire compromises.

RAPPORT D'ENQUÊTE SUR LA QUALITÉ DES SOINS EN SANTÉ MENTALE AU CSSS DE SAINT-JÉRÔME

RECOMMANDATIONS

- 19. Favoriser le développement de nouveaux modèles d'organisation des soins permettant un meilleur suivi de la clientèle de santé mentale, par exemple, le suivi systématique de clientèle, la gestion de cas et l'infirmière pivot.**
- 20. Compléter chaque équipe interdisciplinaire minimalement par l'apport significatif d'un psychologue, d'un ergothérapeute, d'un pharmacien et par la participation des psychiatres afin d'établir une dynamique d'équipe productive. Instaurer des rencontres régulières préconisant d'abord et avant tout des soins centrés sur les patients et la mise en place d'un plan d'intervention interdisciplinaire.**
- 21. Offrir de la formation à tous les intervenants, y compris les médecins, sur l'approche interdisciplinaire des soins axés sur les patients dans une optique de rétablissement, de réadaptation et de planification des soins, à partir du projet de vie et des forces du patient et de l'implication des proches.**

GESTION DES RISQUES

Il faut d'abord rappeler que l'état des installations représente, à lui seul, un potentiel de risque tant pour les patients, les membres du personnel et les visiteurs. Une politique de déclaration d'un incident ou d'un accident est en vigueur. La procédure de déclaration à l'aide du formulaire AH-223 est connue et un règlement sur la divulgation d'un accident à un patient, à sa famille ou à son représentant a été diffusé auprès du personnel. Par ailleurs, les résultats ne sont pas transmis à toutes les instances concernées et il n'y a pas de retour en équipe dans les unités ou services afin de faire bénéficier l'ensemble du personnel de certains points de vigilance à exercer.

Le dépistage et l'identification des risques potentiels sont peu présents au dossier du patient de même que dans les échanges entre les membres de l'équipe.

Une procédure en cas de fugue est en vigueur, mais les personnes questionnées ont été incapables de la décrire ou d'identifier l'emplacement du document à l'unité de soins. Malgré le potentiel de risque chez cette clientèle, le risque de fugue est peu exploré à l'admission.

Un programme de prévention et de gestion des conduites suicidaires est en vigueur. La présence d'idées suicidaires chez le patient est vérifiée et un constat est déterminé. Toutefois, la question est abordée de façon très sommaire, ce qui ne permet pas d'évaluer avec précision le niveau d'urgence suicidaire. Les facteurs de risque et de protection sont rarement observés dans la documentation au dossier du patient. Une cote est inscrite au formulaire d'évaluation sans tenir compte des fréquences d'évaluation recommandées puis les constats et niveaux de surveillance ne sont pas ajustés en fonction du niveau d'urgence suicidaire qui fluctue dans le temps.

Au congé des patients, un filet de sécurité est assuré avec le service « postcrise » et des informations sur les ressources disponibles dans la communauté sont transmises.

RAPPORT D'ENQUÊTE SUR LA QUALITÉ DES SOINS EN SANTÉ MENTALE AU CSSS DE SAINT-JÉRÔME

Il faut toutefois noter que le programme de prévention des chutes, déjà implanté en santé physique, est en voie d'être adapté pour la santé mentale et diffusé auprès du personnel de ce secteur.

Ainsi, en présence de risques tels que fugue, suicide et chute, peu d'interventions préventives sont planifiées, impliquant la personne et ses proches, pour diminuer les risques potentiels. De manière générale, il y a confusion entre les notions de risque et de passage à l'acte. Les patients sont souvent considérés à risque, et ce dernier indiqué au PTI, une fois l'événement survenu. Le PTI est rarement ajusté selon l'évolution des risques.

Un système sécuritaire d'administration des médicaments est en place. Par contre, la double identification n'est pas effectuée avec le bracelet malgré l'existence d'une politique à cet effet.

Risque d'agressivité ou de violence

Une norme pour la gestion du risque d'agressivité ou de violence (code blanc) est en vigueur. À l'admission, des outils cliniques relatifs à l'évaluation initiale soutiennent le dépistage et l'évaluation du risque d'agressivité ou de violence. Lorsqu'il est dépisté, il est indiqué, ainsi que la fréquence de surveillance requise, sur la feuille de *Particularités / sécurité à l'unité*. La formation Oméga est dispensée à tout le personnel et un système d'alarme et de localisation efficace est en place.

Malgré ces mesures, la section Oméga de l'outil d'évaluation initiale à l'admission n'est pas toujours complétée et les éléments d'Oméga ne sont pas suffisamment intégrés à la pratique. Le personnel a d'ailleurs manifesté un besoin de mise à jour.

On dénote, une culture de contrôle. L'encadrement est ferme et centré sur des règlements. La sécurité du personnel a primauté sur la sécurité et le bien-être des patients et ce, particulièrement aux soins intensifs. Le *Guide d'accueil : Module de soins intensifs*, que le personnel soignant appelle *Code de vie*, le reflète en décrivant davantage des mesures restrictives.

Application des mesures de contrôle

Des normes et pratiques de gestion pour les mesures de contrôle sont en vigueur et un registre de leur utilisation a récemment été mis en place. L'analyse des données recueillies pour la 13^e période des années 2009 et 2010 indique une diminution de leur utilisation. Cependant, la consultation des dossiers a tout de même fait ressortir une utilisation importante des mesures de contrôle, particulièrement des contentions. Ce qui peut faire douter de la rigueur avec laquelle les données, acheminées à la conseillère clinicienne en soins infirmiers, sont recueillies. Notons tout de même qu'au moment des observations, peu de mesures de contrôle étaient utilisées et dans les situations observées et documentées au dossier, l'infirmière réévalue régulièrement la situation.

Il faut toutefois préciser que, contrairement aux orientations ministérielles, les mesures de contrôle sont généralement appliquées dans des contextes d'interventions non planifiés. La prescription de « l'isolement PRN », sans précision de modalités d'application, est pratique courante et le processus décisionnel pour leur utilisation est sommaire et n'implique pas de

RAPPORT D'ENQUÊTE SUR LA QUALITÉ DES SOINS EN SANTÉ MENTALE AU CSSS DE SAINT-JÉRÔME

discussion préalable avec le patient ou son représentant. Les mesures alternatives, les réactions physiques et psychologiques du patient ainsi que les informations relatives à un retour postévénement sont peu documentées dans les dossiers consultés et on ne trouve aucune directive à ce sujet au PTI.

Dans la documentation de soins, l'utilisation des contentions complètes en plus de l'isolement par rapport à l'isolement simple est peu justifiée. Les contentions installées en permanence dans les chambres d'isolement peuvent laisser croire qu'elles risquent d'être appliquées d'emblée. Également, il arrive que la décision d'appliquer une mesure de contrôle soit prise par des personnes non légalement autorisées.

Le risque d'une utilisation abusive, particulièrement pour les contentions, demeure présent.

À l'urgence, les informations sur l'application de mesures de contrôle ne sont pas acheminées à la conseillère clinicienne en soins infirmiers, responsable de ce suivi. Du matériel de contention varié, inadéquat ou mal entretenu et l'utilisation de caméras dans les salles d'isolement avec écran au poste entraînent une fausse sécurité, puisque personne n'est spécifiquement responsable de la surveillance. De plus, elles contreviennent au respect de l'intimité de la personne.

Tout laisse croire que les notions de consentement et de planification, avec l'implication du patient, au regard de la prévisibilité du recours aux mesures de contrôle ne sont pas maîtrisées par la majorité des intervenants, que les traumatismes psychologiques et physiques occasionnés sont sous-estimés, le tout confirmé par une pauvre documentation du retour postévénement avec les intervenants et le patient visé.

