
**Addenda au rapport d'agrément
du 18 décembre 2014
*CHSLD Château sur le Lac***

29 juin 2015

Table des matières

Mise en contexte	3
SECTION 1	5
Les résultats et la décision d'agrément	5
Résultats obtenus sur les trois règles de certification	6
Résultats obtenus pour la mobilisation de son personnel	9
Résultats de l'évaluation des normes et des processus organisationnels	12
Résultat pour la capacité d'amélioration	13
La décision d'agrément	14
SECTION 2	15
Évaluation de la conformité aux deux règles de certification faisant l'objet de la visite d'agrément.....	15
NORME VIII : LA GESTION DU PERSONNEL ET DES RESSOURCES ASSOCIÉES	17
NORME X : LA SÉCURITÉ DES INTERVENTIONS	20
Évaluation de la capacité d'amélioration	25
ANNEXE	26
Suivi des recommandations du CQA émises le 18 décembre 2014; observations des visiteurs à la suite de la visite du 15 juin 2015 et recommandations du CQA émises le 29 juin 2015	26

Mise en contexte

Le *CHSLD Château sur le Lac* s'est vu refuser l'agrément à la suite de la visite d'agrément effectuée du 26 au 28 novembre 2014. Une seconde visite d'agrément a eu lieu le 15 juin 2015, ayant pour but de permettre au *CHSLD Château sur le Lac* d'obtenir l'agrément en évaluant particulièrement sa démarche d'agrément sous deux règles de certification : les normes et la capacité d'amélioration.

La visite avait pour objectif de :

- évaluer la mise en conformité de la norme X, incluant le processus 20 (Gérer l'utilisation des protocoles et des guides d'intervention clinique) et le processus 21 (Assurer une gestion sécuritaire des lieux, des prestations de service et des situations à risque pour la clientèle et le personnel);
- évaluer la mise en conformité de la capacité de mise en œuvre;
- faire le suivi des recommandations en lien avec le processus 14 (Apprécier la contribution individuelle du personnel) et le processus 15 (Superviser et encadrer le travail des équipes de soins).

L'équipe visiteuse a rencontré le directeur général, le comité de gestion, la directrice des soins infirmiers, le comité de gestion des risques et l'équipe d'évaluation.

Une visite d'observation du milieu a été effectuée par l'équipe visiteuse durant la visite d'agrément afin de s'assurer de la sécurité et de la salubrité des lieux et des installations en lien avec les recommandations du CQA.

Le présent rapport constitue un addenda au rapport d'agrément émis par le CQA en date du 18 décembre 2014, et de ce fait, doit être accompagné de ce dernier.

Commentaires généraux des visiteurs

Plusieurs recommandations non contraignantes ont été appliquées, par exemple :

- le développement d'un calendrier pertinent d'activités occupationnelles, récréatives et sociales récemment développées par le nouveau technicien en loisirs (processus 2);
- la mise en place de moyens de communication comme les mémos et les rencontres interdisciplinaires pour le personnel ainsi que la modernisation du site web pour diffuser plus d'informations aux clients et aux partenaires (processus 12);
- le développement d'un calendrier de conservation par l'agente administrative (processus 13).

L'équipe visiteuse témoigne du travail important fait au niveau de la rénovation des installations matérielles et de la propreté dans le service alimentaire.

L'équipe visiteuse constate que les dossiers des résidents sont bien tenus : les résidents ont un plan d'intervention révisé annuellement, et au besoin, le profil du résident est révisé pour

pouvoir répondre à ses besoins de jour, de soir et/ou de nuit. Ceci permet d'élaborer le plan de travail du préposé aux bénéficiaires (PAB).

L'équipe visiteuse constate également que le CHSLD est à jour dans la saisie des incidents/accidents.

Le personnel affirme que la description des tâches est très claire et que les rôles et fonctions sont bien définis.

En matière de contention, l'infirmière de soir a donné une formation visant à diminuer les contentions pour agir sur la baisse du taux de chutes. Un programme de marche a été mis en place et un ajout de pente aux seuils a été effectué à plusieurs endroits pour diminuer le risque des chutes.

En plus de toutes les améliorations faites au niveau des installations, le personnel a cité l'aménagement d'un jardin au 3^e étage pour permettre aux résidents de se divertir.

Les efforts doivent se poursuivre pour assurer la production des documents requis, tant en anglais qu'en français.

L'équipe visiteuse a validé toutes les recommandations contraignantes faites au *CHSLD Château sur le Lac*, ainsi que plusieurs des recommandations non contraignantes, et le résultat de cette évaluation est présenté à l'annexe 1.

En conclusion, l'équipe visiteuse témoigne des efforts consentis par le *CHSLD Château sur le Lac* afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et des services, et ultimement, de se conformer au cadre d'agrément du CQA.

Les processus 15, 20 et 21 non maîtrisés lors de la visite de novembre 2014 sont maintenant maîtrisés, la norme X est donc conforme. La capacité de mise en œuvre est également maîtrisée.

Le *CHSLD Château sur le Lac* s'engage, durant la durée de son certificat d'agrément, à réaliser et à atteindre les objectifs de son plan d'amélioration en y incluant les recommandations émises dans le présent rapport. De son côté, le CQA assurera un suivi et un soutien auprès du *CHSLD Château sur le Lac*, tout au long de cette période.

SECTION 1

Les résultats et la décision d'agrément

du

CHSLD Château sur le Lac

Résultats obtenus sur les trois règles de certification

9 entrevues en face à face avec les résidents et 11 entrevues par téléphone auprès des proches ont été réalisées afin de connaître le degré de satisfaction de la clientèle. Les résultats des trois indicateurs (**relation avec le client**, **prestation professionnelle** et **organisation des services**) se situent à l'intérieur des limites du comparatif.

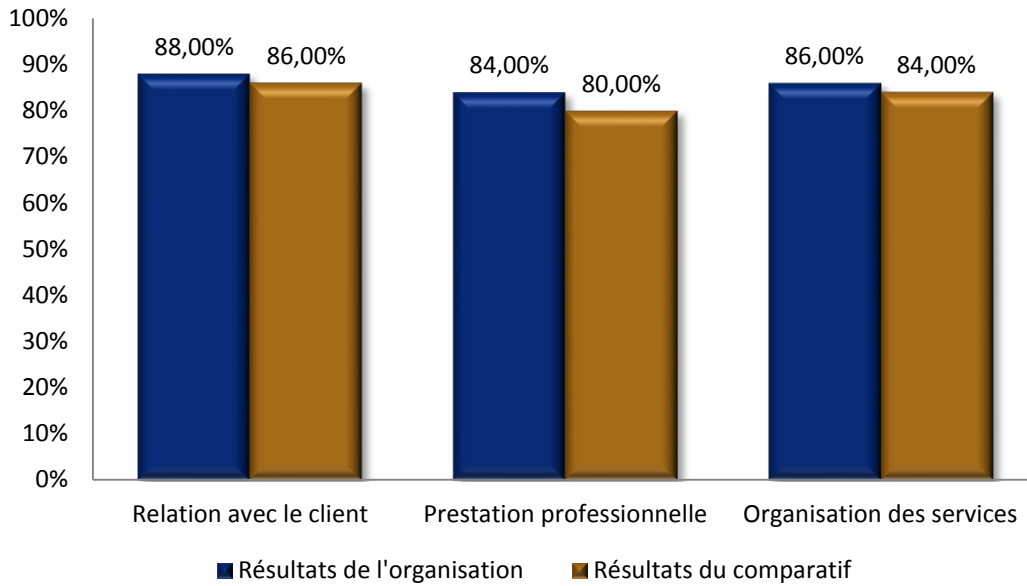
Degré de satisfaction de la clientèle du <i>CHSLD Château sur le Lac</i>		
Indicateurs de la satisfaction de la clientèle	Résultat %	Cote
Relation avec le client	88	2
Prestation professionnelle	84	2
Organisation des services	86	2

