



MODIFICATION DU PLAN D'AMÉLIORATION DU CQA (Intégration des recommandations, révision des cibles, indicateurs, échéanciers, etc.)

Thème : Communication

DATE : 2015/01/30 Complété par : Suzanne Thivierge DSI

Normes et processus	priorité	Objectifs d'amélioration (liens avec les processus, les dimensions qualité et indicateurs de mobilisation)	Stratégies de réalisation (moyens/activités utilisés)	Cibles visées (résultats attendus)	Direction imputable et responsable concerné par l'application	Échéancier	Indicateurs de résultats	Suivi de la réalisation
		<i>(Pourquoi je le fais...)</i>	<i>(Comment je le fais...)</i>	<i>(qu'est ce que je vise à atteindre...)</i>	<i>(qui s'en occupe...)</i>	<i>(quand je le fais...)</i>	<i>(comment je vais le mesurer...)</i>	
Norme 1 Processus 1	4	<p>1. Assurer l'amélioration de la qualité des soins et services à la clientèle par la transmission complète et adéquate des informations</p> <p>Norme 1, Processus 1 Recommandation CQA</p> <p>Développer un plan de communication précisant les publics visés (personnel, résidents, familles, partenaires) et les stratégies de communication retenues</p>	1.1 Diffusion des valeurs, vision et engagement qualité à tout le personnel lors de la première assemblée générale et discussion avec le personnel au sujet des moyens pour améliorer la diffusion.	1.1 . La connaissance et la compréhension de la vision, des valeurs et de l'engagement qualité par l'ensemble du personnel	La Direction La Direction	1.1 Chaque 2 ans, après la première assemblée générale avec le personnel à débuter en janvier 2015 Lors des rencontres d'appréciation, revoir avec l'employé la vision et les valeurs et demander comment ils les mets en application dans son quotidien. <u>D'ici le 27 février</u> Automne 2016	Des questionnaires (audits) seront distribués la semaine suivant la diffusion à l'ensemble du personnel pour vérifier leur connaissance et compréhension des valeurs et des orientations en matière d'engagement qualité	



CARTABLE DES DOCUMENTS STRATÉGIQUES DE LA DIRECTION

		Norme 10, Processus 22 Recommandation du CQA	organisationnelle, les rôles et responsabilités selon les titres d'emploi, etc. (<i>aliéna d</i> , art. 183, LSSS) e) Développer des indicateurs de gestion et de suivi de la performance des processus organisationnels	organisationnel	La Direction	Automne 2016		
Norme 2 Processus 3			1.3 Diffuser les résultats des sondages de l'Agrément (mobilisation et résidents et proches), les résultats des sondages de satisfaction de la clientèle et le rapport de gestion annuel sur le site internet.	Faire connaître à la population, le personnel et aux familles les points forts et les points d'amélioration à apporter et ainsi démontrer une transparence	Agente administrative	Janvier 2015	Lors de l'élaboration du rapport de gestion annuel la conseillère à la gestion et à la qualité devra constater si la diffusion des documents a été faite sur le site internet.	
Norme 3 Processus 4			1.4 Planifier des rencontres formelles avec les partenaires principaux à chaque 2 ans ou au besoin.	Évaluer la nécessité d'apporter des changements d'amélioration dans nos procédures	La DSI	Première rencontre faite en octobre 2014 et à poursuivre à chaque 2 ans à la même période et au besoin	Lors de la rédaction du rapport annuel, la conseillère à la gestion et à la qualité devra intégrer le résumé du compte rendu de la rencontre des partenaires.	