Garde en établissement

En ce qui concerne les gardes en établissement, les rapports manuscrits sont peu détaillés et ne justifient pas toujours la dangerosité du patient. Les rapports sont dactylographiés avant d'être soumis au tribunal mais ils ne sont pas accessibles au dossier médical. En consultant les statistiques de l'établissement et en questionnant les psychiatres, on observe, par exemple, qu'entre les périodes 6 et 11, le nombre de gardes en établissement de 60 jours et plus est supérieur aux gardes de 45 jours et moins. Pourtant un nombre minime de patients nécessite d'aussi longues périodes de détention et peu d'indices cliniques motivent ces recommandations. Il n'est pas légitimé de recommander d'aussi longues gardes en établissement lors d'une première demande et il y a un risque d'une détention illégale du patient s'il ne répond plus aux critères de garde en établissement et qu'il n'est pas visité rapidement par le psychiatre pour être libéré.

RECOMMANDATIONS

22. Offrir de la formation aux infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires en fonction de leurs habilités légales sur la gestion et la prévention des différents risques inhérents à la clientèle de santé mentale et dépendances et compléter ces formations par des activités d'intégration pour favoriser une meilleure compréhension et cohésion dans l'équipe.

RAPPORT D'ENQUÊTE SUR LA QUALITÉ DES SOINS EN SANTÉ MENTALE AU CSSS DE SAINT-JÉRÔME

23. Poursuivre les démarches de formation et de soutien auprès du personnel infirmier et des médecins pour une révision systématique de l'utilisation des mesures de contrôle, notamment en utilisant les rencontres interdisciplinaires afin de planifier des mesures alternatives tout en recherchant l'implication et le consentement du patient et gérer, avec ce dernier, le traumatisme psychologique vécu pour minimiser les séquelles associées à leur utilisation.

24. Proscrire la prescription «Isolement PRN».

25. Déclarer, à la salle d'urgence, toute utilisation des mesures de contrôle, retirer la caméra des salles d'isolement, mettre en place des modalités de soins et surveillance appropriées, s'assurer d'avoir des contentions adéquates. Dans les unités de soins, retirer les contentions installées en permanence dans les salles d'isolement.

RESPECT DES DROITS

En suivi aux recommandations du Protecteur du citoyen, une politique de garde en établissement est en vigueur depuis juin 2010, un code d'éthique a été adopté par le Conseil d'administration et une lettre adressée au personnel. Aussi, des notions de respect des droits de la personne ont été intégrées dans certaines formations.

Des membres de l'équipe de soins adoptent quelquefois des attitudes de familiarité et n'utilisent pas toujours le vouvoiement avec les patients. La distance thérapeutique n'est pas omniprésente. Aux SI, les patients sont restreints quant aux périodes de la journée où ils peuvent recevoir et effectuer des appels téléphoniques. De plus, les téléphones, installés dans des espaces communs, ne permettent pas aux patients de faire des appels confidentiels.

Lors de situations touchant les droits de la personne, le personnel bénéficie de peu d'accompagnement pour adapter leurs interventions en fonction des normes à respecter. Des plaintes sont d'ailleurs formulées auprès de la Commissaire locale aux plaintes. Entre autres, on retient des plaintes concernant des siestes obligatoires, la menace de se faire enlever ses cigarettes, des sévices vécus lors de l'application de contentions, la menace de retrait à la chambre si un objectif n'est pas atteint ou l'impossibilité de voir son psychiatre pendant plusieurs jours.

Il n'y a pas de politique et procédure de divulgation en cas d'abus ou de violence envers la clientèle. La notion d'abus physique ou psychologique est peu explorée lors de l'évaluation de la condition de santé de la clientèle. Il y a un manque de connaissances des infirmières sur leurs responsabilités professionnelles et déontologiques.

Les consentements aux soins sont très rarement signés. La notion de consentement n'est d'ailleurs pas bien comprise, il y a confusion entre les notions de consentement aux soins, l'aptitude à consentir et l'inaptitude temporaire. L'absence d'opposition d'un patient, lors de l'administration d'une médication injectable longue action a été considérée comme une acceptation, et ce, sans vérification préalable alors qu'il avait refusé la médication per os.

RAPPORT D'ENQUÊTE SUR LA QUALITÉ DES SOINS EN SANTÉ MENTALE AU CSSS DE SAINT-JÉRÔME

On ne trouve pas clairement au dossier l'information concernant le régime de protection d'un patient et le cas échéant, qui le représente et comment le contacter. De plus, les ordonnances du tribunal concernant les gardes en établissement ou les autorisations de soins et d'hébergement doivent être versées au dossier et facilement accessibles, ce qui n'est pas toujours le cas. Ces informations sont cruciales pour le respect des droits du patient et pour l'élaboration du plan de soins.

RECOMMANDATIONS

- 26. Élaborer et diffuser des politiques claires sur le respect des droits de la personne et les pratiques à omettre, sur la divulgation en cas d'abus ou de violence observé ou suspecté envers la clientèle, dispenser formation et soutien aux professionnels, médecins et autres intervenants pour la mise en application de celles-ci et demander au comité d'éthique clinique de jouer un rôle éducatif et consultatif auprès du personnel soignant.*
- 27. Procéder à la mise à jour des connaissances de tous les professionnels concernés, y compris les médecins, sur les notions de consentement aux soins, d'aptitude à consentir et d'inaptitude temporaire et s'assurer du respect des règles applicables à cet effet.*

RAPPORT D'ENQUÊTE SUR LA QUALITÉ DES SOINS EN SANTÉ MENTALE AU CSSS DE SAINT-JÉRÔME

CONCLUSION

L'enquête conjointe menée par l'OIIQ et le CMQ sur la qualité des soins en santé mentale au CSSS de Saint-Jérôme énonce plusieurs constats inquiétants.

Cette enquête a fait ressortir plusieurs facteurs qui nuisent à la qualité des soins dispensés à la clientèle autant sur les plans structurels et organisationnels que clinique. Notons l'absence de certains services, l'instabilité de l'encadrement, l'absence de communication structurée, un climat de travail malsain, le manque de ressources professionnelles et des effectifs insuffisants auxquels s'ajoutent des lieux physiques inadéquats.

Le contexte historique tant au niveau administratif que médico-administratif n'a pas permis le développement des standards attendus en santé mentale et en psychiatrie, tant au regard des pratiques infirmières que des pratiques médicales. Par conséquent, les soins ne sont pas intégrés et suffisamment centrés sur le patient et la clientèle se bute à des délais d'attente importants et ne reçoit pas tous les soins qu'elle requière dans le respect de ses droits.

Il est désolant de noter, que malgré plusieurs interventions passées tant de la part d'experts, de consultants que des hautes autorités, le manque d'un suivi rigoureux pour résoudre les problèmes jumelé à un manque de leadership tant organisationnel que médical ont contribué à la situation actuelle qui est désolante. Cette absence de priorisation dans l'organisation des soins et services en santé mentale a contribué et contribue toujours aux préjugés véhiculés déjà lourdement par la société et montre aussi la marginalisation dont les patients sont victimes.

Le présent rapport d'enquête émet plusieurs recommandations jugées les plus importantes pour permettre un virage véritable vers des soins intégrés dans un cadre interdisciplinaire centré sur le patient. Il vise aussi à aider le CSSS de Saint-Jérôme à assumer ses responsabilités envers la population à desservir en santé mentale en collaboration avec les partenaires de la communauté. Le rapport en lui-même énonce dans son contenu d'autres zones de vulnérabilité qui ne sont pas nécessairement reprises systématiquement dans une recommandation. Les responsables qui seront identifiés pour donner les suivis aux recommandations devront en tenir compte.

Au cours de l'enquête, nous avons constaté de bonnes initiatives et rencontré des gens de qualité qui ont à cœur le bien-être des patients. Il faut que ces personnes soient au centre du changement. Nous souhaitons vivement que les actions qui découleront des constats et des recommandations amélioreront de façon significative et durable la qualité de pratique de tous les intervenants impliqués et surtout les soins et services à la population et la qualité de vie des patients.

La situation exigera donc un appui non équivoque du ministre de la Santé et des Services sociaux afin que toutes les mesures nécessaires soient mises en œuvre pour offrir à la population desservie par le programme santé mentale et dépendances du CSSS de Saint-Jérôme les soins et services qu'elle requière.