Cote 1 : Résultat insatisfaisant au regard des standards requis
La limite supérieure du résultat de l'établissement se situe en dessous de la limite inférieure du comparatif

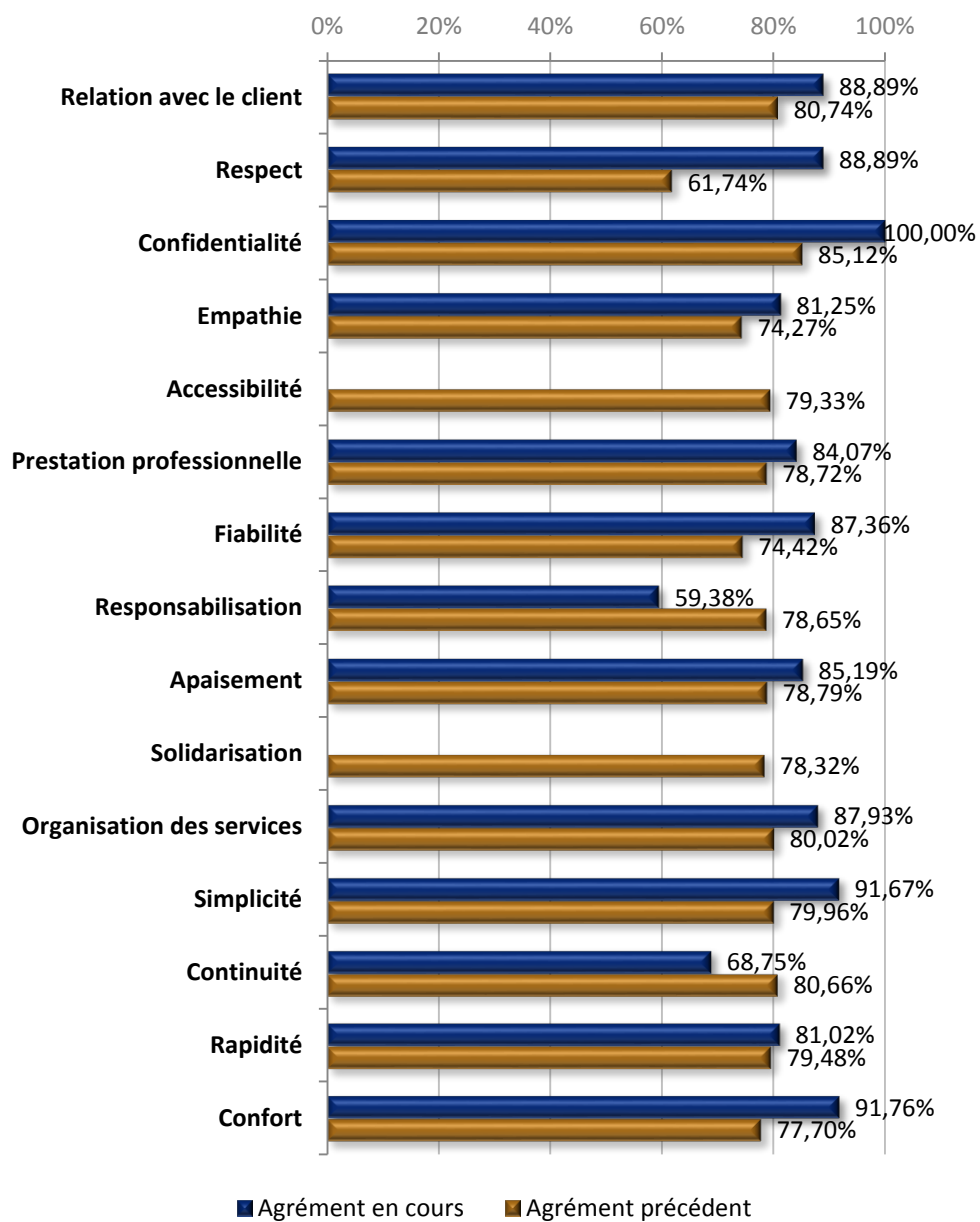
Cote 2 : Résultat satisfaisant au regard des standards requis
La limite inférieure ou supérieure du résultat de l'établissement se situe à l'intérieur des limites du comparatif ou les limites du comparatif se situent entre la limite inférieure et supérieure du résultat de l'établissement.

Cote 3 : Résultat très satisfaisant au regard des standards requis
La limite inférieure du résultat de l'établissement se situe au-dessus de la limite supérieure du comparatif.

Résultats obtenus aux indicateurs de satisfaction de la clientèle comparés à ceux du comparatif



Résultats obtenus aux dimensions qualité de satisfaction de la clientèle comparés à ceux de l'agrément précédent du *CHSLD Château sur le Lac*



Résultats obtenus pour la mobilisation de son personnel

Le sondage réalisé auprès de l'ensemble du personnel du *CHSLD Château sur le Lac* s'est déroulé du 3 au 27 mars 2014. Des 45 questionnaires distribués, 38 ont été complétés, ce qui donne un taux de réponse global de 84,44 %. Les résultats de 5 indicateurs sur 6 sont très satisfaisants (**réalisation, implication, collaboration, soutien et communication**).

