
Rapport du comité de validation
CHSLD Château sur le Lac

18 décembre 2014

La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion du présent document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable du Conseil québécois d'agrément.

Note : Le masculin est utilisé pour alléger la présentation et désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Table des matières

INTRODUCTION	2
Le Conseil québécois d'agrément	2
Le modèle d'agrément du CQA.....	3
SECTION 1	4
Les résultats et la décision d'agrément	4
Mise en contexte	5
Synthèse des principales forces et des principaux défis.....	6
Résultats obtenus sur les trois règles de certification	7
Résultats obtenus pour la mobilisation de son personnel.....	10
Résultats de l'évaluation des normes et des processus organisationnels.....	13
Résultat pour la capacité d'amélioration.....	14
La décision d'agrément.....	15
SECTION 2	16
Évaluation détaillée de l'équipe visiteuse	16
NORME I : UNE VISION, DES VALEURS ET UN ENGAGEMENT QUALITÉ.....	18
NORME II : UNE OFFRE CONCERTÉE DE SERVICE.....	19
NORME III : UNE INTERACTION CONTINUE AVEC LE MILIEU	21
NORME IV : DES STRATÉGIES D'INNOVATION ET DE DÉVELOPPEMENT.....	22
NORME V : LA MOBILISATION ET LA VALORISATION DES RESSOURCES HUMAINES	24
NORME VI : UNE GESTION EFFICIENTE DES RESSOURCES FINANCIÈRES, MATÉRIELLES ET INFORMATIONNELLES ..	27
NORME VII : LE PLAN DE COMMUNICATION	30
NORME VIII : LA GESTION DU PERSONNEL ET DES RESSOURCES ASSOCIÉES	32
NORME IX : LA QUALITÉ DANS L'ORGANISATION DES PRESTATIONS DE SERVICE	35
NORME X : LA SÉCURITÉ DES INTERVENTIONS	39
Évaluation de la capacité d'amélioration	45
SECTION 3	47
Les recommandations du CQA	47
Suivi apporté par l'équipe visiteuse aux recommandations du 5 décembre 2011.....	49
Recommandations du comité de validation du CQA, le 18 décembre 2014.....	55
ANNEXES.....	56
Définition des normes d'excellence.....	60
Définition des processus organisationnels	61
Définition de la capacité d'amélioration.....	62
Définition des indicateurs de la satisfaction de la clientèle et des dimensions de la qualité.....	63
Définition des indicateurs de la mobilisation du personnel	65
Lexique.....	66

Introduction

Le Conseil québécois d'agrément

Le Conseil québécois d'agrément (CQA), organisme d'agrément reconnu par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et ses normes sont agréées par *International Society for Quality in Health Care* (ISQua), vous invite à prendre connaissance du rapport d'agrément du *CHSLD Château sur le Lac*.

L'agrément est une démarche d'amélioration continue de la qualité des services. Les organisations du réseau de la santé et des services sociaux doivent veiller à maintenir cette certification. Comme il se doit, le *CHSLD Château sur le Lac* a réalisé, au cours des derniers mois, une démarche visant à identifier ses forces et les points d'amélioration en lien avec les hauts standards de qualité exigés par le CQA soit :

- la réussite d'un sondage sur la satisfaction de l'expérience client;
- la réussite d'un sondage portant sur la mobilisation du personnel;
- la maîtrise des normes de qualité édictées par le CQA;
- la maîtrise de la capacité d'amélioration de l'organisation.

Le CQA a mis à la disposition du *CHSLD Château sur le Lac* des guides et des outils afin de lui permettre de réaliser une analyse rigoureuse et exhaustive de son fonctionnement et de la qualité de ses services.

La clientèle, le personnel, des partenaires et le conseil d'administration ont participé à cette analyse qui s'est traduite dans l'élaboration d'un plan d'amélioration de la qualité des services.

Le dossier, constitué par le *CHSLD Château sur le Lac*, a été évalué par une équipe d'évaluateurs du CQA. Pour en valider le contenu et en préciser certaines composantes, les évaluateurs du CQA ont tout d'abord effectué une étude attentive du dossier puis ont réalisé une visite de plusieurs jours dans l'organisation. C'est à l'issue de cette visite que les évaluateurs ont remis un rapport qui a permis au CQA de prendre une décision et de formuler des recommandations à l'organisation.

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.

Vous trouvez ci-après le modèle d'agrément du CQA.

Le modèle d'agrément du CQA

Résultats

⇒ Satisfaction de l'expérience client

- Clientèle externe, interne (échantillonnage, répondant désigné)
- 12 dimensions clientèle regroupées sous 3 indicateurs (relation avec le client/Prestation professionnelle/Organisation des services)

Standard requis : résultat satisfaisant dans les limites ou supérieur au comparatif pour 2 indicateurs sur 3

⇒ Mobilisation du personnel

- Tout le personnel
- 6 indicateurs (Réalisation, Implication, Collaboration, Soutien, Communication, Leadership)

Standard requis : résultat satisfaisant dans les limites ou supérieur au comparatif pour 4 indicateurs sur 6

Organisation

⇒ **10 Normes**

- 3 secteurs de normes (Stratégiques, Structurelles, Professionnelles)
- 4 qualités normatives (documentation, actualisation, adéquation, légalité)
- Norme conforme si 3 qualités normatives sur 4 jugées conformes ou très conformes

⇒ **Processus organisationnels**

- Rattachés aux normes
- Sous la responsabilité d'un gestionnaire (écriture et évaluation) pour les 4 qualités normatives
- Évalués par les équipes d'évaluation pour 2 qualités normatives (actualisation et adéquation)

Standard requis : 7 normes sur 10 conformes ou tout à fait conformes dont obligatoirement les 3 normes professionnelles et 4 normes réparties dans le secteur stratégique et dans le secteur structurel.

Amélioration continue

⇒ **Plan d'amélioration**

⇒ **6 qualités normatives**

- Disponibilité de l'information
- Pertinence de l'analyse
- Pertinence du plan d'amélioration
- Réalisme du plan d'amélioration
- Capacité d'adaptation
- Capacité de mise en œuvre

Standard requis : 6 qualités normatives maîtrisées ou très bien maîtrisées

SECTION 1

**Les résultats et la décision d'agrément du
*CHSLD Château sur le Lac***

Mise en contexte

Le *CHSLD Château sur le Lac* a entrepris sa deuxième démarche d'agrément à l'hiver 2014. Une équipe d'évaluation a été constituée en fonction des différentes catégories d'emploi de l'organisation pour garantir la représentativité de l'ensemble de ses employés. Cette équipe avec les gestionnaires responsables des processus ont évalué les 22 processus organisationnels.

La visite au *CHSLD Château sur le Lac* s'est déroulée du 26 au 28 novembre 2014. L'équipe visiteuse a rencontré le directeur général, le comité d'agrément, le comité de gestion des risques et le gestionnaire des risques, le comité de vigilance et de la qualité des services, le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, les représentants du comité des usagers et des résidents, la directrice des soins infirmiers, l'équipe d'évaluation et le comité de gestion.

Une visite d'observation du milieu a été effectuée par le CQA pendant la visite d'agrément afin de s'assurer de la sécurité et de la salubrité des lieux et des installations.

Synthèse des principales forces et des principaux défis

Les principales forces sur lesquelles le *CHSLD Château sur le Lac* peut compter pour poursuivre sa démarche d'amélioration continue de la qualité ainsi que les principaux défis auxquels il devra prêter une attention particulière sont les suivants.

Les principales forces

- Une équipe d'intervenants courtois et soucieux de répondre adéquatement aux besoins des résidents.
- Une stabilité du personnel, rassurante pour les résidents et leurs familles.
- Les améliorations physiques apportées dans le milieu concernant les équipements et les locaux.
- La présence d'une équipe régulière de consultation médicale assurant une continuité des soins de santé auprès des résidents.
- Une prise en charge active du milieu, par la nouvelle équipe de direction, suite à des changements organisationnels.

Les principaux défis

- Maîtriser la gestion des risques auprès des résidents, des familles et des intervenants.
- Planifier, prioriser, actualiser les changements organisationnels et mesurer l'atteinte des résultats.
- Rehausser la compétence clinique des intervenants, notamment par la formation du personnel et la supervision clinique du personnel.
- Renforcer l'application des protocoles cliniques, notamment la double identification des résidents, les plans d'intervention interdisciplinaires et les examens cliniques des résidents (plaies de pression, chutes...).
- S'assurer de la promotion et du respect des droits des résidents auprès des intervenants et des familles, notamment la confidentialité, l'information et la participation aux décisions.

Résultats obtenus sur les trois règles de certification

9 entrevues en face à face avec les résidents et 11 par téléphone auprès des proches ont été réalisées afin de connaître le degré de satisfaction de la clientèle. Les résultats des trois indicateurs (*prestation professionnelle, organisation des services et relation avec le client*¹) se situent à l'intérieur des limites du comparatif.

Degré de satisfaction de la clientèle de <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

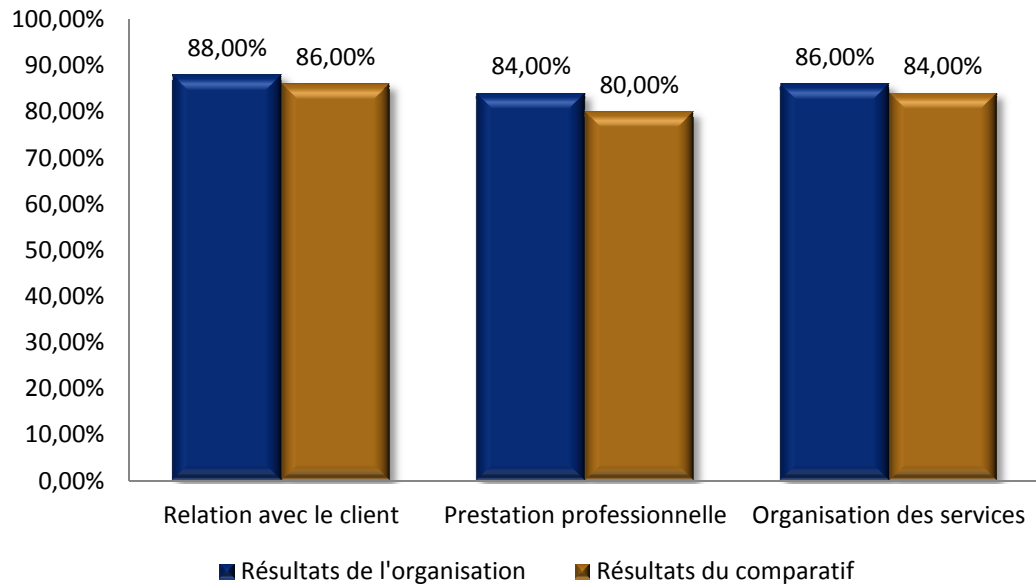
Cote 1 : Résultat insatisfaisant au regard des standards requis
La limite supérieure du résultat de l'établissement se situe en dessous de la limite inférieure du comparatif

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.