RAPPORT D'ENQUÊTE SUR LA QUALITÉ DES SOINS EN SANTÉ MENTALE AU CSSS DE SAINT-JÉRÔME

RECOMMANDATION

C'est pourquoi nous recommandons au ministre de la Santé et des Services sociaux de :

Créer un comité de vigie ministériel formé des représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux, de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, du CSSS de Saint-Jérôme, du Protecteur du citoyen, d'un représentant des usagers et des ordres professionnels concernés pour accompagner le CSSS de Saint-Jérôme dans l'actualisation des recommandations du présent rapport dans les plus brefs délais et en soutien à la démarche d'amélioration et d'optimisation des soins et services en psychiatrie adulte afin que la population reçoive les soins et services en santé mentale qu'elle requière en toute dignité et sécurité.

**COMPOSITION DU COMITÉ D'ENQUÊTE CONJOINT
OIIQ-CMQ**

La D^{re} Marie-Frédérique Allard est diplômée en médecine et certifiée en psychiatrie de l'Université de Sherbrooke avec une certification postdoctorale en psychiatrie légale à l'Université d'Ottawa. Elle exerce la psychiatrie et est responsable de l'unité médico-légale (mission suprarégionale) au CH Centre Mauricie – site Sainte-Thérèse depuis 11 ans. Elle enseigne la psychiatrie en pré et postgradué à l'Université de Montréal et exerce la psychiatrie d'expertise dans plusieurs régions au Québec.

L'infirmière Mélanie Bourgoïn, détentrice depuis 2003 d'un DESS de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, est conseillère clinicienne en soins infirmiers à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Forte d'expériences significatives dans différents centres de soins généraux et spécialisés, elle est coprésidente et cofondatrice de la communauté de pratique québécoise des conseillères cliniciennes en soins infirmiers en santé mentale. Elle veille à la qualité des soins en s'investissant dans le développement de la pratique infirmière, en collaborant à divers projets de recherche clinique et en favorisant le transfert des connaissances.

L'infirmière Gisèle Dionne est adjointe à la directrice du Bureau de surveillance de l'exercice infirmier de l'OIIQ. Elle est titulaire d'une maîtrise en sciences infirmières de l'Université de Montréal depuis 1993. Elle a occupé des fonctions de gestion, à titre de chef d'unité de soins, d'enseignement, à titre de responsable de formation clinique au baccalauréat en sciences infirmières à l'Université de Montréal, et sa pratique clinique a été principalement en salle d'urgence et aux soins intensifs.

L'infirmière Lise Laberge détient une maîtrise en sciences infirmières de l'Université Laval depuis 2004. Elle a travaillé au Centre hospitalier Pierre-Janet de 1982 à 1985, puis à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec où elle occupe un poste de conseillère clinicienne en soins infirmiers. Elle est impliquée au sein de l'AQIISM et collabore dans différents dossiers avec l'OIIQ et le regroupement québécois des DSI des hôpitaux psychiatriques.

La D^{re} Carole Santerre est diplômée et certifiée en médecine de famille à l'Université de Montréal. Elle a exercé au Centre hospitalier de Verdun pendant 20 ans à l'urgence, à l'hôpital à domicile, aux soins palliatifs, en hospitalisation en médecine générale et à la clinique de médecine familiale. Elle enseigne en pré et postgradué à l'Université de Montréal et est inspecteur au Collège des médecins du Québec depuis 2000.

Le D^r Jean-Bernard Trudeau est diplômé et certifié en médecine de famille de l'Université de Sherbrooke et diplômé en administration de la santé de l'Université de Montréal. Il pratique en santé mentale et en réadaptation à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas. Il y est aussi directeur des services professionnels et hospitaliers, directeur médical des activités cliniques, du transfert des connaissances et de l'enseignement ainsi que médecin examinateur.

PERSONNES ET GROUPES RENCONTRÉS

- › Adjoint au chef de programme hospitalisation et dépendances
- › Adjoint à la direction du programme de santé mentale et dépendances
- › Agentes syndicales, syndicat des infirmières
- › Ancien directeur de l'Agence de santé et des services sociaux des Laurentides et directeur des services professionnels
- › Ancienne chef du programme hospitalisation et dépendances
- › Assistantes du supérieur immédiat
- › Chef du département de médecine
- › Chef du service de l'urgence
- › Chef du service de médecine générale
- › Chef du service des archives
- › Chef médical du département de psychiatrie
- › Chefs de programmes en santé mentale et dépendances
- › Chef intérimaire du programme hospitalisation en santé mentale et dépendances
- › Ancienne chef du programme hospitalisation en santé mentale et dépendances
- › Chef intérimaire de la pédopsychiatrie et agent de changement en santé mentale et dépendances
- › Commissaire local aux plaintes et à la qualité
- › Conseil multidisciplinaire
- › Conseillère clinicienne en soins infirmiers en santé mentale
- › Consultants dans le cadre de la démarche d'amélioration et d'optimisation des soins et services en psychiatrie adulte
- › Coordinateurs des activités
- › Directeur des soins infirmiers
- › Directeur général
- › Directrice générale adjointe
- › Directrice des affaires médicales de l'Agence de santé et des services sociaux des Laurentides par intérim (santé physique) et directrice adjointe
- › Directrice des ressources humaines
- › Directrice des services professionnels intérimaire
- › Directrice du programme de santé mentale et dépendances et psychiatre responsable du programme
- › Équipe pédopsychiatrie
- › Gestionnaire des risques
- › Infirmières
- › Infirmières de liaison
- › Infirmières du programme réadaptation en santé mentale, cliniques externes Médecin examinateur
- › Pharmacienne, responsable de la psychiatrie
- › Préposés aux bénéficiaires et agents d'intervention
- › Président du CECII
- › Président et Vice-président du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
- › Présidente du comité central d'évaluation de l'acte médical
- › Psychiatres et omnipraticiens de psychiatrie
- › Responsable du centre de crise de la région
- › Responsables des organismes communautaires en lien avec la psychiatrie

LISTE DES PRINCIPAUX DOCUMENTS CONSULTÉS

- › Bilans des activités, totalisés par groupe, direction du programme santé mentale et dépendances (31 mars 2011)
- › Bilan comparatif : utilisation de l'isolement et des contentions en santé mentale périodes 13 de 2009 et 2010
- › Budget initial régional 2011-2012 - Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides (27 avril 2011)
- › Constats au regard de l'organisation des services de santé mentale et de psychiatrie (4 février 2009)
- › Cahier de politiques et procédures, tout individu ou bénéficiaire se présentant à l'hôpital en possession d'une arme ou d'une substance prohibée par la loi (20 novembre 1991)
- › Cahier des normes de gestion, agression/menace à la personne – code blanc (hôpital) (27 mai 2008)
- › Cahier des normes de gestion - Fugue d'un usager - code jaune (27 mai 2008 - révisé 11 mai 2010)
- › Cahier des postes (10 avril 2011)
- › Code d'éthique et de civilité du CSSS de Saint-Jérôme
- › Commissariat aux plaintes, résumé du rapport annuel 2009-2010 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et le respect des droits de la clientèle du CSSS de Saint-Jérôme
- › Contenu des formations des infirmières auxiliaires
- › Démarche d'amélioration et d'optimisation des soins et services en psychiatrie adulte
- › Descriptions d'emplois
- › État de situation sur les effectifs infirmiers au cours des 6 derniers mois (du 21 octobre 2010 au 19 avril 2011)
- › Fiche synthèse - Signification des budgets initiaux 2011-2012 des établissements des Laurentides (27 avril 2011)
- › Formations des 2 dernières années dispensées par la conseillère en soins infirmiers en 2009-2010 et 2010-2011
- › Garde en établissement 2010-2011 (périodes de 6 à 13)
- › Gestion des risques, rapports annuels 2008-2009, 2009-2010
- › Groupe de travail en santé mentale : urgence, projet/plan de travail (11 mars 2011)
- › Guide d'accueil, module de soins intensifs (5 avril 2011)
- › Guide d'accueil, programme médico-légal (13 avril 2010)
- › Guide à l'intention des usagers, (6 janvier 2011)
- › Lettre adressée à l'ensemble du personnel du programme d'hospitalisation en santé mentale et dépendances ayant pour objet le rapport du protecteur du citoyen (14 mai 2010)
- › Liste d'attente - santé mentale adulte (27 avril 2011)
- › Liste des patients hospitalisés en psychiatrie
- › Liste des porteurs de dossiers par conseiller à la DSI
- › Listes de garde des psychiatres
- › Listes des activités du département de psychiatrie à l'interne et à l'externe 2010-2011
- › Normes et pratiques de gestion, processus de recours aux services policiers en situation d'agression (7 juin 2006)
- › Normes et pratiques de gestion, mesures de contrôle (28 juin 2006)