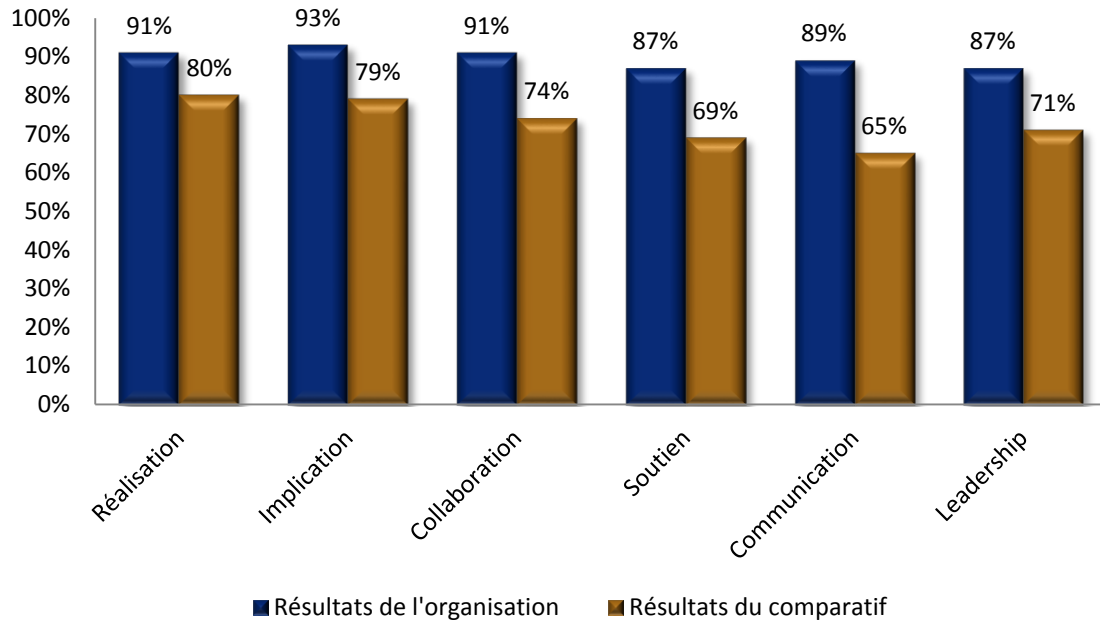
Degré de mobilisation du personnel du <i>CHSLD Château sur le Lac</i>		
Indicateurs mesurant le degré de mobilisation du personnel	Résultat %	Cote
Réalisation	91	3
Implication	93	3
Collaboration	91	3
Soutien	87	3
Communication	89	3
Leadership	87	2

Cote 1 : Résultat insatisfaisant au regard des standards requis
La limite supérieure du résultat de l'établissement se situe en dessous de la limite inférieure du comparatif

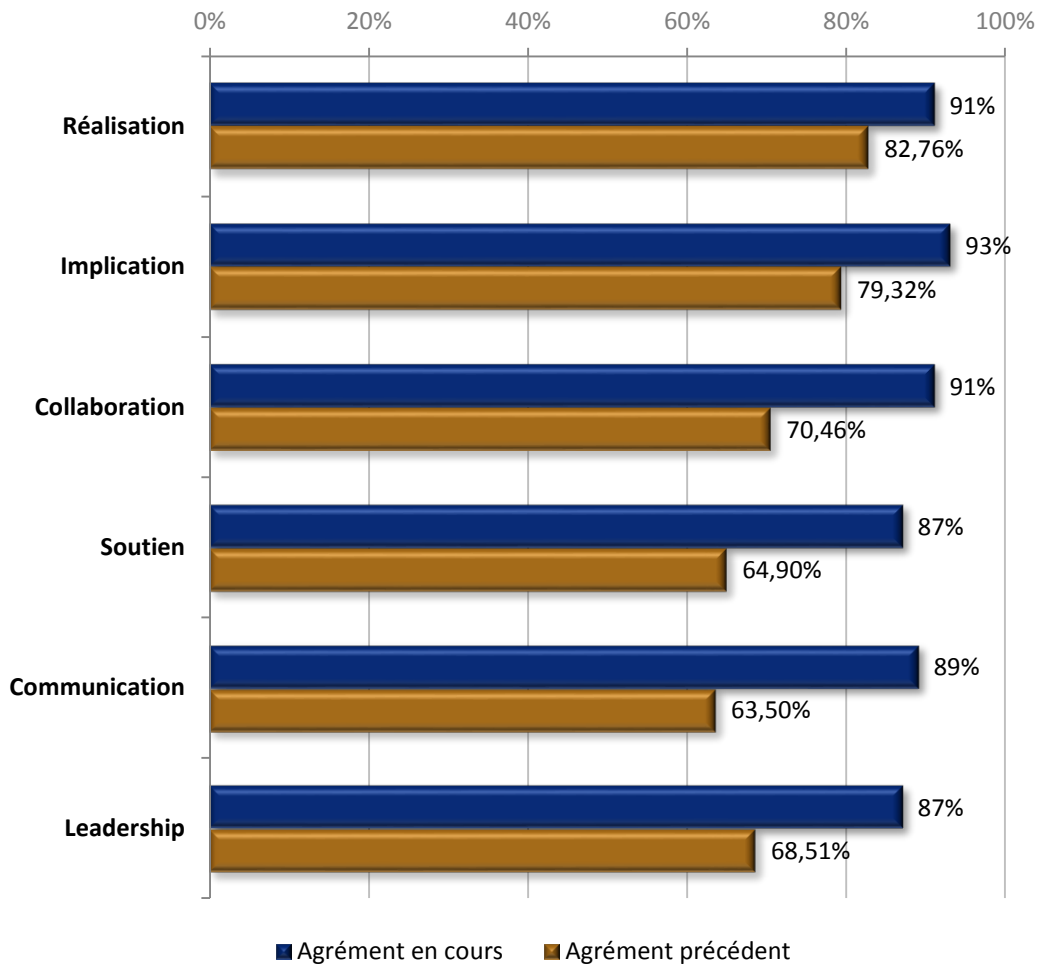
Cote 2 : Résultat satisfaisant au regard des standards requis
La limite inférieure ou supérieure du résultat de l'établissement se situe à l'intérieur des limites du comparatif ou les limites du comparatif se situent entre la limite inférieure et supérieure du résultat de l'établissement.

Cote 3 : Résultat très satisfaisant au regard des standards requis
La limite inférieure du résultat de l'établissement se situe au-dessus de la limite supérieure du comparatif.

Comparaison des résultats aux indicateurs de mobilisation du personnel avec ceux du comparatif



Résultats obtenus aux indicateurs de mobilisation du personnel comparés à ceux de l'agrément précédent



Résultats de l'évaluation des normes et des processus organisationnels

	Normes d'excellence et processus organisationnels		Niveau de maîtrise	
			Normes	Processus
Stratégique	Norme I	Une vision, des valeurs et un engagement qualité	C	
		Processus 1 : Déterminer les valeurs, la vision et l'engagement qualité de l'organisation et les partager avec la clientèle, le personnel et les partenaires		M
	Norme II	Une offre concertée de service	C	
		Processus 2 : Déterminer et configurer les programmes et les services à offrir en fonction des besoins de la clientèle		M
		Processus 3 : Évaluer la satisfaction de la clientèle		TBM
	Norme III	Une interaction continue avec le milieu	C	
		Processus 4 : Collaborer avec les partenaires		M
	Norme IV	Des stratégies d'innovation et de développement	C	
	Processus 5 : Soutenir les activités de recherche		SO	
	Processus 6 : Innover de façon continue dans les pratiques		M	
Structurel	Norme V	La mobilisation et la valorisation des ressources humaines	C	
		Processus 7 : Définir sa philosophie de gestion pour assurer le développement et la mobilisation des ressources humaines		M
		Processus 8 : Gérer et valoriser les ressources humaines		M
		Processus 9 : Développer les connaissances et les compétences du personnel		M
	Norme VI	Une gestion efficiente des ressources financières, matérielles et informationnelles	C	
		Processus 10 : Gérer les ressources financières		TBM
		Processus 11 : Gérer les ressources matérielles et informationnelles		M
	Norme VII	Le plan de communication	C	
	Processus 12 : Informer la clientèle et les partenaires sur l'offre de service		M	
	Processus 13 : Assurer la gestion de la documentation et des informations internes		M	
Professionnel	Norme VIII	La gestion du personnel et des ressources associées	C	
		Processus 14 : Apprécier la contribution individuelle du personnel		M
		Processus 15 : Superviser et encadrer le travail des équipes de soins		M
		Processus 16 : Gérer les ressources stagiaires et les ressources bénévoles		M
	Norme IX	La qualité dans l'organisation des prestations de services	C	
		Processus 17 : Accueillir, traiter les demandes de services et gérer les listes d'attente		TBM
		Processus 18 : Planifier les interventions et dispenser les services		M
		Processus 19 : Gérer les insatisfactions et les plaintes de la clientèle		M
	Norme X	La sécurité des interventions	C	
		Processus 20 : Gérer l'utilisation des protocoles et des guides d'intervention clinique		M
	Processus 21 : Assurer une gestion sécuritaire des lieux, des prestations de service et des situations à risque pour la clientèle et le personnel		M	
	Processus 22 : Gérer la tenue du dossier du résident et la circulation des renseignements personnels sur la clientèle		M	