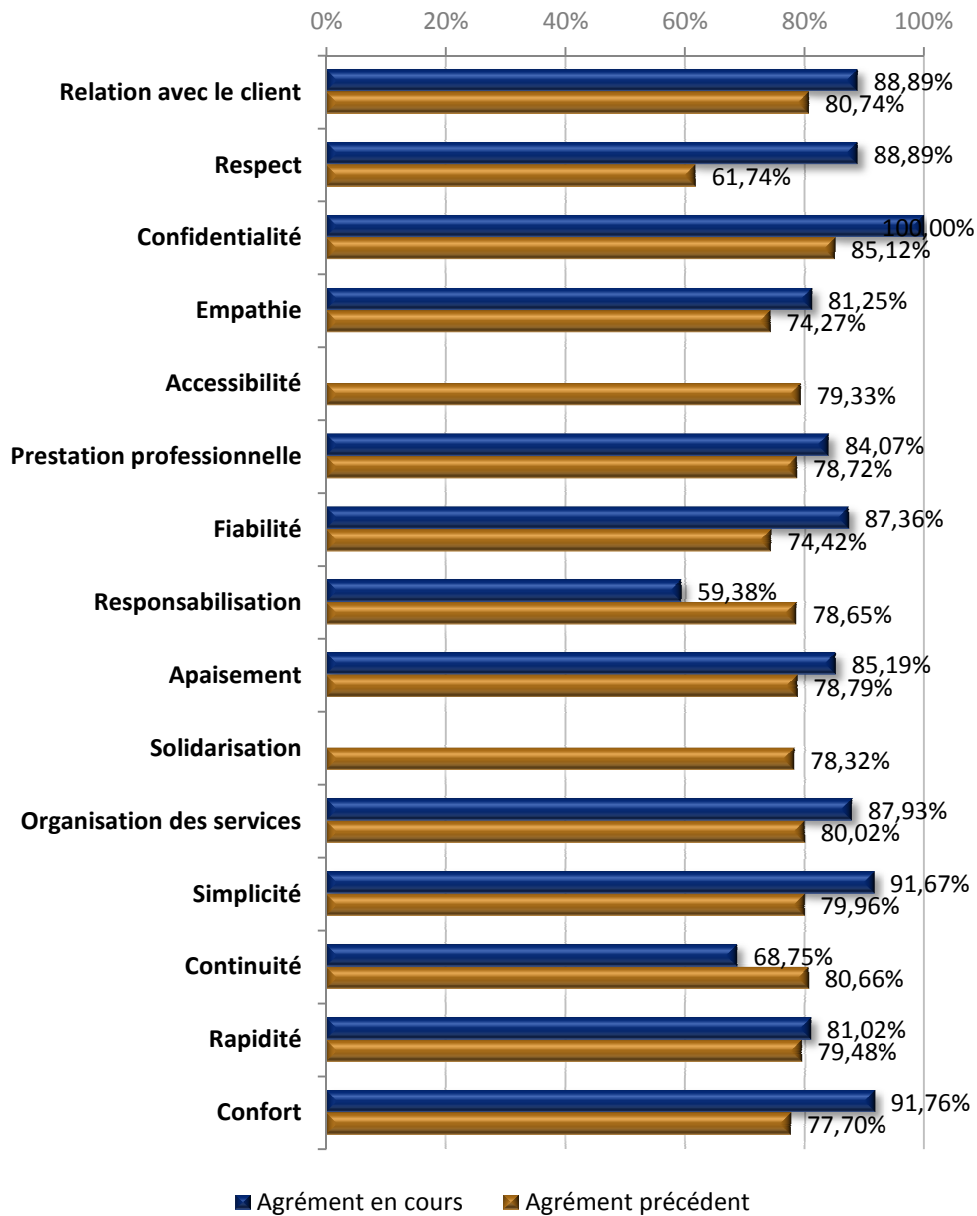
Cote 3 : Résultat très satisfaisant au regard des standards requis
La limite inférieure du résultat de l'établissement se situe au-dessus de la limite supérieure du comparatif.

¹ Définitions en annexe

Résultats obtenus aux indicateurs de satisfaction de la clientèle avec ceux du comparatif



Résultats obtenus aux dimensions qualité de satisfaction de la clientèle avec 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 de *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**).

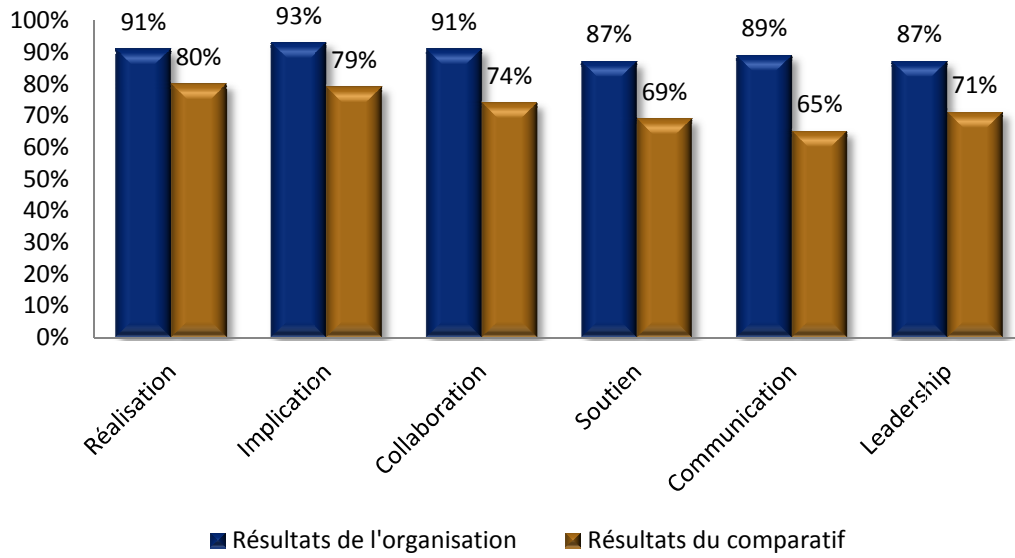
Degré de mobilisation du personnel du <i>CHSLD Château sur le Lac</i>		
Indicateurs mesurant le degré de mobilisation du personnel	Résultat %	Cote
Réalisation	91	3
Implication	93	3
Collaboration	91	3
Soutien	87	3
Communication	89	3
Leadership	87	2

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

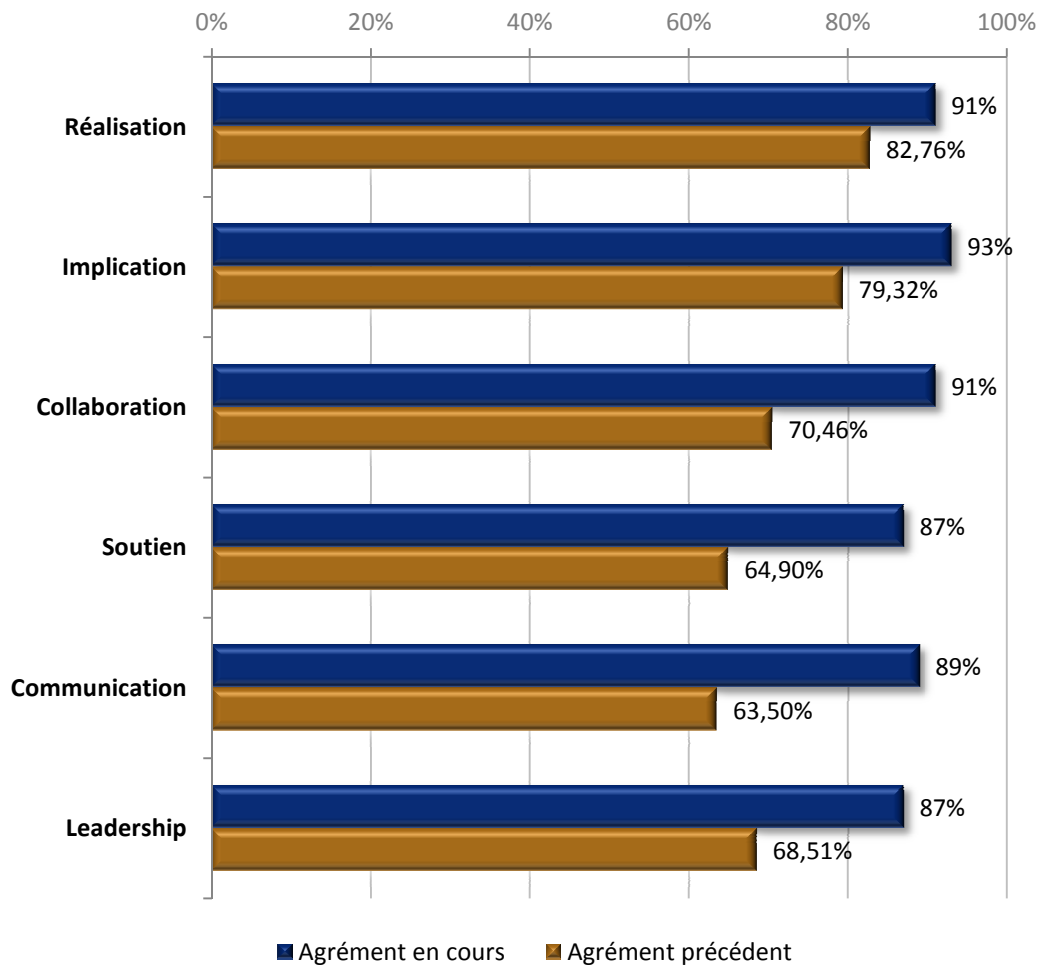
Cote 2 : Résultat satisfaisant au regard des standards requis
La limite inférieure ou supérieure du résultat de l'établissement se situe à l'intérieur des limites du comparatif ou les limites du comparatif se situent entre la limite inférieure et supérieure du résultat de l'établissement.

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 avec 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		NM	
		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	NC		
		Processus 20 : Gérer l'utilisation des protocoles et des guides d'intervention clinique		NM	
	Processus 21 : Assurer une gestion sécuritaire des lieux, des prestations de service et des situations à risque pour la clientèle et le personnel		NM		
	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 cinq 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	Maîtrisé
Pertinence de l'analyse	Maîtrisé
Pertinence du plan d'amélioration	Maîtrisé
Réalisme du plan d'amélioration	Maîtrisé
Capacité d'adaptation	Maîtrisé
Capacité de mise en œuvre	Non Maîtrisé

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* ne répond pas aux standards requis puisqu'il ne se conforme pas de manière satisfaisante à la norme professionnelle sur la « **sécurité des interventions** ».

Amélioration continue :

CONSIDÉRANT que le *CHSLD Château sur le Lac* ne démontre pas une capacité d'amélioration continue car il ne répond pas de manière satisfaisante à la qualité normative sur « **la capacité de mise en œuvre** ».