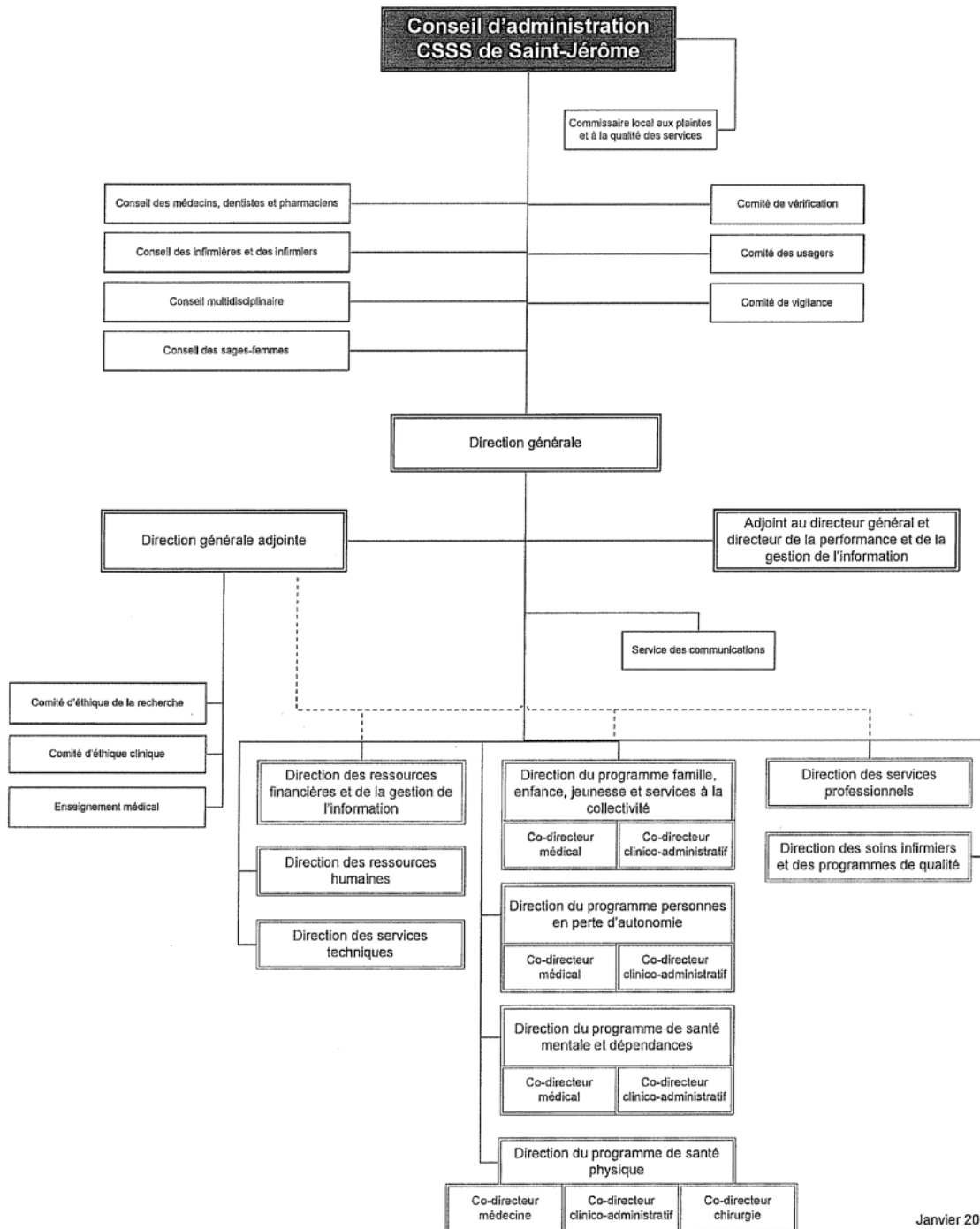
ANNEXE II

- › Ordonnance collective (OC-72), initier des mesures thérapeutiques : utilisation des médicaments (sans ordonnance) pour 24 heures aux usagers présentant les symptômes répertoriés dans l'ordonnance collective (15 avril 2008)
- › Ordonnance collective (OC-159), initier des mesures diagnostiques : pour les usagers du programme d'hospitalisation en santé mentale et dépendance (18 mai 2010).
- › Organigramme de la direction du programme santé mentale et dépendances (8 mars 2011)
- › Outils cliniques et outils de documentation de soins infirmiers
- › Plan d'action pour recommandations, Le Protecteur du citoyen (avril 2010)
- › Plan directeur du maintien d'actif - Exercice 2010-2015
- › Plan clinique 2010-2020 et programme fonctionnel et techniques Santé mentale (Rapport final - 29 juin 2010)
- › Politique de garde en établissement (30 juin 2010)
- › Procédure : Double identification de l'utilisateur ou résident (9 novembre 2010)
- › Procès-verbaux du département de psychiatrie 2010-2011
- › Procès-verbaux du CMDP 2010-2011
- › Programme d'accompagnement professionnel (PAP), support clinique direct, bilan du projet pilote quart de soir (automne 2010), Direction des soins infirmiers et des programmes qualité, CSSS de Saint-Jérôme (janvier 2011)
- › Programme de la réadaptation en santé mentale, équipe d'intervention de crise (3 décembre 2010)
- › Programme de la réadaptation en santé mentale, suivi d'intensité variable-SIV (10 août 2010)
- › Programme de la réadaptation en santé mentale, suivi intensif dans le milieu (9 décembre 2010)
- › Programme de la réadaptation intégrée, programme de la réadaptation en santé mentale (23 mars 2010)
- › Rapport d'intervention, évaluation du climat département de pédopsychiatrie CSSS de Saint-Jérôme (février 2010)
- › Rapport d'intervention sur une situation d'abus sexuels survenue à l'unité de psychiatrie (18 février 2011)
- › Rapport annuel 2009-2010 du CSSS de Saint-Jérôme
- › Rapport annuel et résumé 2009-2010 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et le respect des droits de la clientèle (20 juin 2010)
- › Rapport annuel 2009-2010, conseil des infirmières et infirmiers (CII)
- › Rapport annuel 2009-2010, service de sécurité
- › Rapport annuel du médecin examinateur 2009-2010 - gestion des plaintes
- › Rapport d'activités du conseil multidisciplinaire du CSSS de Saint-Jérôme année 2009-2010 (28 mai 2010)
- › Rapport d'agrément, programme conjoint Agrément Canada et Conseil québécois d'agrément (7 juin 2010)
- › Rapport d'enquête suite à un événement sentinelle majeur
- › Rapport final, Intervention à l'Hôpital de Saint-Jérôme du Centre de santé et de services sociaux de Saint-Jérôme, Le Protecteur du citoyen (26 avril 2010)
- › Rapport qualitatif de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, plaintes conclues du 2 janvier au 31 mars 2011 (période 11-12 et 13)
- › Rapport statistique 2010-2011, service de la sécurité
- › Recensements officiels - QC, CH régional de Saint-Jérôme (11 et 26 avril 2011)
- › Registre : Décision de l'application de mesures de contrôle 2010-2011
- › Règle de soins infirmiers (N0 : RS-DSI-2007-10-01): Administration des médicaments, révision avril 2010