Signification du niveau de maîtrise des processus : **NM** : Non maîtrisé **M** : Maîtrisé **TBM** : Très bien maîtrisé **SO** : sans objet
 Signification du niveau de conformité des normes : **NC** : Non conforme **C** : Conforme **TFC** : Tout à fait conforme

Résultat pour la capacité d'amélioration

Le *CHSLD Château sur le Lac* maîtrise les six qualités normatives sous l'angle de la capacité d'amélioration.

Tableau synoptique de l'évaluation des qualités normatives

Angle de la capacité d'amélioration	Niveau de maîtrise
Disponibilité de l'information	Maîtrisée
Pertinence de l'analyse	Maîtrisée
Pertinence du plan d'amélioration	Maîtrisée
Réalisme du plan d'amélioration	Maîtrisé
Capacité d'adaptation	Maîtrisée
Capacité de mise en œuvre	Maîtrisée

- Disponibilité de l'information : l'organisation dispose de l'information nécessaire pour évaluer ses processus.
- Pertinence de l'analyse : l'analyse effectuée tient compte de l'information disponible et les pistes d'amélioration dégagées sont cohérentes.
- Pertinence du plan d'amélioration : les objectifs et stratégies du plan d'amélioration sont cohérents avec l'analyse effectuée.
- Réalisme du plan d'amélioration : le plan d'amélioration est réalisable dans les délais fixés compte tenu des ressources disponibles et de la mobilisation du personnel.
- Capacité d'adaptation : l'organisation a démontré qu'il sait s'adapter aux circonstances, convertir une contrainte en opportunité.
- Capacité de mise en œuvre : l'organisation est capable de passer à l'action.

La décision d'agrément

Résultats :

CONSIDÉRANT que le *CHSLD Château sur le Lac* obtient des résultats conformes aux exigences du cadre normatif au regard de la satisfaction de l'expérience client;

CONSIDÉRANT que le *CHSLD Château sur le Lac* obtient des résultats conformes aux exigences du cadre normatif au regard du degré de mobilisation du personnel.

Organisation :

CONSIDÉRANT que le *CHSLD Château sur le Lac* répond aux standards requis puisqu'il se conforme de manière satisfaisante aux dix normes énoncées dans le cadre normatif.

Amélioration continue :

CONSIDÉRANT que le *CHSLD Château sur le Lac* démontre une capacité d'amélioration continue répondant aux exigences des six qualités normatives prescrites.

Agrément pour 5 ans

SECTION 2

Évaluation de la conformité aux deux règles de certification faisant l'objet de la visite d'agrément

Processus organisationnel 11	Résultat (NM, M, TBM)
Gérer les ressources matérielles et informationnelles	M

Qualité normative	Cote novembre 2014	Cote juin 2015
Documentation	2	2
Actualisation	2	2
Adéquation	2	3
Légalité	3	3

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

L'équipe visiteuse a constaté pendant la visite d'agrément que toutes les recommandations émises par le CQA en décembre 2014 ont été appliquées. La température de l'eau des bains situés dans les chambres des résidents et celle des réfrigérateurs pour les médicaments sont contrôlées, toutes les fenêtres sont sécurisées selon les normes de même que les accès aux locaux et aux produits dangereux, les dispositifs d'appel sont conformes aux exigences requises, la signalisation des lieux est réalisée et les sorties de secours sont désencombrées. L'accès aux listes de la clientèle, notamment au poste de garde du 2^e étage, a été sécurisé pour éliminer le risque de bris de confidentialité. Ces listes sont placées sur un bureau qui n'est pas accessible aux visiteurs. Une formation sur la préparation et la conservation des aliments est donnée à l'ensemble du personnel des services alimentaires. Les participants à la formation attendent les attestations qui seront remises par le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ).

De plus, des mécanismes de surveillance et de suivi ont été mis en place. Un processus permet de systématiser les corrections à apporter en collaboration avec le secteur de la maintenance.

Le *CHSLD Château sur le Lac* doit s'assurer de maintenir l'application continue des mesures adoptées.

NORME VIII : LA GESTION DU PERSONNEL ET DES RESSOURCES ASSOCIÉES

Intitulé de la norme VIII	Résultat de l'évaluation (NC, C, TFC)
Le personnel, incluant chacune des ressources associées, est encadré afin d'assurer la continuité, la conformité et la sécurité des prestations offertes à la clientèle.	C

Processus organisationnel 14	Résultat (NM, M, TBM)
Apprécier la contribution individuelle du personnel	M

Qualité normative	Cote novembre 2014	Cote juin 2015
Documentation	3	3
Actualisation	1	2
Adéquation	2	2
Légalité	SO	SO

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

Le CHSLD Château sur le Lac a diffusé la politique sur l'appréciation de la contribution individuelle à l'ensemble du personnel, incluant le calendrier de réalisation. Au cours de sa rencontre avec l'équipe visiteuse, l'équipe d'évaluation a témoigné de l'application du système d'appréciation. Le CHSLD dispose de trois types de formulaires : un pour le technicien de loisirs, un pour l'infirmière et un pour le personnel. Le formulaire est diffusé au personnel qui le remplit puis en discute avec la directrice des soins infirmiers, il est ensuite versé au dossier de l'employé. Des objectifs sont fixés avec le personnel. Au cours de la rencontre avec l'équipe d'évaluation, le technicien des loisirs cite par exemple sa demande pour avoir plus de formations afin d'adapter les activités aux besoins et conditions des résidents en fonction des nouvelles connaissances acquises.

Processus organisationnel 15	Résultat (NM, M, TBM)
Superviser et encadrer le travail des équipes de soins	M

Qualité normative	Cote novembre 2014	Cote juin 2015
Documentation	1	3
Actualisation	2	2
Adéquation	1	1
Légalité	2	3

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

Le *CHSLD Château sur le Lac* dispose d'un système formel d'encadrement et de supervision clinique. Une politique et une directive ont été élaborées et diffusées et le personnel se les est appropriées. Des questionnaires élaborés par la directrice des soins infirmiers permettent de s'assurer de la compréhension de ces documents. L'implantation de la supervision a débuté. Cependant, les moyens mis en place – un calendrier auquel s'ajoutent les sujets et les personnes à superviser – favorisent uniquement le contrôle ponctuel (*spot check*). Il demeure à planifier et organiser la supervision selon une grille préétablie que le *CHSLD Château sur le Lac* compte développer et mettre en place dans les prochains mois.