***Le CHSLD Château sur le Lac ne se conformant pas à deux règles de certification,
le conseil québécois d'agrément ne peut lui octroyer un agrément***

En conséquence :

Une nouvelle visite d'agrément programmée en juin 2015 aura pour objet de valider la mise en conformité de :

- La norme X incluant les processus 20 (*gérer les protocoles cliniques*) et 21 (*Assurer une gestion sécuritaire des lieux, des prestations de service et des situations à risque pour la clientèle et le personnel*)
- La capacité d'amélioration (*capacité de mise en œuvre*)

SECTION 2

Évaluation détaillée de l'équipe visiteuse

L'évaluation détaillée qui suit présente, pour chaque norme, processus, et pour les 6 qualités normatives, les principaux éléments sur lesquels reposent les écarts entre l'évaluation effectuée par l'organisation et celle effectuée par l'équipe visiteuse.

Les évaluateurs du CQA ont réalisé les observations et les analyses qui ont permis de confirmer ou d'infirmer l'autoévaluation du *CHSLD Château sur le Lac* sur les processus organisationnels.

**Évaluation de la conformité aux 10
normes d'excellence
pour le
*CHSLD Château sur le Lac***

NORME I : UNE VISION, DES VALEURS ET UN ENGAGEMENT QUALITÉ

Intitulé de la norme I	Résultat de l'évaluation (NC, C, TFC)
Les valeurs, la vision et l'engagement qualité ¹ de l'organisation et de son conseil d'administration sont déterminés. Ils sont (re)connus et partagés par la clientèle, par le personnel et par les partenaires	CONFORME

Processus organisationnel 1	Résultat (NM, M, TBM)
Déterminer les valeurs, la vision et l'engagement qualité de l'organisation et les partager avec la clientèle, le personnel et les partenaires	MAÎTRISÉ

Qualité normative	Cote	Confirmée	Rehaussée	Diminuée
Documentation	3	X		
Actualisation	2			X
Adéquation	2			X
Légalité	3	X		

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

Les valeurs du *CHSLD Château sur le Lac* sont formalisées et l'engagement qualité, quoique peu développé, est également disponible. Lors des rencontres avec les intervenants, l'équipe visiteuse a constaté que les valeurs et l'engagement qualité sont peu connus et inégalement actualisés dans le milieu. L'établissement dispose de peu de mécanismes de suivi permettant de valider l'appropriation des valeurs auprès des intervenants.

Recommandations du CQA pour ce processus	Contraignante	
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. 	Oui	Non
	X	
	Date d'échéance :	
	27 février	

NORME II : UNE OFFRE CONCERTÉE DE SERVICE

Intitulé de la norme II	Résultat de l'évaluation (NC, C, TFC)
L'offre de service et les programmes de l'organisation sont déterminés en fonction des besoins actuels et futurs des populations et des clientèles desservies, et sont mis en œuvre dans le cadre des orientations ministérielles.	CONFORME

Processus organisationnel 2	Résultat (NM, M, TBM)
Déterminer et configurer les programmes et les services à offrir en fonction des besoins de la clientèle	MAÎTRISÉ

Qualité normative	Cote	Confirmée	Rehaussée	Diminuée
Documentation	3	X		
Actualisation	2			X
Adéquation	3	X		
Légalité	2			X

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

Le CHSLD Château sur le Lac présente son offre de service dans le guide d'accueil de l'utilisateur. L'équipe visiteuse a constaté la présence régulière d'une équipe de consultation médicale assurant une continuité des soins de santé auprès des résidents. Toutefois, elle a également constaté le peu d'activités occupationnelles, récréatives et sociales offertes aux résidents. Les résultats aux sondages de satisfaction des résidents et des proches le mentionnent. La programmation devrait être enrichie, diversifiée et mieux adaptée à la clientèle en perte d'autonomie et à celle présentant des troubles cognitifs. L'équipe visiteuse a noté l'embauche récente, à temps complet, d'une récréologue certifiée ayant le mandat de développer un calendrier d'activités adaptées aux besoins des résidents.

En lien avec la légalité, le plan d'organisation du CHSLD Château sur le Lac n'est pas disponible, et ce constat faisait déjà l'objet d'une recommandation lors du précédent agrément.

Recommandations du CQA pour ce processus	Contraignante	
<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. 	Oui	Non
		X
	Date d'échéance :	

En lien avec la recommandation du précédent agrément : - 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>).	Oui	Non
	X	
	Date d'échéance :	
	31 mars 2015	

Processus organisationnel 3	Résultat (NM, M, TBM)
Évaluer la satisfaction de la clientèle	TRÈS BIEN MAÎTRISÉ

Qualité normative	Cote	Confirmée	Rehaussée	Diminuée
Documentation	3	X		
Actualisation	3	X		
Adéquation	3	X		
Légalité	3	X		

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

Le CHSLD Château sur le Lac a élaboré et implanté des formulaires de cueillette d'évaluation de la satisfaction de la clientèle. Le système élaboré est actualisé régulièrement. Les résultats sont connus et diffusés et les ajustements requis sont apportés. Des boîtes à suggestion sont également disponibles.

NORME III : UNE INTERACTION CONTINUE AVEC LE MILIEU

Intitulé de la norme III	Résultat de l'évaluation (NC, C, TFC)
L'organisation agit en complémentarité avec le réseau de partenaires dans lequel il s'inscrit, en vue de garantir l'accessibilité, la continuité et la qualité des services offerts à la population.	CONFORME

Processus organisationnel 4	Résultat (NM, M, TBM)
Collaborer avec les partenaires	MAÎTRISÉ

Qualité normative	Cote	Confirmée	Rehaussée	Diminuée
Documentation	2			X
Actualisation	3	X		
Adéquation	3	X		
Légalité	3	X		

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

Le CHSLD Château sur le Lac n'a pas développé d'ententes formalisées avec des partenaires sectoriels. Les liens de collaboration sont connus du personnel mais ils sont informels, autant avec le Centre de réadaptation Constance-Lethbridge (réadaptation physique), qu'avec le Centre de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'île (CLSC de Pierrefonds et Hôpital général de Lakeshore). Des ententes formalisées permettraient d'assurer une meilleure continuité de services auprès de la clientèle et d'enrichir l'offre de service. L'équipe visiteuse est informée que des démarches sont actuellement en cours auprès du CSSS de l'Ouest-de-l'île afin d'identifier des mécanismes de référence et de suivi compte tenu des particularités et de la vulnérabilité de la clientèle, ainsi que les personnes responsables.

Recommandations du CQA pour ce processus	Contraignante	
<ul style="list-style-type: none"> poursuivre les rapprochements avec le Centre de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'île et formaliser une entente de collaboration et de continuité de services. 	Oui	Non
		X
	Date d'échéance :	

NORME IV : DES STRATÉGIES D'INNOVATION ET DE DÉVELOPPEMENT

Intitulé de la norme IV	Résultat de l'évaluation (NC, C, TFC)
L'organisation élabore des stratégies innovatrices dans le développement de ses pratiques et dans le partage de son expertise.	CONFORME

Processus organisationnel 5	Résultat (NM, M, TBM)
Soutenir les activités de recherche ²	SO

Qualité normative	Cote	Confirmée	Rehaussée	Diminuée
Documentation	-			
Actualisation	-			
Adéquation	-			
Légalité	-			

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

Ce processus n'a pas été évalué par Le **CHSLD Château sur le Lac**. Malgré l'ouverture démontrée, il n'y a pas de projets actuellement en cours et aucune instance de recherche n'a sollicité sa collaboration. Si des projets de recherche se manifestaient, l'établissement mentionne qu'il prendrait les moyens adéquats pour s'assurer que la recherche s'inscrive dans le cadre de la mission de l'établissement et pour s'assurer du respect des droits des résidents.

L'équipe visiteuse a noté qu'un objectif concernant les activités de recherche est présent au plan d'amélioration mais aucune orientation n'est actuellement formalisée pour préciser la position du CHSLD à l'égard de la participation éventuelle de sa clientèle à des projets de recherche.

Recommandations du CQA pour ce processus	Contraignante	
	Oui	Non
<ul style="list-style-type: none"> définir les orientations en matière de recherche et les faire adopter par le conseil d'administration. 		X
	Date d'échéance :	

Processus organisationnel 6	Résultats (NM, M, TBM)
Innovier de façon continue dans les pratiques	MAÎTRISÉ

Qualité normative	Cote	Confirmée	Rehaussée	Diminuée
Documentation	2	X		
Actualisation	2	X		
Adéquation	2			X
Légalité	S/O			

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

Le *CHSLD Château sur le Lac* ne dispose pas d'orientations concernant l'innovation. Plusieurs politiques et procédures ont été révisées et elles sont encore peu connues de l'ensemble du personnel. Les nouvelles pratiques de soins sont en tout début d'implantation. Les suivis exercés pour mesurer l'impact des changements des pratiques sont informels.

Recommandations du CQA pour ce processus	Contraignante	
	Oui	Non
<ul style="list-style-type: none"> ▪ définir et formaliser les orientations concernant l'innovation pour l'organisation; ▪ se doter de stratégies de diffusion pour l'ensemble du personnel 		X
	Date d'échéance :	

NORME V : LA MOBILISATION ET LA VALORISATION DES RESSOURCES HUMAINES

Intitulé de la norme V	Résultat de l'évaluation (NC, C, TFC)
Le personnel est mobilisé, formé, soutenu et valorisé de manière à contribuer activement, par ses compétences, à la qualité du service rendu à la clientèle.	CONFORME

Processus organisationnel 7	Résultat (NM, M, TBM)
Définir sa philosophie de gestion pour assurer le développement et la mobilisation des ressources humaines	MAÎTRISÉ

Qualité normative	Cote	Confirmée	Rehaussée	Diminuée
Documentation	3	X		
Actualisation	2	X		
Adéquation	2			X
Légalité	3	X		

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

La philosophie de gestion des ressources humaines est formalisée. Les valeurs et les comportements attendus sont actuellement en diffusion auprès de l'ensemble du personnel et ont fait l'objet d'un document qui est remis lors de l'accueil du nouveau personnel. Des activités de reconnaissance ont été récemment proposées au personnel et le *CHSLD Château sur le Lac* est en attente des commentaires. L'équipe de direction implante actuellement un style de gestion davantage participatif et favorisant la communication bidirectionnelle, ce qui est apprécié des employés. Toutefois, les mécanismes pour animer la philosophie de gestion des ressources humaines sont encore insuffisants pour en garantir l'appropriation par le personnel.

Recommandations du CQA pour ce processus	Contraignante	
En lien avec la recommandation du précédent agrément : <ul style="list-style-type: none"> ▪ diffuser la philosophie de gestion auprès de l'ensemble du personnel et s'assurer de son appropriation par l'ensemble du personnel. 	Oui	Non
	X	
	Date d'échéance :	
	27 février 2015	

Processus organisationnel 8		Résultat (NM, M, TBM)		
Gérer et valoriser les ressources humaines		MAÎTRISÉ		
Qualité normative	Cote	Confirmée	Rehaussée	Diminuée
Documentation	2			X
Actualisation	2			X
Adéquation	3	X		
Légalité	3		X	

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

L'équipe visiteuse a été en mesure de constater les efforts déployés par le *CHSLD Château sur le Lac* au cours des derniers mois pour produire les documents concernant les activités de gestion des ressources humaines, les diffuser au personnel et en débiter l'implantation. Ces politiques et procédures sont adéquates, pertinentes et adaptées à la taille de l'établissement. Cependant, certaines politiques restent à développer, notamment celles concernant le recrutement et la sélection des ressources humaines incluant la vérification de l'intégrité morale des employés, les suivis de probation du nouveau personnel, le protocole à appliquer lors d'exposition au sang et aux liquides biologiques et les mesures de soutien offertes aux employés ayant des difficultés professionnelles ou personnelles.