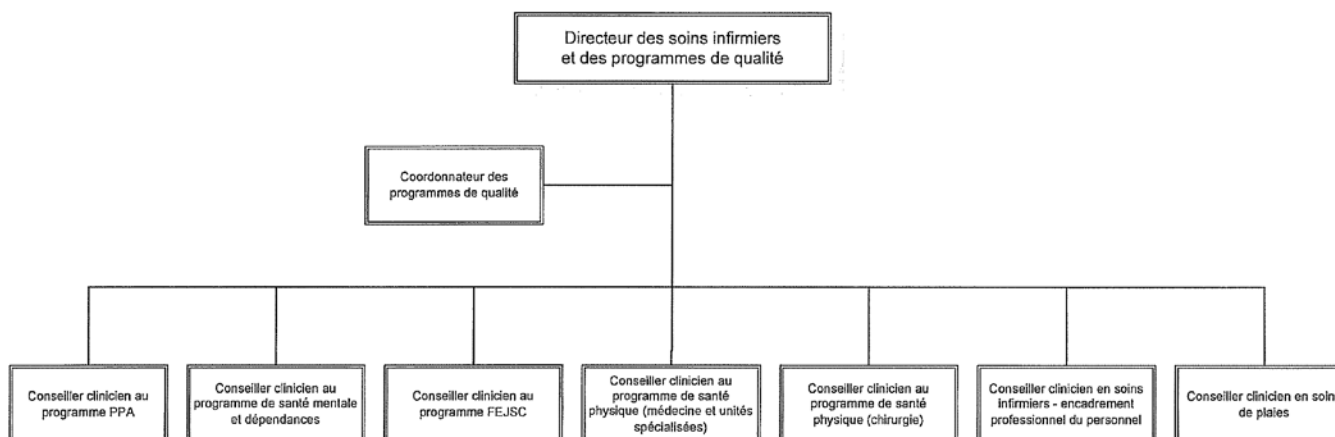
ANNEXE II

- › Règlement du médecin d'accueil (HOSPAS)
- › Règlements du département de psychiatrie (février 2006)
- › Relevé : Incidents et accidents par installation et par période (année 2010/période 1 à 13)
- › Statistiques des 6 derniers mois concernant le nombre de gardes en établissement et la durée de ces gardes
- › Statistiques sur le nombre d'hospitalisations et durée de séjour pour la psychiatrie (21 avril 2011)
- › Statistiques des délais de transfert de l'urgence ou d'une autre unité dans un service de santé mentale (8 avril 2011)
- › Statistiques : Nombre d'hospitalisations par rapport au nombre de consultations pour la psychiatrie au cours des six derniers mois à l'urgence
- › Statistiques : Nombre de patients par unité de psychiatrie et par psychiatre
- › Statistiques : Durée moyenne de séjour (heures) par période à l'urgence et par période en lits d'hospitalisation
- › Statistiques : Délai moyen de réponse par semaine et par psychiatre, et en nombre d'heures, aux demandes de consultation en psychiatrie à l'urgence
- › Statistiques - Nombre d'heures de travail prévu en clinique externe par psychiatre par semaine pour chaque psychiatre
- › Statistiques - Nombre de cliniques externes annulées entre le 1^{er} octobre 2010 et le 31 mars 2011
- › Statistiques - Délai pour obtenir un 1^{er} rendez-vous en clinique externe par psychiatre - Clinique externe de psychiatre de Ste-Thérèse (octobre 2010 - mars 2011)
- › Statistiques - Délai pour obtenir un 1^{er} rendez-vous en clinique externe par psychiatre - Clinique externe de psychiatre de Saint-Jérôme (octobre 2010 - mars 2011)
- › Statistiques - Nombre de patients reçus en clinique externe par psychiatre par semaine pour chaque psychiatre - Clinique externe de Ste-Thérèse (octobre 2010 - Mars 2011)
- › Statistiques - Nombre de patients reçus en clinique externe par psychiatre par semaine pour chaque psychiatre - Clinique externe de Saint-Jérôme (octobre 2010 - Mars 2011)
- › Structure de postes sur les unités de santé mentale (avril 2011)
- › Tableau - répartition des psychiatres dans les unités de soins
- › Tableau de bord du Conseil d'administration (urgence 2010-2011)
- › Tableau de bord préliminaire - Santé mentale et dépendances /Première ligne 2009-2010, 2010-2011
- › Tableau de bord - Santé mentale et dépendances /2^e ligne - liste d'attente - pédopsychiatrie (6 avril 2011)