CARTABLE DES DOCUMENTS STRATÉGIQUES DE LA DIRECTION

	3	Norme 3, Processus 4 Recommandation du CQA	Poursuivre les rapprochements avec le CSSS de l'ouest de l'île et formaliser une entente de collaboration et de continuité de services	Augmenter la qualité des soins et services par l'entremise de partenariat	La Direction	Avril 2015 (Une rencontre est prévue le 11 février avec le Directeur général et Dr. Kachra)	Taux des améliorations réalisées suite aux rencontres. (Cible 50%) Taux de satisfaction des partenaires (Cible 80%) Reconnaissance par la population et les intervenants du territoire	
	2	Norme 10, Processus 20 Recommandation du CQA	1.5. a) Poursuivre la rédaction, diffusion et révision des politiques, guides, procédures, processus, protocole clinique, règle de soins, etc. (prévention des actes suicidaires, ordonnances collectives, protocole des actes autorisés au personnel infirmier auxiliaire, prévention et traitement de plaie, etc.) b) Impliquer le comité	a) S'assurer que l'ensemble du personnel reçoit les informations comprend et les met en application (Conservation et la destruction des documents Norme 7 processus 13) + (politiques et procédures entourant la gestion du personnel Norme 5 processus 8) + (politique gestion des mécanismes	La DSI et le personnel clinique	Après chaque rédaction d'un nouveau document 1er juin 2015	<i>Taux de réponses adéquates sur l'intégration de chaque document (cible 90%)</i>	



CARTABLE DES DOCUMENTS STRATÉGIQUES DE LA DIRECTION

	4	Norme 10, Processus 20 Recommandation du CQA	d'amélioration continue pour l'aide à la diffusion, la compréhension, l'appropriation et l'application des politiques et procédures c) Faire adopter par le CA, le règlement concernant la désignation des actes qui peuvent être posés par les personnes habilitées et sur la détermination des conditions locales d) Le diffuser	reliés au bénévolat et stagiaires Norme 8 processus 16 et autres à venir) Assurer une définition claire des rôles.	La direction	<u>15 février 2015</u> <u>1er mars 2015</u>	<i>Le CHSLD répondra aux normes légales pour le : (Règlement sur les actes professionnels autres que médecins Art. 1.01 et 4.01 Règlements sur les actes visés art. 36 sur la loi des inf. Règlement sur les actes professionnels autres que sages femmes)</i>	
Norme 5 Processus 7	4	Norme 5, Processus 7 Recommandation du CQA	1.6 Diffuser la philosophie de gestion auprès de l'ensemble du personnel et s'assurer de son appropriation par l'ensemble du personnel	100% du personnel connaîtra les orientations en engagement	La Direction	<u>D'ici le 27 février</u>	Le personnel répondra à une question ouverte par écrit qui lui sera distribuée.	



Thème : Amélioration continue

Normes et processus	priorités	Objectifs d'amélioration (liens avec les processus, les dimensions qualité et indicateurs de mobilisation)	Stratégies de réalisation (moyens/activités utilisés)	Cibles visées (résultats attendus)	Direction imputable et responsable concerné par l'application)	Échéancier	Indicateurs de résultats	Suivi de la réalisation
		<i>(Pourquoi je le fais...)</i>	<i>(Comment je le fais...)</i>	<i>(qu'est ce que je vise à atteindre...)</i>	<i>(qui s'en occupe...)</i>	<i>(quand je le fais...)</i>	<i>(comment je vais le mesurer...)</i>	
3.1 Norme 2 Processus 2 + Norme 9 Processus 18	4	3.1 Garantir les meilleures pratiques en gestion de la qualité des soins et des services et en gestion des ressources humaines dans une optique d'amélioration continue Norme 9, Processus 18 Recommandation du CQA Norme 9, Processus 18 Recommandation du CQA	3.1 Équipe interdisciplinaire a) Mettre en place la procédure de rencontres interdisciplinaires. b) Former le personnel sur la procédure des rencontres interdisciplinaires et aviser les familles de la nouvelle procédure et de son implication. c)-Mettre en place le calendrier des rencontres incluant le tableau de révision des plans d'interventions. d) Évaluer la compréhension et l'application de la procédure par le personnel. e) Tenter des approches de partenariat avec des professionnels (physio, ergo, nutritionniste, etc.)	3.1 Assurer la satisfaction de l'ensemble des besoins de la clientèle en ce qui a trait aux soins et services. Que chaque résident ait un PII et PI Assurer une évaluation adéquate des besoins des résidents par des professionnels	La DSI	<u>31 mars 2015</u>	Taux de réussite de l'élaboration des PII et PI (Cible 100%)	Déjà débuter Printemps 2014 et poursuivi en octobre 2014