Concernant les exigences réglementaires, l'équipe visiteuse reconnaît le travail de l'établissement pour le développement des ressources humaines et lui mentionne que *l'alinéa e)* relatif au développement d'un plan triennal de développement des ressources humaines ne s'applique pas aux établissements privés non conventionnés.

Recommandations du CQA pour ce processus	Contraignante	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compléter et mettre en application le protocole et la politique suivants : <ul style="list-style-type: none"> - le protocole à appliquer lors d'exposition 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) 	Oui	Non
	X	
	Date d'échéance : 31 mars 2015	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Élaborer et mettre en application les politiques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - 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. 	Oui	Non
		X
	Date d'échéance :	

Processus organisationnel 9	Résultat (NM, M, TBM)
Développer les connaissances et les compétences du personnel	MAÎTRISÉ

Qualité normative	Cote	Confirmée	Rehaussée	Diminuée
Documentation	2	X		
Actualisation	2			X
Adéquation	2			X
Légalité	3	X		

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

Le *CHSLD Château sur le Lac* dispose d'une politique de formation récemment développée, mais les critères de priorisation des besoins et les modalités qui garantissent le transfert des acquis dans la pratique professionnelle ne sont pas précisés, tel que cela était recommandé lors du dernier agrément. Un plan triennal de formation est disponible. Comme mentionné lors des rencontres, le *CHSLD Château sur le Lac* a commencé, au cours des derniers mois, à investir dans la mise à jour de la formation des intervenants, notamment en réanimation cardiorespiratoire (RCR) et aux principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB) et dans un cours de francisation.

L'application de mécanismes permettant le suivi des formations, l'appropriation et le transfert des acquis dans les pratiques professionnelles n'est pas systématique.

Concernant les exigences réglementaires, l'équipe visiteuse reconnaît le travail de l'établissement pour le développement des compétences du personnel et le développement d'un plan triennal de formation demandé au dernier agrément. Elle mentionne toutefois que *l'alinéa b)* relatif au développement d'un plan triennal de développement des ressources humaines ne s'applique pas aux établissements privés non conventionnés.

Recommandations du CQA pour ce processus	Contraignante	
En lien avec la recommandation du précédent agrément : <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. 	Oui	Non
	X	
	Date d'échéance :	
	31 Mars 2015	

NORME VI : UNE GESTION EFFICIENTE DES RESSOURCES FINANCIÈRES, MATÉRIELLES ET INFORMATIONNELLES

Intitulé de la norme VI	Résultat de l'évaluation (NC, C, TFC)
La gestion des ressources financières, matérielles et informationnelles est pertinente et efficiente, au regard des besoins de la clientèle et des orientations stratégiques de l'organisation	CONFORME

Processus organisationnel 10	Résultat (NM, M, TBM)
Gérer les ressources financières	TRÈS BIEN MAÎTRISÉ

Qualité normative	Cote	Confirmée	Rehaussée	Diminuée
Documentation	3		X	
Actualisation	3	X		
Adéquation	3	X		
Légalité	3	X		

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

Suite à des changements organisationnels importants dans le *CHSLD Château sur le Lac*, l'équipe visiteuse a constaté une prise en charge active du milieu, par la nouvelle équipe de direction en poste depuis douze (12) mois. Le processus de budgétisation et les moyens mis en œuvre pour s'assurer des suivis budgétaires sont pertinents.

L'équipe visiteuse a noté l'engagement et l'implication du propriétaire à réaliser une démarche d'amélioration continue de la qualité des services et l'intérêt démontré par l'actualisation de suivis concrets, notamment, des investissements additionnels pour l'achat d'équipements spécialisés et les rénovations des locaux améliorant la qualité de vie des résidents.

Un rapport annuel de gestion est accessible et permet de constater la baisse de clientèle au cours de la dernière année, suite à la fin des ententes régionales avec l'*Agence de la santé et des services sociaux de Montréal*. L'équipe visiteuse reconnaît les efforts actuels déployés par la direction de l'établissement afin de recruter de la clientèle additionnelle, pour des services privés en CHSLD, et d'atteindre un seuil de rentabilité financière ce qui permettrait de poursuivre les investissements d'amélioration et de mise à niveau du milieu.

L'équipe visiteuse mentionne que les *alinéas (b) et (c)* des exigences réglementaires sont sans objet compte tenu que l'établissement est un établissement privé non conventionné, non agréé aux fins de subventions de l'agence régionale et ne recevant aucune prestation de la sécurité du revenu du ministre.

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

Qualité normative	Cote	Confirmée	Rehaussée	Diminuée
Documentation	2	X		
Actualisation	2			X
Adéquation	2			X
Légalité	3	X		

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

La politique de sécurité des actifs informationnels est manquante. Toutefois, le *CHSLD Château sur le Lac* ne dispose que de deux (2) appareils informatiques et aucune des données clientèle ou du personnel n'est informatisée.

L'équipe visiteuse a été à même de constater des bris de confidentialité concernant l'accès aux listes de clientèle au poste infirmier du 2^e étage, accessible à tous.

Le *CHSLD Château sur le Lac* ne dispose pas d'un plan d'entretien préventif des équipements, d'un plan de conservation et de fonctionnalité immobilière, ni d'un plan global de signalisation. Des accès sont non sécurisés, notamment le local d'utilité souillé du 2^e étage, le local de bain thérapeutique au 3^e étage, les panneaux électriques de la salle à manger des résidents. Certains dispositifs d'appel à l'aide sont défectueux. Des prises électriques sont non sécurisées au salon de coiffure. La majorité des fenêtres ne sont pas sécurisées ou le sont inadéquatement. La température de l'eau n'est pas conforme pour un bain situé dans une chambre et elle n'est pas sécuritaire dans le salon de coiffure. Les codes de mobilité sont visibles pour chacune des chambres des résidents; cependant, celles-ci ne sont pas toujours identifiées correctement.

Finalement, le cuisinier et les employés de la cuisine n'ont pas reçu de formation récente sur les normes à respecter concernant la préparation et la conservation des aliments.

Recommandations du CQA pour ce processus	Contraignante	
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). 	Oui	Non
	X	
	Date d'échéance :	
	15 février 2015	

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Procéder rapidement 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"> - le contrôle de la température de l'eau dans les bains situés dans les chambres des résidents; - la sécurisation de toutes les fenêtres, - la sécurisation des accès aux locaux et produits dangereux; - le contrôle de la température des frigos de médicaments; - la signalisation des lieux; - la mise en conformité des dispositifs d'appel - l'encombrement des sorties de secours ▪ se donner des mécanismes de suivi afin de s'assurer de l'application continue des mesures adoptées. 	Oui	Non
	X	
	Date d'échéance :	
	15 février 2015	
<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. 	Oui	Non
	X	
	Date d'échéance :	
	1^{er} Juin 2015	

NORME VII : LE PLAN DE COMMUNICATION

Intitulé de la norme VII	Résultat de l'évaluation (NC, C, TFC)
L'organisation transmet régulièrement à la population, à sa clientèle, à son personnel et à ses partenaires, les informations nécessaires à la connaissance et à la compréhension de ses objectifs et du fonctionnement de ses services.	CONFORME

Processus organisationnel 12	Résultat (NM, M, TBM)
Informar la clientèle et les partenaires sur l'offre de service	MAÎTRISÉ

Qualité normative	Cote	Confirmée	Rehaussée	Diminuée
Documentation	2			X
Actualisation	2			X
Adéquation	2			X
Légalité	S/O			

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

Le *CHSLD Château sur le Lac* ne dispose pas d'un plan de communication interne et externe. L'arrivée de la nouvelle équipe de direction a permis d'améliorer les communications avec le personnel, notamment par l'instauration de réunions occasionnelles du personnel, de mécanismes de communication lors des changements de quarts de travail et des cahiers de communication. Un guide d'accueil est disponible pour les résidents et les proches et mentionne les éléments d'information nécessaires et utiles.

L'équipe de direction est sensibilisée au besoin de communications accrues avec les partenaires externes qui connaissent peu ou pas l'établissement et les services offerts. En ce sens, des mesures telles l'identification extérieure de l'établissement, le site internet, l'augmentation des rencontres de partenariat et l'utilisation d'une agence de recrutement de la clientèle sont développées depuis peu.

Recommandations du CQA pour ce processus	Contraignante	
	Oui	Non
<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. 		X
	Date d'échéance :	

Processus organisationnel 13	Résultat (NM, M, TBM)
Assurer la gestion de la documentation et des informations internes	MAÎTRISÉ

Qualité normative	Cote	Confirmée	Rehaussée	Diminuée
Documentation	2			X
Actualisation	3	X		
Adéquation	3	X		
Légalité	S/O			

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

Le *CHSLD Château sur le Lac* a récemment développé une politique sur la gestion des informations et de la documentation interne. Le calendrier de conservation et les droits d'accès restent toutefois à réviser.

L'équipe visiteuse a pris connaissance du travail accompli pour assurer l'archivage des documents et la protection des renseignements personnels. Le personnel concerné connaît et applique la procédure d'archivage et respecte les règles de destruction des documents. Les mécanismes de suivi sont pertinents et adéquats.

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 ³ , est encadré afin d'assurer la continuité, la conformité et la sécurité des prestations offertes à la clientèle.	CONFORME

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

Qualité normative	Cote	Confirmée	Rehaussée	Diminuée
Documentation	3	X		
Actualisation	1			X
Adéquation	2	X		
Légalité	S/O	X		

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

Le *CHSLD Château sur le Lac* a développé récemment une politique concernant l'appréciation de la contribution individuelle du personnel et les formulaires sont disponibles. Cette politique n'est pas diffusée, mais le personnel est informé de l'application éventuelle du processus et il est positif à cet égard. Actuellement, aucun employé n'a participé au processus d'évaluation de sa contribution malgré une recommandation dans ce sens lors du dernier agrément. Concernant la légalité, l'équipe visiteuse mentionne que *l'alinéa a)* relatif au développement d'un plan triennal de développement des ressources humaines ne s'applique pas aux établissements privés non conventionnés.

Recommandations du CQA pour ce processus	Contraignante	
<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. 	Oui	Non
	X	
	Date d'échéance :	
	Faire un rapport d'étape lors de la visite en juin 2015	

Processus organisationnel 15				Résultat (NM, M, TBM)
Superviser et encadrer le travail des équipes de soins ⁴				NON MAÎTRISÉ
Qualité normative	Cote	Confirmée	Rehaussée	Diminuée
Documentation	1			X
Actualisation	2			X
Adéquation	1			X
Légalité	2			X

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

Lors de la dernière décision d'agrément il a été recommandé au *CHSLD Château sur le Lac* d'élaborer et d'implanter un système formel d'encadrement clinique intégrant une politique de supervision clinique. L'équipe visiteuse a constaté que le cadre de référence clinique existant est imprécis et que le système de supervision et d'encadrement clinique pour le personnel de soins n'est pas en place.