ORGANIGRAMME

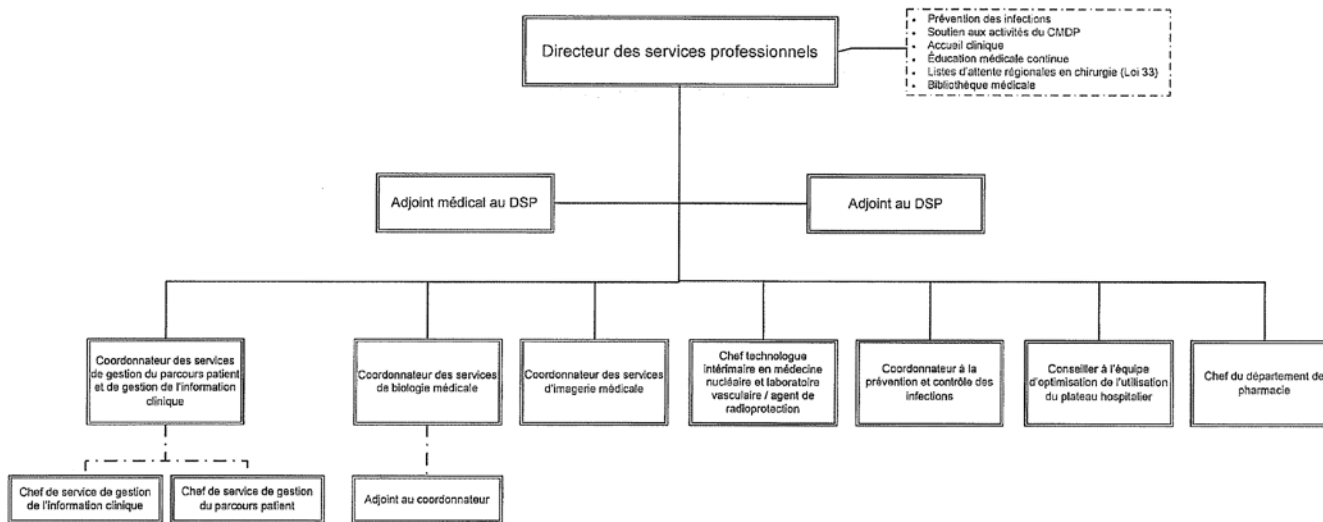


Centre de santé et de services sociaux
de Saint-Jérôme



Aux fins de l'organigramme, est utilisée la masculinisation des postes

Centre de santé et de services sociaux
de Saint-Jérôme



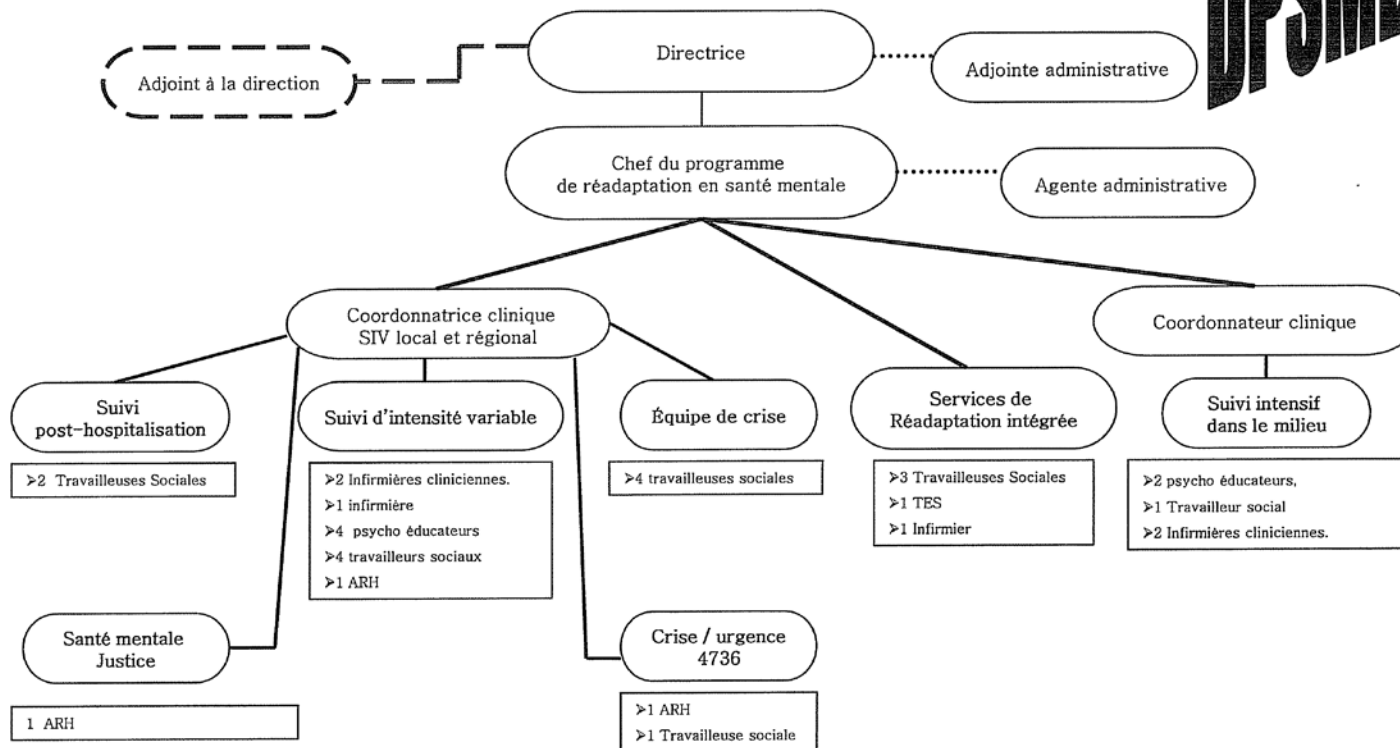
- Prévention des infections
- Soutien aux activités du CMDP
- Accueil clinique
- Éducation médicale continue
- Listes d'attente régionales en chirurgie (Loi 33)
- Bibliothèque médicale