CARTABLE DES DOCUMENTS STRATÉGIQUES DE LA DIRECTION

Norme 4 Processus 5 et 6	1	Norme 4, Processus 5-6 Recommandation du CQA	3.2 Recherche et innovation a) Déterminer les orientations du CHSLD en matière de recherche et innovation, élaborer une politique à cet effet, la faire adopter par le conseil d'administration et la diffuser à l'ensemble du personnel	3.2 Devenir un CHSLD innovateur et dépassant les attentes telle est notre vision tout en nous assurant d'utiliser les meilleures pratiques pour y parvenir	3.2 Conseillère à la gestion et à la qualité	Novembre 2017	3.2 a) Lorsque les objectifs des différents plans d'amélioration des différentes instances seront atteints et intégrés dans les pratiques.
Norme 5 Processus 8	3	Norme 5, Processus 8 Recommandation du CQA	3.3 Dossier des employés a) Produire un tableau pour y insérer les congés, journées de maladies, reconnaissances, augmentation des salaires, etc. pour chacun des employés. (déjà fait à la suite des résultats des sondages). b) Pour toute demande de congé, vacances, journée de maladie prise, etc.; une note ou une copie sera laissée au dossier de l'employé afin d'appliquer et de respecter la politique de gestion des dossiers du personnel. c) Compléter, diffuser et mettre en application : - la politique de recrutement et de sélection du personnel, incluant la vérification de l'intégrité morale des	3.3 Gérer efficacement les dossiers des employés afin qu'ils soient complets et maintenus à jour Gestion efficace et efficiente des dossiers du personnel	3.3 Agente administrative et DSI La Direction	3.3 Finaliser pour septembre 2016 31 Mars 2015	3.3 La DSI vérifiera de façon aléatoire 5 dossiers d'employé avant les rencontres d'appréciation du personnel. (Cible: 100% des dossiers devront être complétés.)



CARTABLE DES DOCUMENTS STRATÉGIQUES DE LA DIRECTION

			employés. - 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					
Norme 5 Processus 7 + Norme 10 Processus 22 Sondage proches et résidents Indicateur: Relation avec le client Dimension: Confidentialité	3	Norme 10, Processus 22 Recommandation du CQA	3.4 a) Diffuser les politiques concernant la confidentialité et l'accès aux renseignements personnels à l'ensemble du personnel	3.4 a) b) Assurer le respect de la confidentialité tant au niveau des dossiers qu'au niveau des échanges d'informations par l'ensemble du personnel concernant les résidents.		<u>30 avril 2015</u>	3.4 a) Le taux de satisfaction à l'égard de la confidentialité devra se situer à 90% et plus dans les sondages du CQA et de satisfaction de ; a clientèle.	
	4	Norme 6, processus 11 Recommandation du CQA	b) Ne pas afficher de liste de la clientèle à la vue et inciter le personnel à utiliser l'endroit déterminé par la DSI dans le but de se réunir pour se transmettre le rapport inter-quart et discuter en toute confidentialité.	Connaissance des droits des résidents par tous	Le Comité des usagers	<u>15 février 2015</u> En continu chaque année	b) 7 jours sur 7, le rapport de soins inter-quart se donne au bureau de la DSI au lieu du poste infirmier à aire ouverte.	
	3	Norme 9, Processus 19 Recommandation du CQA	c) Promouvoir les droits des résidents, notamment le droit à la confidentialité et de sa participation aux prises de décision. d) Nommer un médecin examinateur pour répondre à la procédure	Assurer une procédure conforme	La Direction	Avril 2015	c) 2 activités promotionnelles par année seront faites d) Le CHSLD répondra à l'alinéa b,	