Le processus est peu documenté, mais l'arrivée de la nouvelle directrice des soins infirmiers a eu un impact positif pour l'encadrement des intervenants cliniques, ce qui est confirmé par l'équipe d'évaluation. Les rôles et les responsabilités sont clarifiés entre les intervenants, entre les quarts de travail et quelques rencontres de suivi ont lieu. La supervision reste informelle. Le processus est incomplet, les moyens demeurent à définir ainsi que les procédures de suivi.

Concernant les exigences réglementaires, l'équipe visiteuse mentionne à l'établissement que *l'alinéa (d)* concernant le respect des champs de pratique des pharmaciens ne s'applique pas au *CHSLD Château sur le Lac*. Une entente particulière de type fournisseur avec un pharmacien en pratique privée est en place.

Recommandations du CQA pour ce processus	Contraignante	
<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, - 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. 	Oui	Non
	X	
	Date d'échéance :	
	Faire un rapport d'étape lors de la visite en juin 2015	

Processus organisationnel 16	Résultat (NM, M, TBM)
Gérer les ressources stagiaires et les ressources bénévoles ⁵	MAÎTRISÉ

Qualité normative	Cote	Confirmée	Rehaussée	Diminuée
Documentation	3	X		
Actualisation	2			X
Adéquation	2			X
Légalité	2			X

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

Des politiques récentes de gestion des mécanismes reliés aux stagiaires et des mécanismes reliés au bénévolat, incluant la vérification des antécédents judiciaires, sont présentes. Ces politiques ne sont toutefois pas encore diffusées au personnel.

Aucun bénévole n'est actuellement présent dans l'établissement. Au cours de la dernière année, Le *CHSLD Château sur le Lac* a accueilli deux (2) stagiaires en secrétariat. La politique de gestion des stagiaires ne prévoit pas de programme d'accueil formalisé pour les stagiaires, notamment pour ceux en services cliniques et aucune entente n'est développée avec un établissement d'enseignement reconnu.

Le conseil d'administration n'a pas adopté le règlement portant sur l'organisation de la recherche et de l'enseignement en respect de l'exigence réglementaire de *l'alinéa b)* qui s'applique.

Recommandations du CQA pour ce processus	Contraignante	
	Oui	Non
<ul style="list-style-type: none"> ▪ faire adopter un règlement, par le conseil d'administration, concernant l'organisation de l'enseignement 		X
	Date d'échéance :	

NORME IX : LA QUALITÉ DANS L'ORGANISATION DES PRESTATIONS DE SERVICE

Intitulé de la norme IX	Résultat de l'évaluation (NC, C, TFC)
Les prestations de service sont organisées, dispensées et évaluées afin de répondre, en continu, aux besoins de la clientèle, aux standards cliniques, aux meilleures pratiques en usage dans ce secteur ainsi qu'aux exigences légales et réglementaires.	CONFORME

Processus organisationnel 17	Résultat (NM, M, TBM)
Accueillir, traiter les demandes de services et gérer les listes d'attente	TRÈS BIEN MAÎTRISÉ

Qualité normative	Cote	Confirmée	Rehaussée	Diminuée
Documentation	3	X		
Actualisation	3	X		
Adéquation	3	X		
Légalité	S/O			

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

Le *CHSLD Château sur le Lac* ne gère aucune liste d'attente puisqu'il est actuellement en processus de recrutement de la clientèle afin d'atteindre son seuil de rentabilité. Les critères d'accueil de la clientèle visée sont connus et appliqués par le personnel. Les modalités appliquées lors de l'admission sont précisées. Les besoins des résidents sont évalués par le personnel infirmier et sont en adéquation avec la capacité du milieu physique de répondre aux besoins de ces usagers. Le consentement du résident à recevoir des soins est demandé lors du processus d'accueil. Il n'y a pas d'entente actuellement avec le CSSS du secteur en vue d'offrir des services professionnels d'appoint.

Processus organisationnel 18	Résultat (NM, M, TBM)
Planifier les interventions et dispenser les services	MAÎTRISÉ

Qualité normative	Cote	Confirmée	Rehaussée	Diminuée
Documentation	2			X
Actualisation	2			X
Adéquation	1			X
Légalité	2			X

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

Les définitions sur le plan d'intervention (PI), le plan d'intervention interdisciplinaire (PII), le plan thérapeutique infirmier (PTI), le plan de service individualisé (PSI) et le plan de soins ne sont pas formalisés. Tous les dossiers des résidents contiennent un plan thérapeutique infirmier (PTI) et un cartable de travail est disponible pour le personnel d'assistance aux soins pour les plans de travail.

Une procédure d'élaboration et de suivi des plans d'intervention est disponible et un calendrier des rencontres des équipes interdisciplinaires a été développé, mais n'est pas actualisé pour l'instant. Dans les faits, un (1) seul dossier d'usager comporte la présence d'un plan d'intervention interdisciplinaire. Pour les autres situations, il est mentionné au dossier que la directrice des soins infirmiers (DSI) ne fait des plans d'intervention que pour les résidents ayant des problèmes et qu'elle procède au téléphone avec les familles suite au consentement du résident. Les outils cliniques pour l'évaluation des résidents et les suivis physiques de ces derniers sont à développer et à mettre à jour selon les nouvelles pratiques de soins.

Les représentants du *CHSLD Château sur le Lac* mentionnent la difficulté de procéder aux plans d'intervention interdisciplinaire (PII) compte tenu de l'absence de professionnels dans le milieu de soins et de la difficulté à rejoindre les familles. Si la participation du résident ou de la famille est impossible, l'établissement doit communiquer le contenu au résident ou à sa famille et, idéalement, s'assurer de formaliser leur accord avec le plan d'intervention.

Compte tenu des particularités de la clientèle, l'équipe visiteuse souligne que les menus des résidents ne sont pas élaborés et vérifiés avec la participation d'une nutritionniste et/ou d'une diététiste.

Les stratégies utilisées par le *CHSLD Château sur le Lac* devraient être plus diversifiées afin d'assurer la participation des professionnels lorsque requis pour adapter adéquatement la réponse clinique aux besoins des résidents.

L'équipe visiteuse mentionne également que le *CHSLD Château sur le Lac* ne se conforme pas à l'alinéa (b) des exigences réglementaires concernant l'élaboration d'un plan d'intervention

assurant la coordination des services dispensés à l'utilisateur par les divers intervenants concernés de l'organisation en collaboration avec l'utilisateur ou ses proches (art. 102 et 104, LSSSS).

Recommandations du CQA pour ce processus	Contraignante	
<p>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. 	Oui	Non
	X	
	Date d'échéance :	
	31 mars 2015	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre en œuvre des stratégies de participation des professionnels et des familles des résidents au plan d'intervention interdisciplinaire. 	Oui	Non
		X
	Date d'échéance :	

Processus organisationnel 19	Résultat (NM, M, TBM)
Gérer les insatisfactions et les plaintes de la clientèle	MAÎTRISÉ

Qualité normative	Cote	Confirmée	Rehaussée	Diminuée
Documentation	3	X		
Actualisation	2			X
Adéquation	2			X
Légalité	2			X

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

Le processus de gestion des plaintes est formalisé et la politique de gestion des insatisfactions est récemment complétée. Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services mentionne ne recevoir aucune plainte. Il participe bénévolement au party de Noël des résidents et c'est à ce moment qu'il se fait connaître. La promotion et le respect des droits des résidents auprès des intervenants et des familles sont peu discutés, notamment au niveau de la

confidentialité et de la participation aux décisions pour les résidents. Le comité de vigilance et de la qualité des services est nouvellement mis en action et il est à définir la portée de son mandat. Au niveau réglementaire, comme deux médecins pratiquent dans le *CHSLD Château sur le Lac*, des mesures spécifiques concernant les plaintes contre un médecin doivent être prévues, telle une entente avec le centre hospitalier du secteur concernant le médecin examinateur et le comité de révision.

Recommandations du CQA pour ce processus	Contraignante	
<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. 	Oui	Non
		X
	Date d’échéance :	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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, LSSSS</i>); ▪ formaliser une entente avec un 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>). 	Oui	Non
		X
	Date d’échéance :	

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.	NON CONFORME

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

Qualité normative	Cote	Confirmée	Rehaussée	Diminuée
Documentation	2			X
Actualisation	1			X
Adéquation	1			X
Légalité	1			X

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

La documentation est incomplète pour assurer la gestion de ce processus et ce constat a d'ailleurs été souligné lors du précédent agrément. Sont absents de la documentation : le protocole sur la prévention des actes suicidaires, les ordonnances collectives, le protocole des actes autorisés pour les infirmières et infirmiers auxiliaires. D'autres protocoles sont à réviser et à ajuster en fonction de l'application des nouvelles pratiques de soins, notamment le protocole pour le traitement et la prévention des plaies de pression qui est en élaboration.

Le *CHSLD Château sur le Lac* ne dispose pas de photographies récentes pour chacun de ses résidents. Ceci a un impact sur la réalisation de la double identification des résidents et lors de l'application d'une mesure d'urgence (fugue, décès).

Au cours des rencontres avec le personnel, celui-ci avait de la difficulté de mentionner spontanément les protocoles utilisés. Les employés précisent également que les cartables sont disponibles au poste de garde et que les protocoles sont souvent longs à lire.

L'équipe visiteuse a été en mesure de constater que les concepts de code d'urgence sont confus pour le personnel (ex : code blanc, code bleu etc.). Une recommandation à cet effet a été également faite lors du précédent agrément.

Concernant la légalité, l'équipe visiteuse mentionne également que l'*alinéa (b)* des exigences réglementaires relatif aux actes délégués (art. 36 de la loi sur les inf.) est applicable au *CHSLD Château sur le Lac* qui doit s'y conformer. L'équipe visiteuse souligne qu'elle n'a pas eu accès ni

au règlement du conseil d'administration, ni à la politique en la matière. Il n'y a pas toujours présence d'une infirmière dans l'établissement, c'est la directrice des soins infirmiers qui assume la garde téléphonique de soir et de nuit les fins de semaine. Si nécessaire, elle se déplace dans le milieu, d'où l'importance d'avoir une politique concernant les actes délégués.

Recommandations du CQA pour ce processus	Contraignante	
<p><u>En lien avec la recommandation du précédent agrément :</u></p> <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. 	Oui	Non
	X	
	Date d'échéance :	
	1^{er} juin 2015	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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>) 	Oui	Non
	X	
	Date d'échéance :	
	15 février 2015	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ mettre à jour les politiques et procédures cliniques, 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. 	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	NON MAÎTRISÉ

Qualité normative	Cote	Confirmée	Rehaussée	Diminuée
Documentation	2			X
Actualisation	1			X
Adéquation	1			X
Légalité	2			X

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

Le *CHSLD Château sur le Lac* dispose de plusieurs documents concernant la gestion sécuritaire : politique de déclaration des incidents-accidents, plan de mesures d'urgence, plan local de gestion des pandémies. Toutefois, l'équipe visiteuse a constaté que certaines politiques, déjà demandées lors du dernier agrément, ne sont pas en place ou ne sont pas connues, notamment la politique de prévention et de gestion des risques, la politique sur la prévention de la contamination par croisement du propre et du souillé, la politique de soutien apporté à la personne accidentée et sa famille.