Aux fins de l'organigramme, est utilisée la masculinisation des postes

Centre de santé et de services sociaux
de Saint-Jérôme

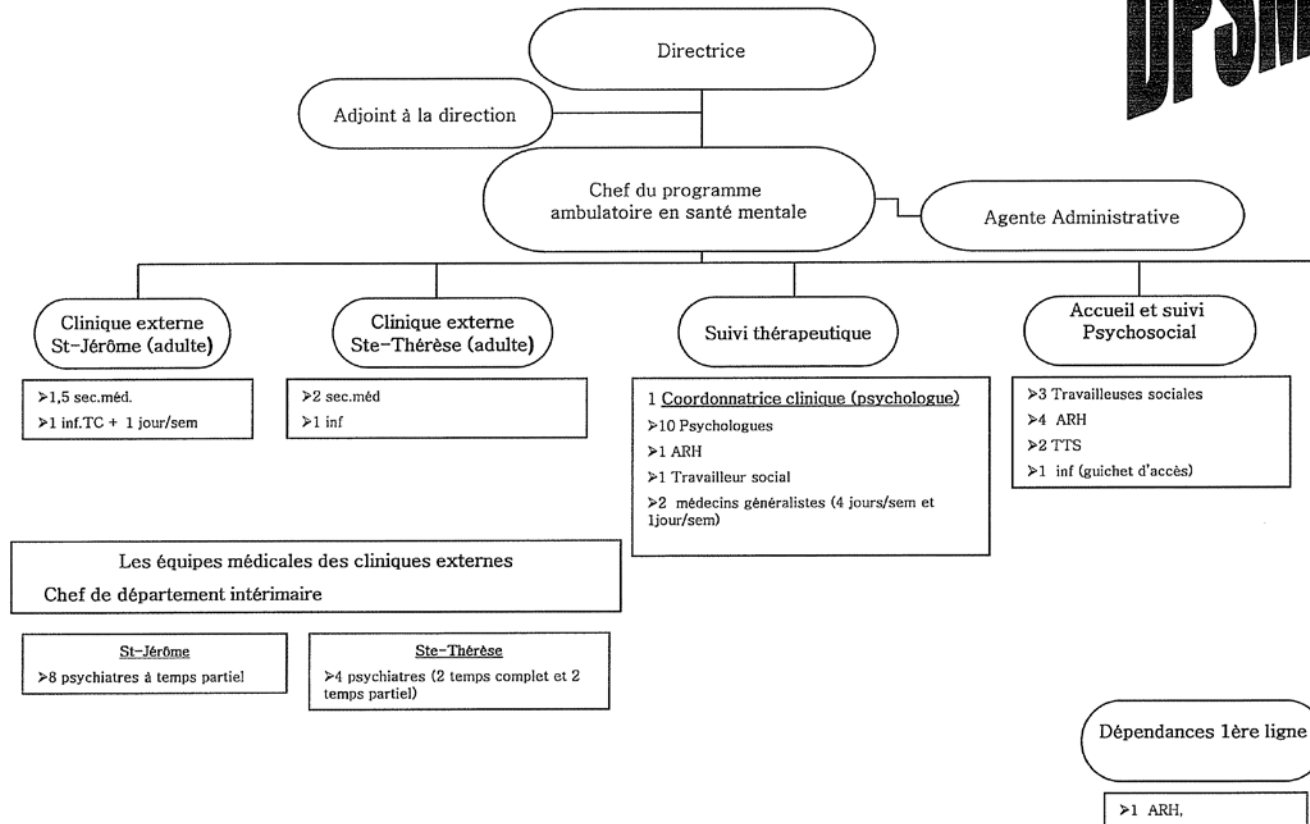


ORGANIGRAMME Programme de réadaptation en santé mentale

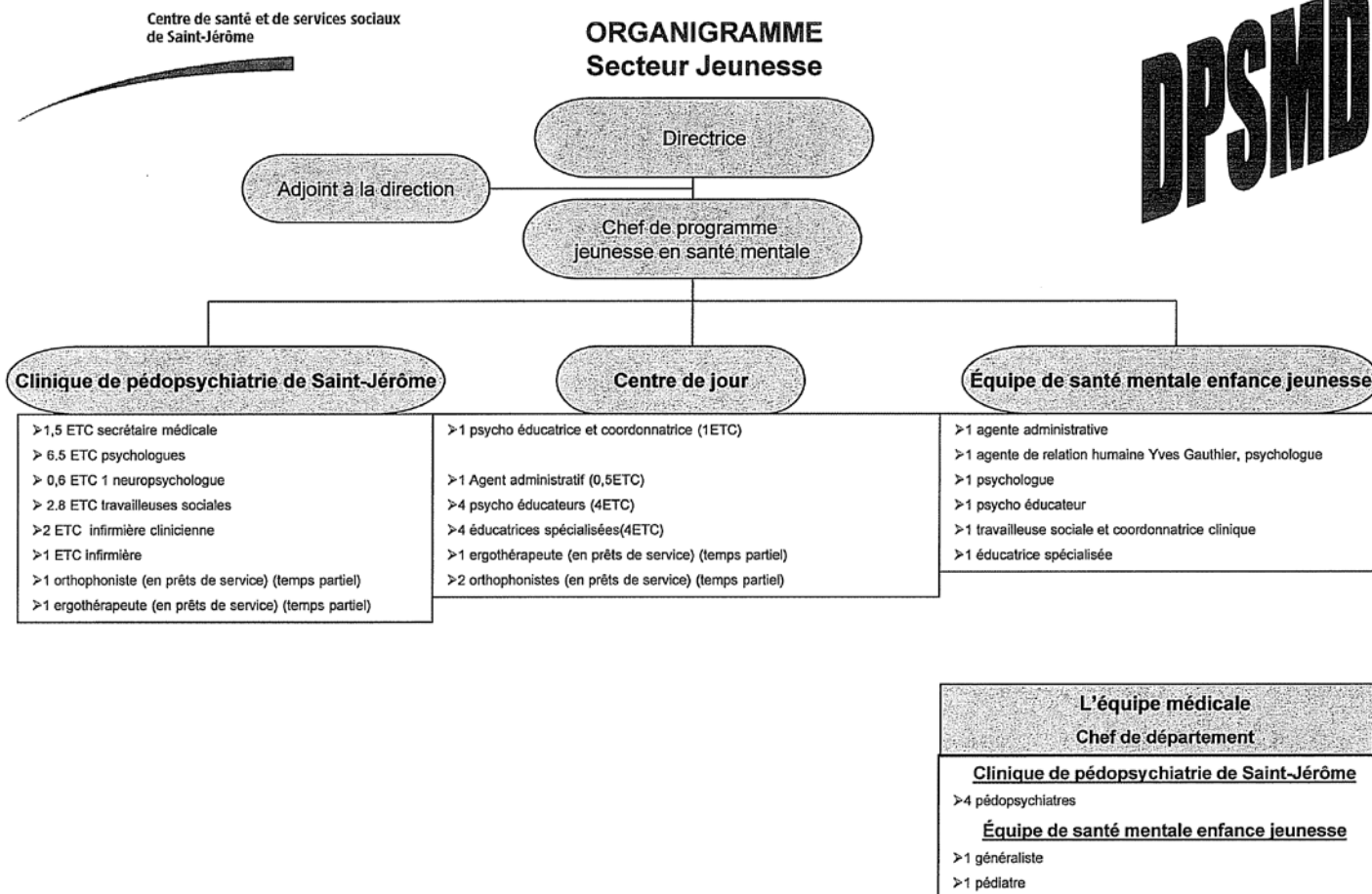


Centre de santé et de services sociaux
de Saint-Jérôme

ORGANIGRAMME
Programme Ambulatoire en santé mentale



Modifié le 2011-06-09



Effectifs présents sur les unités de soins au moment de l'enquête

	Nb de lits	Jour			Soir			Nuit			
		ASI	INF	PAB	ASI	INF	PAB	ASI	INF	INF AUX ⁴	PAB ⁵
SI	10		2	3		2	3		1		1
ML	10	1 ²	2	2 ³		2	2		1		2
2 ^{ième}	22	1	3	1	1	3	1	1		1	1
3 ^{ième}	21 ¹	1	3	1		3	1			1	1
4 ^{ième}	22	1	3	1		3	1			1	1

- 1 Incluant 8 lits d'hospitalisation brève
- 2 Les fins de semaine, une seule ASI est présente de jour pour toutes les unités.
- 3 À l'unité médico-légale, ce sont des agents d'interventions
- 4 Une quatrième infirmière auxiliaire est présente pour remplacer les heures de repas et termine son quart de travail à l'unité où il y a un besoin
- 5 Un septième PAB est présent pour remplacer les heures de repas et termine son quart aux soins intensifs

Modification apportée aux effectifs avec l'introduction des infirmières auxiliaires en soirée. Les autres spécifications mentionnées ci-haut (1 à 5) s'appliquent.

	Nb de lits	Jour			Soir				Nuit			
		ASI	INF	PAB	ASI	INF	INF AUX	PAB	ASI	INF	INF AUX	PAB
SI	10		2	3		2		3		1		1
ML	10	1	2	2		2		2		1		2
2 ^{ième}	22	1	3	1	2 ¹	2	2	1	1		1	1
3 ^{ième}	21	1	3	1		3		1			1	1
4 ^{ième}	22	1	3	1		2	2	1			1	1

- 1 Au 2^{ième} et au 4^{ième} une infirmière est remplacée par deux infirmières auxiliaires et une ASI est ajoutée

ANNEXE

RÉSUMÉ DES REHAUSSEMENTS ACCORDÉS AU PLAN RÉGIONAL D'AFFECTIFS MÉDICAUX (PREM) 2011
MÉDECINS SPÉCIALISTES

Etablissements	Spécialité	PREM 2010	PREM 2011	Rehaussements 2011
CSSS d'Antoine-Jubelle (Mont-Laurier)	Médecine interne	1	2	1
	Psychiatrie (pédo)	0	1	1
	Radiologie diagnostique	1	2	1
CSSS d'Argenteuil	Médecine interne	1	2	1
	Radiologie diagnostique	1	2	1
CSSS de Saint-Jérôme	Anesthésiologie	12	13	1
	Gastro-entérologie	4	5	1
	Neurologie	4	6	2
	Obstétrique-gynécologie	7	8	1
	Ophthalmologie	6	7	1
	Pédiatrie générale	9	10	1
	Podologie	5	6	1
	Psychiatrie adulte	13	14	1
	Psychiatrie (pédo)	4	6	2
	Radiologie diagnostique	7	8	1
CSSS des Sommetts (CH Laurentien Ste-Agathe)	Médecine interne	0	2	2
	Obstétrique-gynécologie	1	2	1
	Ophthalmologie	0	2	2
	Pédiatrie générale	0	2	2
CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes (St-Eustache)	Anesthésiologie	7	9	2
	Cardiologie	1	2	1
	Chirurgie générale	5	6	1
	Médecine d'urgence	0	1	1
	Médecine interne	3	5	2
	Obstétrique-gynécologie	5	6	1
	Ophthalmologie	0	3	3
	Oto-rhino-laryngologie	2	3	1
	Pédiatrie générale	6	7	1
	Psychiatrie adulte	3	5	2
	Radiologie diagnostique	5	6	1
	Urologie	1	2	1
	Total			

Rencontres individuelles - Département de psychiatrie (10 et 12 mai 2011)
CSSS de Saint-Jérôme

privilèges en psy.

Entrevues dirigées										
N^{bre} d'années au CSSS	2 1/2 ans	25 ans		19 ans	34 ans	10 ans	15 ans	3 ans	4 ans (juil 11)	19 ans
N^{bre} d'années à l'interne	Remplacement	15		19 ans	≈ 20 ans	9 ans	0	2 ans	Ext. Uniq.	Non
N^{bre} d'années en clin. ext.	2 1/2 ans	25		N/A	34 ans	10 ans	21 ans	3 ans	4 ans (juil 11)	19 ans
N^{bre} d'années au CLSC	-	-		-	-	-	-	-	-	Non
Privilèges : Statut	T.C.	Psychiatrie Actif		Tous	Psychiatrie	Psychiatrie Actif		Oui Actif	Pédo Psy.	Actif
A. Distribution des tâches										
1. Temps plein/ Temps partiel	Partiel	Partiel		Temps plein	Plein	Temps plein	Temps plein	Temps plein en 4 Jrs	Temps plein	Temps plein
2. N^{bre} d'heures/semaine	24	16		35 à 50	35	≈ 40	42 à 44	40 sans garde	21 à 28	36 à 38
3. N^{bre} d'heures à l'interne/sem.	Remplacement	-		Interne 25-35 Urgence 10-15	10	≈ 29 int/ 4 urgence	-	20	0	-
4. N^{bre} d'heures clin. externe/sem.	24	16		N/A	20	≈ 7	42 à 44	20	21 - 28	Totalité
5. Quels secteurs à l'interne ?	Tout	-		SI Medico-Légal hospitalier	Remplacement	Hospit/urgence	-	Hospit. rég. & brève(3e & 4e)	-	-
6. Quels secteurs à l'externe ?	Tout	-		N/A	St-Jérôme		Ste-Thérèse	Général	Pédo Psy.	Pédo Psy.
7. N^{bre} d'heures tâches admin./sem. Lesquelles ?	∅	2		Ad hoc	5 à 7	0	0	4 à 7	4 à 5	4 /sem.
	∅			Liste de garde de l'urgence	Comité gestion Procès-verbal Réunions			Organisation de trav. Réunions	Rédaction rapports + lectures, formulaires, notes etc.	Comités réorganisation, rencontres gestion
8. Moyenne patients hospit./sem.	-	16	17	SI Psy 10 lits Int. 4 lits ML 5 à 10 lits	3 à 4	Int. 14 lits	-	5(mais beauc. de roulement au 3e étage- hospit. brève)	-	-
9. Moyenne consult. urgence/sem.	∅ Urgence	-		10 à 15	-	4 / 1/2 journée	Quand je fais du remplacement	Juste en période de remplac.	-	Garde Pédo Psy 4-6