La cote de la légalité a été corrigée pour faire suite à une erreur dans le rapport de décembre 2014, le *CHSLD Château sur le Lac* se conformait à toutes les obligations légales et règlementaires liées à ce processus.

La recommandation contraignante de décembre 2014 est partiellement appliquée. Il reste toutefois à mettre en place les mécanismes de suivi.

Recommandations du CQA pour ce processus	Contraignante	
<p><u>En lien avec la recommandation du précédent agrément (2011) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Planifier, organiser et mettre en œuvre les modalités de supervision selon un calendrier prédéfini et une grille de supervision développée. 	Oui	Non
	X	
	Date d'échéance : 31 janvier 2016	
<p><u>En lien avec la recommandation du précédent agrément (2011) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> S'assurer que les mécanismes de gestion et de suivi permettent d'assurer l'encadrement et la supervision clinique des intervenants en fonction de leurs attentes, de leurs besoins et de leurs compétences. 	Oui	Non
	X	
	Date d'échéance : 31 janvier 2017	

NORME X : LA SÉCURITÉ DES INTERVENTIONS

Intitulé de la norme X	Résultat de l'évaluation (NC, C, TFC)
La sécurité des interventions dispensées auprès de la clientèle est garantie par le respect et l'application optimale des différents cadres de références reconnus qui les balisent.	C

Processus organisationnel 20	Résultat (NM, M, TBM)
Gérer l'utilisation des protocoles et des guides d'intervention cliniques	M

Qualité normative	Cote novembre 2014	Cote juin 2015
Documentation	2	3
Actualisation	1	3
Adéquation	1	2
Légalité	1	3

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

Le *CHSLD Château sur le Lac* dispose d'un protocole sur la prévention des actes suicidaires, de plusieurs ordonnances collectives, d'un protocole des actes autorisés pour les infirmières et les infirmiers auxiliaires et d'un protocole des soins de fin de vie. Le protocole pour le traitement et la prévention des plaies de pression est révisé en fonction de l'application des nouvelles pratiques de soins appliquées.

Les employés rencontrés affirment que plusieurs protocoles ont été élaborés et diffusés et qu'ils se les sont appropriés. Ces protocoles sont disponibles aux postes de garde.

Le *CHSLD Château sur le Lac* se conforme à toutes les obligations légales et réglementaires puisque le règlement sur la désignation des actes visés est présent et adopté par le conseil d'administration (*alinéa b, article 36 de la Loi sur les infirmières*). De plus, trois infirmières ont été embauchées pour répondre à la directive ministérielle (MSSS) d'assurer la présence d'une infirmière sur les trois quarts de travail 24/7.

Cependant, le *CHSLD Château sur le Lac* ne dispose pas encore de photographies récentes pour chacun de ses résidents pour s'assurer de la double identification ou de l'application d'une mesure d'urgence tels la fugue ou le décès.

De plus, il importe de rappeler que l'élaboration de l'ordonnance collective est une responsabilité médicale en collaboration avec les professionnels concernés. Les médecins du CHSLD doivent prescrire les ordonnances collectives (celles déjà existantes et celles à venir), notamment sur les soins de fin de vie.

Recommandations du CQA pour ce processus	Contraignante	
<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place la procédure de la double identification des résidents. 	Oui	Non
	x	
	Date d'échéance : 30 septembre 2015	
<ul style="list-style-type: none"> S'assurer que les ordonnances collectives sont validées et prescrites par les médecins du CHSLD. 	Oui	Non
	X	
	Date d'échéance : 30 septembre 2015	
<ul style="list-style-type: none"> Mettre à jour et poursuivre la rédaction des politiques et procédures cliniques et des cartables de soins et implanter les nouvelles pratiques de soins; Se doter de mécanismes de suivi permettant de valider l'application des politiques et procédures cliniques. 	Oui	Non
		X
	Date d'échéance :	

Processus organisationnel 21	Résultat (NM, M, TBM)
Assurer une gestion sécuritaire des lieux, des prestations de service et des situations à risque, pour la clientèle et le personnel	M

Qualité normative	Cote novembre 2014	Cote juin 2015
Documentation	2	2
Actualisation	1	2
Adéquation	1	2
Légalité	2	3

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

Le *CHSLD Château sur le Lac* dispose d'un programme de gestion des risques, d'une politique de prévention et de gestion des risques, d'une politique de soutien apporté à la personne accidentée et sa famille et d'une politique sur la prévention de la contamination par croisement du propre et du souillé, mais seulement pour le service alimentaire.

Le comité de gestion des risques est en place depuis janvier 2015. Il a tenu, à ce jour, trois rencontres qui ont permis d'une part, d'avoir une formation sommaire donnée par la direction des soins infirmiers sur son mandat et son rôle et d'autre part, de recenser les situations à risque dans chaque secteur d'activité. Il reste à élaborer un plan d'action pour mettre en place des mesures préventives des situations à risque identifiées. L'équipe visiteuse rappelle à l'établissement l'importance d'informer régulièrement les membres du comité de gestion des risques du taux des incidents/accidents.

Le *CHSLD Château sur le Lac* a effectué un exercice d'évacuation avec les pompiers le 19 mai 2015. Un rapport d'exercice a été élaboré avec une série de recommandations dont certaines ont déjà été appliquées et d'autres sont en cours d'application. Le CHSLD envisage d'effectuer prochainement deux exercices de simulation avant d'effectuer à nouveau un exercice d'évacuation. L'établissement a confirmé que l'appel général par micro est utilisé uniquement pour les codes couleur. Quant au plan de mesures d'urgence, il a été révisé et diffusé au personnel.

Les codes de couleur d'urgence sont mieux connus par le personnel depuis qu'ils sont disponibles au verso de leur carte d'identification, laquelle doit être portée en continu. Les employés sont en mesure de faire la distinction des codes de couleur d'évacuation apposés au bas des portes de chambres des résidents.

En matière de formation, deux employés ont reçu la formation en réanimation cardiorespiratoire (RCR) pour devenir des formateurs. Ils sont en train de monter la formation pour la donner à l'interne. Cette activité est déjà prévue au plan de formation. Cependant, le *CHSLD Château sur*

le Lac attend la réponse de la commission scolaire Marguerite-Bourgeoys afin de pouvoir suivre la formation sur les principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB) en anglais.

L'équipe visiteuse a constaté la réalisation de tous les ajustements requis par les situations identifiées comme problématiques lors de la visite d'observation du milieu d'hébergement en novembre 2014. Le stationnement est dégagé pour permettre l'accessibilité des services d'urgence, le chariot d'urgence est disponible sur tous les étages, une trousse de premiers soins est accessible à chaque étage et les plans d'évacuation sont mis à jour. Le *CHSLD Château sur le Lac* s'est donné des moyens pour s'assurer de l'application continue des mesures adoptées tel un calendrier mensuel pour le suivi de la conformité du chariot d'urgence et de la trousse des premiers soins.

L'équipe visiteuse rappelle à l'établissement la nécessité d'identifier l'appareil à succion et de le rendre plus facilement accessible.