Le comité de gestion des risques a eu sa première réunion lors de la rencontre avec l'équipe visiteuse pendant la visite et son plan de travail n'a pas encore été développé.

L'équipe visiteuse a constaté les efforts déployés dans le milieu pour l'implantation de la déclaration des incidents-accidents. Cependant, dans les faits, le personnel semble encore peu sensibilisé à percevoir les situations de risques et à prendre des mesures adéquates. En effet, lors de la visite, l'équipe visiteuse a été témoin de deux situations à risques face auxquelles elle été amenée à intervenir directement.

La signalisation est incomplète, certains plans d'évacuation sur les étages ont des orientations inadéquates et ils ne sont pas toujours présents aux endroits stratégiques.

Par ailleurs, l'équipe visiteuse a constaté qu'il n'y a pas de chariot d'urgence disponible prêt à être utilisé dans ce milieu où les risques sont importants, compte tenu des caractéristiques de la clientèle. Il n'y a qu'une seule trousse de premiers soins au poste de garde du 2^e étage alors que la clientèle est répartie sur trois étages.

L'équipe visiteuse a également constaté que le plan de mesures d'urgence est détaillé mais qu'il n'est pas connu des intervenants. Le cahier synthèse, placé à la porte d'entrée et accessible aux pompiers, n'est pas facile à consulter ni à manipuler.

À la consultation du plan de formation, lors des rencontres avec le personnel et au cours de la visite, l'équipe visiteuse a constaté que les formations en réanimation cardiorespiratoire (RCR) et en principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB) ne sont pas à jour.

Comme mentionné par le personnel, le *CHSLD Château sur le Lac* ne révisé pas de façon régulière son plan de mesures d'urgence et les modalités de gestion sécuritaire des lieux et des activités. Selon eux, chaque membre de l'équipe sait quoi faire, mais personne n'a lu le document explicatif et aucun exercice d'évacuation n'a été effectué depuis plus de 3 ans.

Concernant la légalité, l'obligation légale à l'*alinéa (g)* relatif aux mesures de soutien, lorsque survient un accident, incluant les mesures pour prévenir la récurrence d'un tel accident n'est pas rencontrée par l'établissement.

Recommandations du CQA pour ce processus	Contraignante	
<p><u>En lien avec la recommandation du précédent agrément :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ procéder aux exercices d'évacuation, ▪ former le personnel à intervenir. 	Oui	Non
	X	
	Date d'échéance :	
	31 mars 2015	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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, de l'appropriation des mesures de prévention auprès du personnel et des résidents; ▪ mettre en place des mécanismes de suivi. 	Oui	Non
	X	
	Date d'échéance :	
	Faire un rapport d'étape lors de la visite en juin 2015	
<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 : <ul style="list-style-type: none"> - dégagement du stationnement pour l'accessibilité des services d'urgence - 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 1ers 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. 	Oui	Non
	X	
	Date d'échéance :	
	15 février 2015	

<ul style="list-style-type: none"> mettre en place et dispenser les formations sur RCR (réanimation cardiorespiratoires), PDSB (principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires) et toutes nouvelles pratiques cliniques sécuritaires, pour l'ensemble du personnel clinique. 	Oui	Non
	X	
	Date d'échéance :	
		Faire un rapport d'étape lors de la visite en juin 2015
<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>). 	Oui	Non
	X	
	Date d'échéance :	
		27 février 2015
<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. 	Oui	Non
	X	
	Date d'échéance :	
		27 février 2015

Processus organisationnel 22	Résultats (NM, M, TBM)
Gérer la tenue du dossier du résident et la circulation des renseignements personnels sur la clientèle	MAÎTRISÉ

Qualité normative	Cote	Confirmée	Rehaussée	Diminuée
Documentation	2			X
Actualisation	2	X		
Adéquation	2	X		
Légalité	2	X		

Commentaires de l'équipe visiteuse sur le processus

Le CHSLD Château sur le Lac dispose d'une politique concernant la tenue et la qualité du contenu du dossier des résidents, et d'une politique concernant les droits d'accès et les normes de sécurité. Ces politiques sont à réviser et sont peu connues du personnel. Une recommandation du dernier agrément portait sur ce constat. Le calendrier de conservation

n'est pas disponible mais les dossiers des résidents sont archivés selon les règles de conservation.

L'équipe visiteuse a constaté des manquements à la confidentialité et au respect des renseignements personnels concernant les résidents, notamment la mention d'informations confidentielles dans les réunions, des discussions de corridor et l'accès à des listes de clientèle disponibles au poste de garde. Les mécanismes de suivi sont insuffisants.

Concernant le respect des exigences réglementaires et tel que recommandé au dernier agrément, l'alinéa (d) concernant la directive du directeur général sur les conditions et les modalités suivant lesquelles les renseignements pourront être communiqués pour prévenir un acte de violence dont un suicide (art. 19.0.1, LSSSS) n'est pas disponible.

Recommandations du CQA pour ce processus	Contraignante	
	Oui	Non
<p><u>En lien avec une recommandation du dernier agrément :</u></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. 	X	
	Date d'échéance :	
	30 avril 2015	
<p><u>En lien avec une recommandation du dernier agrément :</u></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 (art. 19.0.1, LSSSS) 	X	
	Date d'échéance :	
	15 février 2015	

Évaluation de la capacité d'amélioration

La disponibilité de l'information

La cote du *CHSLD Château sur le Lac* est **diminuée à 2**

L'établissement a peu d'indicateurs de résultats à sa disposition afin d'évaluer en continu la gestion de ses différents processus et il en a peu proposé dans la démarche. Les mécanismes pour s'assurer de l'appropriation des pratiques cliniques par les intervenants restent à développer.

Recommandations du CQA	Contraignante	
	Oui	Non
▪ Développer des indicateurs de gestion et de suivi pour mesurer la performance des processus organisationnels.		X
	Date d'échéance :	

La pertinence de l'analyse

La cote du *CHSLD Château sur le Lac* est **diminuée à 2**

L'équipe visiteuse a été en mesure de constater que l'analyse effectuée par l'établissement n'était pas toujours en conformité avec sa réalité.

La pertinence du plan d'amélioration

La cote du *CHSLD Château sur le Lac* est **diminuée à 2**

Les objectifs et leur ordre de priorité soient adéquats, toutefois les stratégies d'implantation sont quelquefois peu cohérentes avec les objectifs poursuivis. Le plan d'amélioration est en lien avec certaines lacunes identifiées mais demeure incomplet.

Recommandations du CQA	Contraignante	
	Oui	Non
▪ Intégrer, dans son plan d'amélioration, les recommandations du présent rapport, réviser les stratégies de réalisation, les cibles visées, les responsabilités, les échéanciers et les indicateurs de résultats.	X	
	Date d'échéance :	
	31 janvier 2015	

Le réalisme du plan d'amélioration

La cote du *CHSLD Château sur le Lac* est **diminuée à 2**

Tel que présenté, les échéances du plan d'amélioration sont réalisables. Compte tenu qu'il doit être revu et finalisé en intégrant les recommandations du présent rapport, le plan d'amélioration aura à intégrer de nouveaux échéanciers (4 ans) et de la volonté et de l'implication du personnel et de l'équipe de direction.

La capacité d'adaptation

La cote du *CHSLD Château sur le Lac* est, **diminué à 2**

L'établissement a une capacité d'adaptation limitée du fait d'un contexte particulièrement tendu de développement clientèle en vue d'assurer sa pérennité.

La capacité de mise en œuvre

La cote du *CHSLD Château sur le Lac* est **diminuée à 1**

L'établissement ne dispose pas de mécanismes rigoureux de suivi de son plan d'amélioration. La culture de rigueur et de mesure des résultats est actuellement peu développée au *CHSLD Château sur le Lac*. Sur les 31 recommandations émises lors du précédent agrément, 20 ont été partiellement ou aucunement réalisées.

Les plans d'action élaborés à la suite des visites d'inspection du ministère et de l'OIIQ n'ont pas fait l'objet d'une réflexion intégrée à une vision de la qualité, en lien avec la démarche d'agrément.

Bien que le personnel démontre un degré de mobilisation important, les résultats de la visite d'agrément et les constats identifiés par l'équipe visiteuse ont mis en évidence un ensemble de difficultés rencontrées par le *CHSLD Château sur le Lac* pour démontrer sa capacité à se mettre en action pour l'amélioration de la qualité de ses prestations auprès de sa clientèle.

SECTION 3

Les recommandations du CQA

Les recommandations

Le CQA adresse une recommandation à l'organisation lorsque cette dernière ne répond pas de manière satisfaisante à une exigence (obligation légale et/ou critère) du cadre normatif jugée importante et nécessaire pour se conformer aux normes d'agrément et aux objectifs liés à la qualité des services.

Une recommandation peut être contraignante :

- lorsque la sécurité, la santé ou le bien-être des usagers risquent d'être compromis;
- lorsque l'organisation n'a pas réalisé l'actualisation d'une recommandation de l'agrément précédent;
- lorsqu'un élément ou une incidence sur la gestion de l'organisation, sur la gouvernance ou sur la gestion du personnel compromet la qualité des services à court terme et la poursuite de l'amélioration continue de la qualité.

La recommandation est alors accompagnée d'une échéance.

Conséquemment, dans sa reddition de compte, l'organisation devra transmettre au CQA la documentation afférente à l'actualisation de la recommandation, accompagnée d'une résolution du conseil d'administration ou de la plus haute instance de l'organisation, l'entérinant.