Entrevues dirigées										
10. Moyenne. consult. étages hôp./sem. (autres départ. médico-chirurgicaux)	-	-		Voir Note 1	-	Variable (0 à 2)	1 ou 2 sur garde 3 à 6 par 1/2 j. selon nbre de consultations	Juste lors des gardes à l'urgence	-	Lors de garde en Pédo Psy
11. N ^{bre} jours/mois > 10 consult. urgence	-	-		Voir Note 2	-	?	Moyenne 8/jour durant gardes		-	-
12. N ^{bre} jours/mois < 5 consult. Urgence	-	-		Voir Note 2	-	?	Moyenne 8/jour durant gardes		-	"Lors de garde en Pédo Psy"
13. Clinique externe a) n ^{bre} nouveaux patients/mois b) n ^{bre} patients suivis/mois c) n ^{bre} total patients vus clin.ext./mois	Global 84	a) 8 b) 64 c) 64		Voir Note 3	a) 3 ce dernier mois b) ≈ 100 c) = 100	0 ou 1 = 50 = 50	a) 11 pour 4 semaines b) ≈ 160 pour 4s. c) ≈ 160 pour 4s.	a) 1 -2 pas assez de temps pour voir + b) 60 - 70 c) 80 - 70 si pas de remplacement à faire dans d'autres services, ce qui est rare.	a) 4 b) ≈ 32 c) 36 discussions de cas avec intervenants concernés, contacts téléphoniques	a) 4 - 6 b) env. 80 c) env. 84
14. N ^{bre} TAC/mois	1-2 ?	-		Voir Note 4	-	-	7 ou 8 ?	4-5 TAQ ? Ou TAC?	-	-
15. N ^{bre} présence réunions interdisciplinaires/mois Rémunération : Mixte Acte	2	95%		Voir Note 5	2 à 3 variable Voir Note 6	Je travaille avec l'équipe multidiscipl. Au jour le jour	1 x 3 mo.T.A.Q. 1 réunion psy. /mo. RéunionsCMDP Interdisciplin. ?	Travail en équipe à la CE avec inf. de façon quot. Même chose à l'hospit.mais pas de réunions formelles.	Variable envisageons 1 réunion d'équipe/mois ?	Au moins 4 comités
	Acte	Acte			115 000 \$	Seul	Acte	Acte	Mixte	Mixte & Acte

NOTE 1 Durant le congé de maternité du psychiatre attiré à la consultation liaison, je pouvais faire 2 à 3 consultations/semaine en moyenne selon la demande (parfois jusqu'à 5 selon l'achalandage à l'urgence). Cette tâche était assumée par le psychiatre assigné à l'urgence durant l'absence du psychiatre attiré à la consultation liaison.

NOTE 2 Les assignations à l'urgence sont par demi-journée mais si on fait le total sur une journée complète, j'estimerais qu'environ 30-40 % des jours ont > 10 consultations à faire à l'urgence et environ 10 % des jours avec

NOTE 3 Normalement, je ne faisais aucun suivi externe mais depuis 2 mois je me suis engagé à suivre (à mon bureau à l'interne) les patients sous TAQ qui

demeurent dans le secteur de St-Jérôme et qui n'ont pas déjà un psychiatre et que j'ai évalués pour une expertise à l'unité médico légale.

- NOTE 4** TAC ? Vous voulez dire TAQ ? (Tribunal administratif du Québec). Le TAQ a deux sections :
1) Commission d'examen des troubles mentaux,
2) Commission des affaires sociales : visites ad hoc pour patients qui contestent la décision du juge concernant la garde en établissement.
- NOTE 5** Discussions ad hoc (selon besoin du patient avec professionnels impliqués) sur une base continue, i.e. avant de voir chaque patient et habituellement en présence de l'infirmière et parfois avec la présence de la travailleuse sociale.
- NOTE 6** Variable et à chaque visite médicale faite à l'interne pour discuter des patients sous mes soins.
- NOTE 7** Je ne fais plus l'urgence la semaine sauf pour remplacer.
- NOTE 8** Je fais une fin de semaine/mois urgence - environ 10 mois / année.
- NOTE 9** 1 -2 ? tenant compte des gardes de fin de semaine. Je ne fais pas d'urgence sur semaine de façon régulière (occasionnellement et peu souvent).

**Rencontres individuelles - Département de psychiatrie (10 et 12 mai 2011)
CSSS de Saint-Jérôme**

privilèges en psy.

Entrevues dirigées									
N^{bre} d'années au CSSS	1 1/2	2 1/2	28	4	20	15	24 + 8 mois		
N^{bre} d'années à l'interne	-	-	28	3	20	15	24 + 8 mois		
N^{bre} d'années en clin. ext.	1 1/2	2 1/2	25	4	20	15	24 + 8 mois		
N^{bre} d'années au CLSC	-	-	-	-	-	-	-		
Privilèges :	Psychiatrie			Psychiatrie					
Statut	Actif	Pédo & Adulte		Actif		Actif	Actif		
A. Distribution des tâches									
1. Temps plein/ Temps partiel	Temps plein	Transition 3.5j / 4j	3 jrs/semaine	Temps plein		-	Temps partiel		
2. N^{bre} d'heures/semaine	~ 40	30 - 35	27	45	~ 32	-	> 20 h		
3. N^{bre} d'heures à l'interne/sem.	-	5 - consultation liaison	-	15 - 20	~ 21	30-35 ou + débordement/ remplacement ça peut être 45 h/sem.	> 8 h		
4. N^{bre} d'heures clin. externe/sem.	~ 40	25	27	8 - 10	7	4 - 5	12 h		
5. Quels secteurs à l'interne ?	-	Consultation liaison	-	Régulière	-	Hospt. Brève	2e & 4e		

Entrevues dirigées									
6. Quels secteurs à l'externe ?	Pédo Psy	Pédo : St-Jérôme Ste-Thérèse Pays d'en Haut		St-Jérôme	-	-	Adulte	Adulte	
7. N ^{bre} d'heures tâches admin./sem.	1	1h Réunion Ad 10 h Comités		2	2 - 4	-	5 - 6 réunions hospit. Brève projets etc.	1/2 h	
Lesquelles ?	Rencontre & Gestionnaire				Réunions discussions	-		Fonctionnement de l'interne	
8. Moyenne patients hospit./sem.	-	-		-	12	11	7 + remplac. ~ 15 sem/année	4	
9. Moyenne consult. urgence/sem.	0 sauf garde	Occasionnel seulement		-	10 / semaine	Garde de fin de semaine	Lits débord. Urgence & Int. Voir note 7	1 - 2 ? Voir note 9	
étages hôp./sem. (autres départ. médico-chirurgicaux)	-	5		-	1	-		Voir note 9	
11. N ^{bre} jours/mois > 10 consult. urgence	-	La norme quand j'y suis allée		-	En moyenne 5 1/2 jours.	-	Voir note 8	Voir note 9	
12. N ^{bre} jours/mois < 5 consult. Urgence	-	Jamais en < 5 consult. à l'urgence sur mes gardes		-		Oui		Voir note 9	
13. Clinique externe									
a) n ^{bre} nouveaux patients/mois									
b) n ^{bre} patients suivis/mois	a) 8 b) ~ 70	a) 5 - 6 b) ~ 35		a) 15 à 20mois b) 100 c) 120	a) - b) 75/mois c) 75/mois	Lachute a) ~ 4 b) ~ 40 ?	a) 1 b) ~ 10 - 15	a) 1 b) 40 c) 41	
c) n ^{bre} total patients vus clin.ext./mois	c) ~ 78	c) ~ 40							
14. N ^{bre} TAC/mois	-	-		-	< 1	0.5	J'ai 1 patient TAC	< 1	
15. N ^{bre} présence réunions interdisciplinaires/mois	2	Vont reprendre le 7 juin - aux 2 semaines		2	Il n'y en a pas	20%	Au besoin	Il n'y en a pas	