D'autres améliorations sont prévues par le chef de la maintenance pour l'aménagement extérieur.

Le *CHSLD Château sur le Lac* se conforme à toutes les obligations légales et réglementaires puisque le règlement concernant les mesures de soutien à apporter à la personne accidentée et à sa famille est élaboré (*alinéa g, article 235.1 de la LSSSS*).

Recommandations du CQA pour ce processus	Contraignante	
<p><u>En lien avec la recommandation du précédent agrément (2011) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • identifier et mettre en place les mesures de sécurité pour prévenir les risques et les situations potentielles de risque identifiés pour la clientèle et le personnel; • s’assurer de la diffusion et de l’appropriation des mesures de prévention auprès du personnel et des résidents; • mettre en place des mécanismes de suivi. 	Oui	Non
	X	
<p><u>En lien avec la recommandation du précédent agrément (2011) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • mettre en place et dispenser la formation sur les principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB) et toutes nouvelles pratiques cliniques sécuritaires, pour l’ensemble du personnel clinique. 	Oui	Non
	X	
<p><u>En lien avec la recommandation du précédent agrément (2011) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Élaborer un calendrier annuel des exercices de simulation et d’évacuation. 	Oui	Non
	X	
	Date d’échéance : 15 juin 2016	
	Date d’échéance : 31 janvier 2016	
	Date d’échéance : 30 septembre 2015	

Évaluation de la capacité d'amélioration

La capacité de mise en œuvre

Cote novembre 2014	Cote juin 2015
1	2

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

Par l'embauche d'infirmières, la directrice des soins peut compter sur des professionnelles pour bonifier les règles de soins, les protocoles, leur diffusion et leur appropriation par le personnel.

La plupart des recommandations contraignantes ont été réalisées selon les attentes et les échéances fixées par le CQA dans le rapport d'agrément de décembre 2014.

L'établissement a également pu s'investir dans la réalisation de recommandations non contraignantes.

Tant le directeur général que l'ensemble du personnel considèrent la démarche d'agrément et les rapports qui en découlent comme des incontournables.

Toutes les personnes rencontrées ont démontré une mobilisation certaine à poursuivre la mise en œuvre du plan d'amélioration dans une perspective d'amélioration continue de la qualité et d'assurance d'une prestation sécuritaire des services dispensés à la clientèle.

Des investissements majeurs ont été faits dans la mise en conformité des installations et pour compléter le plan d'organisation.

La conseillère à la qualité du Conseil québécois d'agrément assurera un suivi régulier de la mise en œuvre du plan d'amélioration et elle rencontrera sur place les principaux interlocuteurs à mi-parcours de l'agrément, soit à l'automne 2017.

ANNEXE

Suivi des recommandations du CQA émises le 18 décembre 2014; observations des visiteurs à la suite de la visite du 15 juin 2015 et recommandations du CQA émises le 29 juin 2015

Recommandations du CQA au 18 décembre 2014	Faire rapport au CQA	Observations des visiteurs lors de la visite de juin 2015	Recommandations du CQA au 29 juin 2015	Faire rapport au CQA
Processus 1 En lien avec la recommandation du précédent agrément : <ul style="list-style-type: none"> - Diffuser auprès du personnel l'engagement qualité; - S'assurer de l'appropriation des valeurs et de l'engagement qualité par l'ensemble du personnel 	27 février 2015	Fait Appropriation à poursuivre. Le CHSLD a répondu aux attentes, mais lorsque l'équipe visiteuse a rencontré l'équipe d'évaluation, elle a noté que l'appropriation des valeurs était peu concluante.	--	
Processus 2 <ul style="list-style-type: none"> - Réviser l'offre de service afin d'augmenter et de diversifier les activités occupationnelles, récréatives et sociales pour l'ensemble de la clientèle; - Développer un calendrier des activités et le diffuser à la clientèle; - Évaluer l'impact des activités auprès des usagers de façon à apporter les ajustements requis s'il y a lieu. 		Fait Développement d'un calendrier pertinent d'activités occupationnelles, récréatives et sociales, récemment développées par le nouveau technicien en loisirs. Les activités occupationnelles ont été revues et sont diversifiées.	--	
En lien avec la recommandation du précédent agrément : <ul style="list-style-type: none"> - Préparer et réviser aux trois (3) ans son plan d'organisation administratif, professionnel et scientifique, en y intégrant les différentes composantes, notamment : la mission, la vision, les valeurs, l'engagement qualité, la philosophie d'intervention, la composition et le fonctionnement des instances, l'offre de service, les caractéristiques de sa clientèle, la philosophie de gestion des ressources humaines, la structure organisationnelle, les rôles et les responsabilités selon les titres d'emploi (<i>alinéa d, art. 183, LSSSS</i>). 	31 mars 2015	Fait Le plan d'organisation est fait et est disponible sur le site du CHSLD.	--	

Recommandations du CQA au 18 décembre 2014	Faire rapport au CQA	Observations des visiteurs lors de la visite de juin 2015	Recommandations du CQA au 29 juin 2015	Faire rapport au CQA
Processus 4 - Poursuivre les rapprochements avec le <i>Centre de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île</i> et formaliser une entente de collaboration et de continuité de services.		En cours avec le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	Poursuivre les rapprochements avec le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal et formaliser une entente de collaboration et de continuité de services.	--
Processus 5 - Définir les orientations en matière de recherche et les faire adopter par le conseil d'administration.		À faire	Définir les orientations en matière de recherche et les faire adopter par le conseil d'administration.	--
Processus 6 - Définir et formaliser les orientations concernant l'innovation pour l'organisation; - Se doter de stratégies de diffusion pour l'ensemble du personnel.		À faire	- Définir et formaliser les orientations concernant l'innovation pour l'organisation; - Se doter de stratégies de diffusion pour l'ensemble du personnel.	--
Processus 7 En lien avec la recommandation du précédent agrément : - Diffuser la philosophie de gestion auprès de l'ensemble du personnel et s'assurer de son appropriation par l'ensemble du personnel.	27 février 2015	Fait La philosophie de gestion a été diffusée et 83 % du personnel se l'est appropriée (audit réalisé).	--	
Processus 8 - Compléter et mettre en application le protocole et la politique suivants : - le protocole à appliquer lors d'expositions au sang et aux liquides biologiques compte tenu du milieu; (échancier) - la politique de recrutement et de sélection du personnel, incluant la vérification de l'intégrité morale des employés; (échancier)	31 mars 2015	Fait Toutes les politiques demandées ont été faites et mises en œuvre.	--	