Suivi apporté par l'équipe visiteuse aux recommandations du 5 décembre 2011

Recommandations	Degré de réalisation		
	Intégral	Partiel	Aucunement
<p>Processus n° 1 concernant la détermination des valeurs privilégiées auprès de la clientèle ainsi que sa vision de la qualité des services</p> <p>Définir ses orientations en matière d'engagement qualité et les diffuser auprès du personnel.</p>		X	
<p>Processus n° 3 concernant l'évaluation de la satisfaction de la clientèle</p> <p>Poursuivre l'implantation du système global d'évaluation de la satisfaction qui concerne toute la clientèle, s'assurer du suivi de sa gestion et diffuser les résultats auprès du personnel et des résidents.</p>	X		
<p>Processus n° 7 concernant la définition de sa philosophie de gestion pour assurer le développement et la mobilisation des ressources humaines</p> <p>Compléter sa philosophie de gestion des ressources humaines en précisant les modalités qui lui permettent de déterminer ses attentes et ses engagements à l'égard du personnel et d'identifier les attentes de celui-ci à son égard.</p> <p>Diffuser cette philosophie de gestion et s'assurer de son appropriation par l'ensemble du personnel.</p>	X		X
<p>Processus n° 11 concernant la gestion des ressources matérielles et informationnelles</p> <p>Élaborer et diffuser auprès du personnel la politique relative à la sécurité des actifs informationnels.</p>		X	
<p>Processus n° 13 concernant la gestion de la documentation et des informations internes</p> <p>Élaborer une politique sur la gestion des informations et des documents internes, incluant une vigie sur toutes les informations pouvant affecter ou bonifier la prestation des services, et la diffuser au personnel.</p>		X	
<p>Processus n° 15 concernant la supervision et l'encadrement du travail des équipes de soins</p> <p>Élaborer et implanter un système formel d'encadrement intégrant une politique de supervision clinique qui précise le suivant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les approches cliniques privilégiées et les objectifs de supervision en lien avec les caractéristiques de la clientèle; - les modalités de mise en œuvre (calendrier, grille d'évaluation, personnes concernées, responsabilités...); - les mécanismes de gestion et de suivi permettant d'assurer la supervision et l'encadrement des intervenants en fonction de leurs attentes, de leurs besoins et de leurs compétences. 			X

Recommandations	Degré de réalisation		
	Intégral	Partiel	Aucunement
<p>Processus n° 20 concernant la gestion de l'utilisation des protocoles et des guides d'intervention clinique</p> <p>Élaborer et diffuser au personnel concerné les protocoles suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - protocole sur les niveaux de soins et d'intervention; - protocole sur la prévention des actes suicidaires et, en faire rapport au CQA au <u>bilan de la première année de la mise en œuvre du plan d'amélioration.</u> <p>Mettre en place des mécanismes de contrôle concernant l'application des protocoles notamment les ordonnances collectives le protocole des actes autorisés pour les infirmières et infirmiers auxiliaires, le protocole de la prévention des chutes, le protocole sur l'administration des vaccins anti grippal et anti pneumococcique et le protocole pour la prévention et le traitement des lésions de pression</p>	X		
<p>Processus n° 21 concernant la gestion sécuritaire des lieux, des prestations de service et des situations à risque pour la clientèle et le personnel</p> <p>Élaborer et diffuser au personnel concerné les documents suivants : procédure de gestion de gestion des déchets biomédicaux et du matériel contaminé, procédure sur la prévention de la contamination par croisement du propre et du souillé, procédure de nettoyage, de désinfection et de stérilisation, procédure de soutien apporté à la personne accidentée et à sa famille et ses proches, plan de formation sur la sécurité des résidents et, en faire rapport au CQA au <u>bilan de la première année de la mise en œuvre du plan d'amélioration.</u></p> <p>S'assurer de la compréhension et de l'application du système de codes de couleur par l'ensemble du personnel; et, en faire rapport au CQA au <u>bilan de la première année de la mise en œuvre du plan d'amélioration.</u></p> <p>Sécuriser le système de fenestration afin de renforcer la sécurité des résidents, <u>d'ici le 30 juin 2012 et en faire rapport au CQA à cette date.</u></p> <p>Déposer au CQA un bilan de l'exercice d'évacuation prévu en décembre 2011 dès sa réalisation.</p>		X	
<p>Processus n° 22 concernant la gestion de la tenue de dossier du résident et la circulation des renseignements personnels sur la clientèle</p> <p>S'assurer de la diffusion des documents suivants : la politique d'accès à l'information et les règles de confidentialité des renseignements personnels et la politique de tenue de dossier du résident; et, en faire rapport au CQA au <u>bilan de la première année de la mise en œuvre du plan d'amélioration.</u></p>		X	

Recommandations	Degré de réalisation		
	Intégral	Partiel	Aucunement
<p>Concernant la pertinence du plan d'amélioration</p> <p>Intégrer toutes les recommandations identifiées dans ce rapport d'agrément au plan d'amélioration et le faire parvenir au CQA d'ici le 29 février 2012.</p>	X		
<p>Concernant le réalisme du plan d'amélioration</p> <p>S'assurer de la mise en place des conditions de réalisation du plan d'amélioration, notamment les délais de réalisation fixés, le nombre et la disponibilité des responsables identifiés.</p>		X	
<p>Concernant la capacité de mise en œuvre</p> <p>Formaliser des mécanismes lui permettant de suivre régulièrement la réalisation de ses objectifs.</p> <p>Informier régulièrement son personnel sur l'avancement des travaux quant à la réalisation du plan d'amélioration.</p>		X X	
<p>Se conformer aux obligations légales suivantes qui se rapportent à plusieurs processus :</p> <p>Compléter le code d'éthique en y intégrant les règles d'utilisation des renseignements personnels des usagers à des fins de sondages de satisfaction. L'établissement remet un exemplaire de ce code d'éthique à tout usager qu'il héberge ou qui lui en fait la demande (<i>alinéa b, art. 233, LSSSS</i>) (processus n° 1).</p> <p>Préparer et réviser aux trois ans son plan d'organisation administratif, professionnel et scientifique (<i>alinéa d, art. 183, LSSSS</i>) (processus n° 2).</p> <p>Se doter d'un plan d'action triennal concernant les mesures relatives à l'accueil des employés, à la motivation, la valorisation, la mobilité, la préparation de leur relève et l'orientation de leur carrière. Ce plan d'action est communiqué à tout le personnel et transmis à l'agence (<i>alinéa e, art. 231, LSSSS</i>) (processus n° 8).</p> <p>Se doter d'un plan d'action triennal concernant les mesures relatives au maintien de la compétence et au perfectionnement des employés. Ce plan d'action est communiqué à tout le personnel et transmis à l'agence (<i>alinéa b, art. 231, LSSSS</i>) (processus n° 9).</p> <p>Se doter d'un plan d'action triennal concernant les mesures relatives à l'évaluation des employés. Ce plan d'action est communiqué à tout le personnel et transmis à l'agence (<i>alinéa a, art. 231, LSSSS</i>) (processus n° 14).</p> <p>Élaborer un plan d'intervention assurant la coordination des services dispensés à l'utilisateur par les divers intervenants concernés de l'établissement avec la collaboration de l'utilisateur (<i>alinéa b, art. 102 et 104, LSSSS</i>) (processus n° 18).</p>	X X X X		X

Recommandations	Degré de réalisation		
	Intégral	Partiel	Aucunement
<p>Faire adopter par le conseil d'administration des règlements portant sur les points suivants, lorsqu'ils relèvent du champ d'activité de l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les modalités d'adoption et de révision des plans d'intervention des bénéficiaires; - le délai accordé aux médecins, dentistes ou pharmaciens ou aux membres du personnel clinique pour compléter le dossier d'un bénéficiaire après les derniers services fournis (<i>alinéa a, art. 106, 505 (6), LSSSS; art. 6 (21) et (22), Règlement sur l'organisation et l'administration</i>) (processus n° 18). <p>Créer un comité de vigilance et de la qualité composé d'au moins quatre personnes dont le directeur général et le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, les autres personnes étant choisies par le conseil d'administration ou, si l'établissement n'est pas constitué en personne morale, par le titulaire du permis et, s'assurer que ce comité remplisse la fonction et la responsabilité définies par la loi (<i>alinéa j, art. 182.0.1, LSSSS</i>) (processus n° 19).</p> <p>Établir, par une directive du directeur général, les conditions et modalités suivant lesquelles les renseignements personnels pourront être communiqués pour prévenir un acte de violence dont un suicide (<i>alinéa d, art. 19.0.1, LSSSS</i>) (processus n° 22).</p>	X		
	X		
		X	
			X
<p>En soutien à l'analyse de l'établissement et afin de le préparer à se conformer, de manière satisfaisante, aux exigences du cadre normatif lors du prochain renouvellement d'agrément, certains objectifs identifiés dans le plan d'amélioration font l'objet des recommandations suivantes :</p>			
<p>Processus n° 9 concernant le développement des connaissances et des compétences du personnel</p>			
<p>Élaborer une politique sur la formation comprenant les modalités d'identification des attentes et des besoins de formation du personnel, les critères de priorisation de ces besoins et les modalités qui garantissent le transfert des acquis des formations suivies et, la diffuser à l'ensemble du personnel.</p>		X	
<p>Élaborer le plan triennal de formation, se doter de mécanismes de suivi permettant sa révision et sa mise à jour et, le diffuser à l'ensemble du personnel.</p>	X		
<p>Processus n° 14 concernant l'appréciation de la contribution individuelle du personnel</p>			
<p>Élaborer et mettre en œuvre la politique de l'appréciation de la contribution individuelle du personnel.</p>		X	

Recommandations	Degré de réalisation		
	Intégral	Partiel	Aucunement
<p>Processus n° 16 concernant la gestion des ressources stagiaires et des ressources bénévoles</p> <p>Déterminer les modalités de recrutement et de sélection des bénévoles, notamment les mécanismes qui permettent d'assurer la sécurité des résidents en contact avec des bénévoles (vérification des antécédents judiciaires, engagement formel au respect des valeurs de l'établissement, au code d'éthique...).</p>		X	
<p>À ce titre et afin de soutenir l'établissement dans l'atteinte de l'ensemble de ses objectifs d'amélioration, l'établissement pourra acheminer chaque année, au CQA, une copie du bilan de la mise en œuvre de son plan d'amélioration, lui permettant ainsi de bénéficier d'un feed-back et de conseils, en lien avec les exigences de l'agrément.</p>			

Recommandations du comité de validation du CQA, le 18 décembre 2014

Recommandations	Faire rapport au CQA
<p>Processus 1 : <u>En lien avec la recommandation du précédent agrément :</u></p> <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 	<p>27 février 2015</p>
<p>Processus 2 :</p> <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. 	
<p><u>En lien avec la recommandation du précédent agrément :</u></p> <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>). 	<p>31 mars 2015</p>
<p>Processus 4 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. 	
<p>Processus 5 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - définir les orientations en matière de recherche et les faire adopter par le conseil d'administration. 	
<p>Processus 6 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - définir et formaliser les orientations concernant l'innovation pour l'organisation; - se doter de stratégies de diffusion pour l'ensemble du personnel. 	
<p>Processus 7 : <u>En lien avec la recommandation du précédent agrément :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - diffuser la philosophie de gestion auprès de l'ensemble du personnel et s'assurer de son appropriation par l'ensemble du personnel. 	<p>27 février 2015</p>

Recommandations	Faire rapport au CQA
<p>Processus 8 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - compléter et mettre en application le protocole et la politique suivants : <ul style="list-style-type: none"> - le protocole à appliquer lors d'exposition au sang et aux liquides biologiques compte tenu du milieu; (échéancier) - la politique de recrutement et de sélection du personnel, incluant la vérification de l'intégrité morale des employés; (échéancier) 	31 mars 2015
<ul style="list-style-type: none"> - élaborer et mettre en application les politiques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - 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 	
<p>Processus 9 :</p> <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
<p>Processus 11 :</p> <p><u>En lien avec la recommandation du précédent agrément :</u></p> <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). 	15 février 2015
<ul style="list-style-type: none"> - 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"> - le contrôle de la température de l'eau dans les bains situés dans les chambres des résidents; - la sécurisation de toutes les fenêtres, - la sécurisation des accès aux locaux et produits dangereux; - le contrôle de la température des frigos de médicaments; - la signalisation des lieux; - la mise en conformité des dispositifs d'appel - 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
<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
<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. 	