CARTABLE DES DOCUMENTS STRATÉGIQUES DE LA DIRECTION

	4	Norme 10, Processus 22 Recommandation du CQA	d'examen de plaintes et assurer la fonctionnalité du CMDP e) Établir les conditions et modalités suivant lesquelles les renseignements pourront être communiqués pour prévenir un acte de violence dont un suicide.	et légale. 3.4 e) Intervenir pour prévenir des actes de violence et contribuer à prévenir le suicide	La Direction	<u>15 février 2015</u>	art. 29, LSSS et l'alinéa h, art.42, LSSS e) Le CHSLD répondra aux normes de la légalité selon (art.19.01, LSSS)
	4	Norme 10, Processus 21 Recommandation du CQA	d) Établir une politique en lien avec le règlement sur les mesures de soutien à apporter à la personne accidentée et à sa famille, la faire adopter par le CA et la diffuser au personnel (art. 235.1, LSSS)	Obtenir une procédure claire sur les mesures de soutien pour l'ensemble du personnel.	La Direction	<u>27 février 2015</u>	
Norme 5 Processus 8 et 9 Sondage mobilisation: indicateur: Réalisation + Norme 9 Processus 18 Sondage des résidents et des proches	3 1	Norme 5, processus 9 Recommandation du CQA Faire adopter par le CA un règlement concernant l'organisation de l'enseignement Norme 8, Processus 16 Recommandation du CQA	3.5 a) Prioriser les formations dans le plan de formation (spécifier dans la politique) en tenant compte des besoins du personnel et préciser les modalités qui garantissent le transfert des acquis dans les pratiques. b) Chaque année faire un bilan des formations données en rapport avec le plan de formation triennal rédigé et le diffuser au personnel. c) Instaurer des mécanismes d'évaluation de l'application des connaissances acquises par les formations.	3.5 Consolider le processus de formation des RH	3.5 Conseillère à la gestion et à la qualité	3.5 <u>31 mars 2015</u>	3.5 a) b) c) Lors des prochains sondages du CQA, les énoncés se rapportant à ce processus démontreront une amélioration de 10% et une amélioration de 20% du taux de satisfaction de la clientèle au sondage maison sur la qualité des soins prodigués. Hausse de la mobilisation du personnel



CARTABLE DES DOCUMENTS STRATÉGIQUES DE LA DIRECTION

<p>Dimension responsabilisation et apaisement de l'indicateur « prestation professionnelle » et dimension continuité de l'indicateur « Organisation de soins</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>Norme 10 Processus 21</p>	2	<p>Norme 10, Processus 21 Recommandation du CQA</p>	<p>d) Donner une formation à l'ensemble du personnel clinique sur l'approche aux personnes âgées ayant des troubles cognitifs.</p> <p>e) Mise à niveau du PDSB et du RCR pour l'ensemble du personnel clinique</p>	<p>Assurer une approche adéquate auprès de la clientèle présentant de la démence</p> <p>Maintenir à jour les compétences pour garantir des interventions sécuritaires auprès de la clientèle</p>	<p>La DSI</p> <p>La DSI</p>	<p><u>Faire un rapport d'étape 1er juin 2015</u></p>	<p>d) Le personnel démontrera une plus grande facilité lors des interventions auprès des personnes atteintes de déficits cognitifs</p> <p>e) Des cours auront été donnés à des groupes (25% du personnel)</p>	
<p>Norme 10 Processus 21</p>	3	<p>3.6.1 Renforcer la culture de sécurité pour les résidents et le personnel.</p> <p>Norme 10, processus 21 Recommandation du CQA</p>	<p>3.6.1</p> <p>a) Implantation de rencontres annuelles des membres du comité de la gestion des risques et définir le rôle de chacun.</p> <p>b) Recenser, avec l'aide des membres du comité, les facteurs de risques et les situations potentiellement à risque pour la clientèle et le personnel</p> <p>c) Mettre en place des mesures de sécurité et évaluer l'efficacité des stratégies utilisées en analysant les statistiques.</p>	<p>3.6.1</p> <p>Assurer un fonctionnement adéquat de la gestion des risques</p>	<p>3.6.1</p> <p>Chef de la maintenance et DSI</p> <p>Le Comité gestion des risques</p>	<p>Début février 2015</p> <p><u>Faire un rapport d'étapes 1er juin 2015</u></p>	<p>3.6.1 Comparer les résultats d'analyse des statistiques pour y observer:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Une diminution de 10% chaque année de la gravité des accidents; * L'observation d'une non récurrence des incidents/accidents * une diminution de 5% de l'ensemble des incidents et accidents. 	