Recommandations du CQA au 18 décembre 2014	Faire rapport au CQA	Observations des visiteurs lors de la visite de juin 2015	Recommandations du CQA au 29 juin 2015	Faire rapport au CQA
<ul style="list-style-type: none"> - Élaborer et mettre en application les politiques suivantes : - la politique sur les suivis de fin de probation des nouveaux employés; - la politique concernant les mesures de soutien offertes aux employés présentant des difficultés professionnelles ou personnelles 			--	
Processus 9 <ul style="list-style-type: none"> - Compléter la politique de formation et de développement des compétences en précisant les critères de priorisation des besoins de formation; - Préciser les modalités qui garantissent le transfert des acquis dans les pratiques; - S'assurer sa diffusion auprès du personnel et des suivis d'application. 	31 mars 2015	Fait La politique a été revue et répond maintenant à la recommandation. Les mécanismes de suivi ne sont pas encore intégrés dans la pratique	--	
Processus 11 En lien avec la recommandation du précédent agrément : <ul style="list-style-type: none"> - S'assurer de la confidentialité concernant l'accès aux listes de la clientèle (poste de garde du 2^e étage). - Procéder aux ajustements requis par les situations problématiques identifiées lors de la visite d'observation du milieu d'hébergement en ce qui a trait : <ul style="list-style-type: none"> - au contrôle de la température de l'eau dans les bains situés dans les chambres des résidents, - à la sécurisation de toutes les fenêtres, - à la sécurisation des accès aux locaux et produits dangereux, - au contrôle de la température des réfrigérateurs de médicaments, - à la signalisation des lieux, - à la mise en conformité des dispositifs d'appel, - à l'encombrement des sorties de secours; - Se donner des mécanismes de suivi afin de s'assurer de l'application continue des mesures adoptées; 	15 février 2015	Fait	--	
	15 février 2015	Fait	--	

Recommandations du CQA au 18 décembre 2014	Faire rapport au CQA	Observations des visiteurs lors de la visite de juin 2015	Recommandations du CQA au 29 juin 2015	Faire rapport au CQA
<ul style="list-style-type: none"> - Dispenser les formations sur la préparation et la conservation des aliments à l'ensemble du personnel des services alimentaires. 	1 ^{er} juin 2015	Fait	--	
<p>Processus 12</p> <ul style="list-style-type: none"> - Développer un plan de communication précisant les publics visés (personnel, résidents, familles, partenaires) et les stratégies de communication retenues; - Identifier les mécanismes de suivi et s'assurer de l'application. 		Fait partiellement Mise en place de moyens de communication comme les mémos et les rencontres interdisciplinaires pour le personnel ainsi que la modernisation du site web pour diffuser plus d'informations aux clients et aux partenaires	<ul style="list-style-type: none"> - Développer un plan de communication précisant les publics visés (personnel, résidents, familles, partenaires) et les stratégies de communication retenues; - Identifier les mécanismes de suivi et s'assurer de l'application. 	--
<p>Processus 14</p> <p>En lien avec la recommandation du précédent agrément :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diffuser la politique sur l'appréciation de la contribution individuelle du personnel à l'ensemble du personnel, incluant le calendrier de réalisation; - Mettre en œuvre le système d'appréciation, et assurer des suivis d'application. 	Faire un rapport d'étape lors de la visite en juin 2015	Fait	--	
<p>Processus 15</p> <p>En lien avec la recommandation du précédent agrément :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Élaborer et implanter un système formel d'encadrement et de supervision clinique qui précise : <ul style="list-style-type: none"> - les approches cliniques privilégiées et les objectifs de supervision en lien avec les caractéristiques de la clientèle, 	Faire un rapport d'étape lors de la visite en juin 2015	Fait partiellement Quelques mécanismes de suivi sont à mettre en place	<p><u>En lien avec la recommandation du précédent agrément (2011) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Planifier, organiser et mettre en œuvre les modalités de supervision selon un calendrier prédéfini et une grille de supervision développée. 	31 janvier 2016

Recommandations du CQA au 18 décembre 2014	Faire rapport au CQA	Observations des visiteurs lors de la visite de juin 2015	Recommandations du CQA au 29 juin 2015	Faire rapport au CQA
<ul style="list-style-type: none"> - les modalités de mise en œuvre (calendrier, grille de supervision, personnes concernées, responsabilités); - Les mécanismes de gestion et de suivi permettant d'assurer l'encadrement et la supervision clinique des intervenants en fonction de leurs attentes, de leurs besoins et de leurs compétences. 			<p>En lien avec la recommandation du précédent agrément (2011) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - S'assurer que les mécanismes de gestion et de suivi permettent d'assurer l'encadrement et la supervision clinique des intervenants en fonction de leurs attentes, de leurs besoins et de leurs compétences. 	31 janvier 2017
<p>Processus 16</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faire adopter un règlement, par le conseil d'administration, concernant l'organisation de l'enseignement. 		Non fait	Recommandation retirée, les politiques en place suffisent	
<p>Processus 18 En lien avec la recommandation du précédent agrément :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Élaborer et formaliser les définitions de plan d'intervention (PI), plan d'intervention interdisciplinaire (PII), plan thérapeutique infirmier (PTI), plan de service individualisé (PSI) et plan de soins et ce, conformément au cadre légal; - Les diffuser au personnel et s'assurer de leur appropriation; - Élaborer pour chacun des résidents et avec leur participation ou celle de la famille, un plan d'intervention individualisé tel que requis par le cadre réglementaire; - Mettre en place des mécanismes de suivi, incluant la révision du plan d'intervention et les éléments de qualité du contenu du plan d'intervention; - Mettre en œuvre des stratégies de participation des professionnels et des familles des résidents au plan d'intervention interdisciplinaire. 	31 mars 2015	Fait	--	

Recommandations du CQA au 18 décembre 2014	Faire rapport au CQA	Observations des visiteurs lors de la visite de juin 2015	Recommandations du CQA au 29 juin 2015	Faire rapport au CQA
<p>Processus 19</p> <ul style="list-style-type: none"> - Développer des mécanismes pour s'assurer de la promotion et du respect des droits des résidents, notamment au niveau de la confidentialité et de la participation aux décisions pour les résidents. - Adopter un règlement établissant une procédure d'examen des plaintes, et ce, après consultation du CMDP ou, selon le cas, du service médical concerné, dans le cas de plaintes concernant un médecin, un dentiste ou un pharmacien (<i>alinéa b, art. 29, LSSS</i>); 		<p>En cours</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Développer des mécanismes pour s'assurer de la promotion et du respect des droits des résidents, notamment au niveau de la confidentialité et de la participation aux décisions pour les résidents. - adopter un règlement établissant une procédure d'examen des plaintes, et ce, après consultation du CMDP ou, selon le cas, du service médical concerné, dans le cas de plaintes concernant un médecin, un dentiste ou un pharmacien (<i>alinéa b, art. 29, LSSS</i>); 	
<ul style="list-style-type: none"> - De formaliser une entente avec l'établissement hospitalier concernant la disponibilité d'un médecin examinateur et du comité de révision de l'établissement pour répondre à l'exigence légale (<i>alinéa h, art. 42, LSSS</i>). 			<ul style="list-style-type: none"> - de formaliser une entente avec l'établissement hospitalier concernant la disponibilité d'un médecin examinateur et du comité de révision de l'établissement pour répondre à l'exigence légale (<i>alinéa h, art. 42, LSSS</i>). 	