CARTABLE DES DOCUMENTS STRATÉGIQUES DE LA DIRECTION

							↑ du sentiment de sécurité	
	4	3.6.2 Assurer un fonctionnement adéquat de la gestion des risques Norme 10, processus 21 Recommandation du CQA	3.6.2 a) Assurer l'appropriation du plan d'urgence par le personnel la procédure et les codes de couleur) b) Mettre à la vue le plan d'urgence pour lecture du personnel. c) Faire des exercices d'évacuation d'urgence de façon régulière chaque année (établir un calendrier annuel) d) Faire connaître la procédure du plan d'urgence à chaque nouvel employé (l'inscrire dans l'aide-mémoire d'accueil)	3.6.2 Gérer efficacement les situations d'urgence Assurer la connaissance des codes de couleur par l'ensemble du personnel	3.6.2 Chef de maintenance	<u>27 février 2015</u>	3.6.2 La direction constatera une rapidité d'exécution et une meilleure efficacité lors des exercices d'évacuation d'urgence via un document d'évaluation de performance.	
	3	Norme 5, processus 8 Recommandation du CQA	e) Compléter et mettre en application le protocole à appliquer lors d'exposition au sang et aux liquides biologiques et le diffuser au personnel.	Prévenir les maladies transmissibles par le sang et les liquides biologiques et protéger le personnel.	La DSI	<u>31 mars 2015</u>	↑ Nombre d'incidents rapportés et questionnement du personnel à ce sujet.	
Norme 6, Processus 11		3.7 Assurer un environnement sécuritaire à toute personne	3.7 S'assurer que l'ensemble des recommandations suite à	3.7	La Direction	<u>15 février 2015</u>	3.7 Feuille à cocher laissé au chef de	



CARTABLE DES DOCUMENTS STRATÉGIQUES DE LA DIRECTION

	4	circulant au CHSLD Recommandation du CQA	l'inspection du CQA du 26 novembre dernier concernant la sécurité de l'environnement soit effectuées par le chef de maintenance (T ⁰ de l'eau, cordes des stores, verrouillage des produits dangereux, local maintenance, buanderie, salle de bain commune, sécuriser fenêtre, plan d'évacuation, chariot d'urgence, trousse de premiers soins, etc.)				maintenance. Vérification hebdomadaire du travail exécuté. Grille de suivi mensuel d'entretien préventif remplie.	
	2	3.8 Assurer la sécurité dans la préparation et la conservation des aliments	3.8 Dispenser des formations sur la préparation et la conservation des aliments à l'ensemble personnel de la cuisine	3.8 Un personnel compétent sachant répondre aux normes de qualité	3.8 Chef du service alimentaire	<u>Faire un rapport d'étape le 1^{er} juin 2015</u>	Le personnel démontrera une attitude critique sur leur façon de faire et fera des demandes d'amélioration	