Recommandations du CQA au 18 décembre 2014	Faire rapport au CQA	Observations des visiteurs lors de la visite de juin 2015	Recommandations du CQA au 29 juin 2015	Faire rapport au CQA
Processus 20 En lien avec la recommandation du précédent agrément : <ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre la rédaction et la révision des guides et des protocoles cliniques notamment la prévention des actes suicidaires, les ordonnances collectives, le protocole des actes autorisés au personnel infirmier auxiliaire et la prévention et le traitement des plaies de pression afin de s'assurer que le personnel ait tous les outils nécessaires afin de dispenser des services de qualité aux résidents; - Les diffuser et s'assurer de leur appropriation par le personnel concerné - Mettre en place les mécanismes de suivi pour leur application - Faire adopter, par le conseil d'administration, le règlement concernant la désignation des actes qui peuvent être posés par les personnes habilitées et sur la détermination des conditions locales (<i>Règlement sur les actes professionnels autres que médecins; art. 1.01 et 4.01, Règlement sur les actes visés à l'art. 36 de la Loi sur les inf.; Règlement sur les actes professionnels autres que sages-femmes.</i>) - Mettre à jour les politiques et procédures cliniques et les cartables de soins et implanter les nouvelles pratiques de soins; - Définir quelques indicateurs de suivi et mesurer l'impact de l'application des nouvelles pratiques de soins sur la qualité des interventions auprès des résidents. 	1 ^{er} juin 2015	Fait partiellement Quelques mécanismes de suivi de leur application à mettre en place	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre à jour et poursuivre la rédaction des politiques et procédures cliniques et des cartables de soins, et implanter les nouvelles pratiques de soins; - Se doter de mécanismes de suivi permettant de valider l'application des politiques et procédures cliniques. 	--
	15 février 2015	Fait	--	
		Fait partiellement, sauf les indicateurs de suivi		
			Mettre en place la procédure de la double identification des résidents.	30 septembre 2015
			S'assurer que les ordonnances collectives sont validées et prescrites par les médecins du CHSLD.	30 septembre 2015

Recommandations du CQA au 18 décembre 2014	Faire rapport au CQA	Observations des visiteurs lors de la visite de juin 2015	Recommandations du CQA au 29 juin 2015	Faire rapport au CQA
<p>Processus 21 En lien avec la recommandation du précédent agrément :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Procéder aux exercices d'évacuation; - Former le personnel à intervenir; - Former les membres du comité de gestion des risques à la gestion intégrée des risques, afin que ces derniers assument pleinement leur rôle et le leadership nécessaire; - Recenser, pour la clientèle et pour le personnel, dans l'ensemble des installations, les facteurs de risque et les situations potentielles de risques; - Identifier et mettre en place les mesures de sécurité pour les contrer; - S'assurer de la diffusion et de l'appropriation des mesures de prévention auprès du personnel et des résidents; - Mettre en place des mécanismes de suivi. 	<p>31 mars 2015</p> <p>Faire un rapport d'étape lors de la visite en juin 2015</p>	<p>Fait partiellement</p> <p>Formation sommaire offerte aux membres du comité de gestion des risques. Recensement des situations à risque en cours. À faire : identifier les mesures de sécurité, la diffusion des mesures de prévention et la mise en place de mécanismes de suivi.</p>	<p>En lien avec la recommandation du précédent agrément (2011) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - identifier et mettre en place les mesures de sécurité pour prévenir les risques et les situations potentielles de risque identifiés pour la clientèle et le personnel; - s'assurer de la diffusion et de l'appropriation des mesures de prévention auprès du personnel et des résidents; - mettre en place des mécanismes de suivi. 	<p>15 juin 2016</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Procéder aux ajustements requis par les situations identifiées problématiques lors de la visite d'observation du milieu d'hébergement en ce qui a trait : - Dégagement du stationnement pour l'accessibilité des services d'urgence; <ul style="list-style-type: none"> - mise à disposition d'un chariot d'urgence équipé de manière à répondre aux besoins spécifiques de la clientèle, - mise à disposition d'une trousse de premiers soins à chaque étage, - mise à jour des plans d'évacuation; - Se donner des mécanismes de suivi afin de s'assurer de l'application continue des mesures adoptées; 	<p>15 février 2015</p>	<p>Fait</p>	<p>--</p>	

Recommandations du CQA au 18 décembre 2014	Faire rapport au CQA	Observations des visiteurs lors de la visite de juin 2015	Recommandations du CQA au 29 juin 2015	Faire rapport au CQA
<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place et dispenser les formations sur RCR (réanimation cardiorespiratoire), PDSB (principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires) et toutes nouvelles pratiques cliniques sécuritaires, pour l'ensemble du personnel clinique. 	Faire rapport d'étape au 1 ^{er} juin 2015	Fait partiellement Deux employés formés comme formateurs pour le RCR. Formation RCR incluse dans le plan annuel. PDSB non fait.	En lien avec la recommandation du précédent agrément (2011) : mettre en place et dispenser la formation sur les principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB) et toutes nouvelles pratiques cliniques sécuritaires, pour l'ensemble du personnel clinique.	31 janvier 2016
<p>En lien avec la recommandation du précédent agrément :</p> <ul style="list-style-type: none"> Adopter le règlement concernant les mesures de soutien à apporter à la personne accidentée et à sa famille (<i>article 235.1 de la LSSSS</i>). <p>En lien avec la recommandation du précédent agrément :</p> <ul style="list-style-type: none"> S'assurer de la compréhension et de l'application du système de codes de couleur par l'ensemble du personnel; S'assurer de la mise à jour du plan de mesures d'urgence, incluant le calendrier annuel des exercices d'évacuation, et s'assurer de son appropriation par l'ensemble du personnel. 	27 février 2015	Fait	--	
	27 février 2015	Fait partiellement Un calendrier est à produire intégrant les simulations souhaitées par le CHSLD.	En lien avec la recommandation du précédent agrément (2011) : Élaborer un calendrier annuel des exercices de simulation et d'évacuation.	30 septembre 2015
<p>Processus 22</p> <p>En lien avec une recommandation du dernier agrément :</p> <ul style="list-style-type: none"> Diffuser les politiques concernant la confidentialité et l'accès aux renseignements personnels auprès de l'ensemble des intervenants; S'assurer de l'appropriation, par les intervenants, des mesures de confidentialité et du respect des droits des résidents; Mettre en place des mécanismes de suivi rigoureux. <p>En lien avec une recommandation du dernier agrément :</p> <ul style="list-style-type: none"> Établir, par une directive du directeur général, les conditions et les modalités suivant lesquelles les renseignements pourront être communiqués pour prévenir un acte de violence, dont un suicide (<i>art. 19.0.1, LSSSS</i>). 	30 avril 2015	Fait. Le personnel connaît les droits des résidents et s'assure de leur respect. Mécanismes de suivi à mettre en place.	--	
	15 février 2015	Fait	--	

Recommandations du CQA au 18 décembre 2014	Faire rapport au CQA	Observations des visiteurs lors de la visite de juin 2015	Recommandations du CQA au 29 juin 2015	Faire rapport au CQA
Disponibilité de l'information - Développer des indicateurs de gestion et de suivi pour mesurer la performance des processus organisationnels.		À poursuivre		
Pertinence du plan d'amélioration - Intégrer, dans son plan d'amélioration, les recommandations du présent rapport, réviser les stratégies de réalisation, les cibles, les responsabilités, les échéanciers et les indicateurs de résultats.	31 janvier 2015	Fait		