Recommandations	Faire rapport au CQA
<p>Processus 14 : <u>En lien avec la recommandation du précédent agrément :</u></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. 	<p>Faire un rapport d'étape lors de la visite en juin 2015</p>
<p>Processus 15 : <u>En lien avec la recommandation du précédent agrément :</u></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, - 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>Faire un rapport d'étape lors de la visite en juin 2015</p>
<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. 	
<p>Processus 18 : <u>En lien avec la recommandation du précédent agrément :</u></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. 	<p>31 mars 2015</p>
<ul style="list-style-type: none"> - mettre en œuvre des stratégies de participation des professionnels et des familles des résidents au plan d'intervention interdisciplinaire. 	
<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>); 	

Recommandations	Faire rapport au CQA
<ul style="list-style-type: none"> - formaliser une entente avec un 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>). 	
<p>Processus 20 : <u>En lien avec la recommandation du précédent agrément :</u></p> <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 	<p>1^{er} juin 2015</p>
<ul style="list-style-type: none"> - 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>) 	<p>15 février 2015</p>
<ul style="list-style-type: none"> - mettre à jour les politiques et procédures cliniques, 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. 	
<p>Processus 21 : <u>En lien avec la recommandation du précédent agrément :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - procéder aux exercices d'évacuation, - former le personnel à intervenir. 	<p>31 mars 2015</p>
<ul style="list-style-type: none"> - 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, de l'appropriation des mesures de prévention auprès du personnel et des résidents; - mettre en place des mécanismes de suivi. 	<p>Faire un rapport d'étape lors de la visite en juin 2015</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 : <ul style="list-style-type: none"> - dégagement du stationnement pour l'accessibilité des services 	<p>15 février 2015</p>

Recommandations	Faire rapport au CQA
<p>d'urgence</p> <ul style="list-style-type: none"> - mise à disposition d'un chariot d'urgence équipé de manière à répondre aux besoins spécifique de la clientèle - mise à disposition d'une trousse de 1ers soins à chaque étage - mise à jour des plans d'évacuation <p>- se donner des mécanismes de suivi afin de s'assurer de l'application continue des mesures adoptées</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - mettre en place et dispenser les formations sur RCR (réanimation cardiorespiratoire), (principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires) et toutes nouvelles pratiques cliniques sécuritaires, pour l'ensemble du personnel clinique. 	<p>Faire rapport d'étape au 1^{er} juin 2015</p>
<p><u>En lien avec la recommandation du précédent agrément :</u></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>27 février 2015</p>
<p><u>En lien avec la recommandation du précédent agrément :</u></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 	<p>27 février 2015</p>
<p>Processus 22:</p> <p><u>En lien avec une recommandation du dernier agrément :</u></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>30 avril 2015</p>
<p><u>En lien avec une recommandation du dernier agrément :</u></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>) 	<p>15 février 2015</p>
<p>Disponibilité de l'information :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Développer des indicateurs de gestion et de suivi pour mesurer la performance des processus organisationnels. 	
<p>Pertinence du plan d'amélioration :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intégrer, dans son plan d'amélioration, les recommandations du présent rapport, réviser les stratégies de réalisation, les cibles visées, les responsabilités, les échéanciers et les indicateurs de résultats. 	<p>31 janvier 2015</p>

ANNEXES

Définition des normes d'excellence

10 normes d'excellence

Une norme correspond à une obligation à laquelle une organisation doit se conformer. Dans le processus d'agrément, la norme est un but mesurable, c'est l'expression et la traduction des résultats attendus au regard de la qualité du service qui doit être rendu à la clientèle, dans le but de répondre à ses besoins.

Formellement la norme se définit comme un ensemble de règles, relatives à des activités ou à des résultats attendus. Ces règles sont établies par consensus d'experts, garantissant un niveau de qualité optimal dans un contexte donné et au regard des services à rendre à la population pour le développement de son bien-être et de sa santé.

Les normes de niveau stratégique

Au nombre de quatre, ces normes couvrent l'ensemble des processus relatifs aux champs stratégiques de l'organisation : vision et engagement qualité, valeurs, projet d'organisation et approche clientèle.

Elles exigent notamment, de la part d'une organisation, un effort de transparence dans la déclinaison de ses valeurs fondamentales, de sa vision de l'excellence et dans la formalisation de ses orientations stratégiques.

Les normes de niveau structurel

Au nombre de trois, ces normes fixent le cadre de l'organisation et ses choix structurels dans la mise en œuvre de ses orientations stratégiques. Par le développement d'une gestion efficiente de ses ressources humaines, de ses ressources matérielles, financières et informationnelles et par l'application d'un plan de communication interne et externe. L'organisation met ainsi en place les moyens nécessaires pour atteindre ses objectifs et répondre, de manière adaptée, aux besoins identifiés de la clientèle.

Les normes de niveau professionnel

Au nombre de trois, ces normes sont relatives aux modalités de production et de gestion des prestations offertes. Elles regroupent l'ensemble des activités décrivant les prestations de services offerts aux clientèles : de l'analyse des besoins à la gestion des services en incluant l'évaluation des résultats et l'analyse des ressources spécifiques utilisées.

Elles exigent de démontrer que l'action est conforme aux engagements de l'organisation et aux références législatives, réglementaires et cliniques constituant le cadre d'intervention.

Définition des processus organisationnels

Les processus organisationnels décrivent l'ensemble des activités qu'une organisation met en œuvre pour répondre aux exigences des normes d'excellence auxquelles elle cherche à se conformer. Les processus contribuent directement : à améliorer sans cesse la qualité des services, dans la réponse apportée aux attentes et aux besoins de la clientèle; à maintenir et à développer la mobilisation du personnel et finalement à augmenter la performance de l'organisation. Leur évaluation repose sur le questionnement suivant : *ce que l'on fait correspond-il à ce qu'on est sensé faire et à ce qui est recherché ?*

Les processus se déclinent eux-mêmes en critères d'évaluation, qui balisent les actions à mettre en œuvre afin de s'assurer que le processus est bien implanté dans l'organisation. Ces critères ont notamment un rôle important à jouer dans l'évaluation du degré de conformité requis pour être agréé.

Pour être maîtrisé, un processus doit répondre de manière satisfaisant aux quatre qualités normatives qui se définissent comme suit :

Documentation : le processus est appuyé par un support documentaire.

Légalité : le processus est conforme aux exigences légales et réglementaires (ou déontologiques).

Actualisation : le processus tel que décrit est connu et appliqué par le personnel concerné.

Adéquation : le processus est approprié aux fins que l'organisation poursuit et il est complet.

Définition de la capacité d'amélioration

La capacité d'amélioration se définit comme l'aptitude qu'a l'organisation à disposer des moyens nécessaires pour apporter les changements souhaités au fur et à mesure que de tels changements sont jugés comme une *valeur ajoutée pour le client*, un mieux-être ou un mieux faire de l'organisation tout entier ou de l'une ou l'autre de ses parties constituantes.

La capacité d'amélioration est évaluée en fonction des six qualités normatives suivantes :

1. **L'information est disponible**, les données nécessaires à l'évaluation des services et programmes sont présentes dans les systèmes d'information;
2. **L'analyse est pertinente**, elle tient compte des informations et des évaluations dont on dispose;
3. **Le plan d'amélioration est pertinent**, les objectifs et les stratégies retenus sont cohérents avec l'analyse;
4. **Le plan d'amélioration est réaliste**, il est réalisable dans les délais fixés compte tenu des ressources disponibles et de la mobilisation du personnel;
5. **L'organisation est capable d'adaptation**; il a démontré qu'il sait s'ajuster aux circonstances, convertir une contrainte en opportunité;
6. **L'organisation est capable de passer à l'action**, mettre en œuvre ses planifications et donner suite aux recommandations qui lui sont faites.

Les évaluateurs du CQA ont réalisé les observations et les analyses qui ont permis de confirmer ou d'infirmer l'autoévaluation du *CHSLD Château sur le Lac* sur ces six qualités normatives.

L'évaluation détaillée qui suit présente les principaux éléments sur lesquels reposent les écarts entre l'évaluation effectuée par le *CHSLD Château sur le Lac* et celle effectuée par l'équipe visiteuse.

Définition des indicateurs de la satisfaction de la clientèle **et des dimensions de la qualité**

Relation avec le client

Cet indicateur concerne la relation qui s'établit entre le personnel et l'utilisateur. Cette relation est empreinte d'humanisme et fondée sur le respect de la personne et de ses droits.

Respect	Considération que mérite une personne en raison de la valeur humaine qu'on lui reconnaît et qui nous porte à se conduire envers elle avec réserve et retenue. Le respect implique des comportements empreints de discrétion dans un environnement attentif à la vie privée de l'utilisateur. Le respect sous-tend également une acceptation de la différence.
Confidentialité	Protection des renseignements personnels assurée par un environnement et des attitudes garantissant leur non-divulgateion à des personnes non autorisées.
Empathie	Attitude qui permet d'exprimer notre compréhension de ce que l'autre ressent. Elle implique une écoute attentive du client, une considération de la globalité de la personne.
Accessibilité	Qualité assurant la disponibilité des services et leur accès aux services sur le plan de la géographie, des installations physiques, des heures d'ouverture, de la langue et de la culture.

Prestation professionnelle

Cet indicateur, qui touche la prestation des services sous l'angle professionnel, fait référence à une profession, une expertise, une façon bien précise de répondre aux besoins des usagers par des attitudes, des soins, des services et des conseils appropriés.

Fiabilité	Aptitude d'un système à garantir à chaque usager l'utilisation de pratiques diagnostiques et thérapeutiques sécuritaires et au moindre risque, assurant le meilleur résultat en termes de santé et de bien-être, conformément à l'état actuel des connaissances et pour la plus grande satisfaction de l'utilisateur, tant sur le plan des procédures que des résultats ou encore des contacts humains à l'intérieur du système de santé et de services sociaux.
Responsabilisation	Action destinée à accroître l'autonomie de l'utilisateur et sa capacité à prendre des initiatives, à assumer ses responsabilités et à exercer le leadership voulu sur ce qui le concerne.
Apaisement	Attitude propre à calmer, à rassurer une personne et à lui procurer une tranquillité d'esprit, un sentiment de sécurité et de confiance.
Solidarisation	Action destinée à impliquer, de près ou de loin, l'entourage de l'utilisateur (sa famille, ses proches, etc.) dans l'organisation et la prestation de services.

Organisation des services

Cet indicateur, qui touche l'organisation des services, réfère à l'environnement et au contexte qui en entoure la prestation. Le contexte peut être plus ou moins facilitant et doté d'un certain confort; les services peuvent être plus ou moins accessibles et les systèmes, les politiques et les procédures peuvent en assurer ou non la rapidité et la continuité.

Simplicité	Qualité destinée à faciliter l'utilisation et la compréhension des services et la souplesse des systèmes face aux circonstances. Elle concerne autant les personnes (dont le comportement sera naturel, spontané, sans prétention) que les choses qui doivent être faciles à comprendre et à utiliser.
Continuité	Qualité assurant une prestation de services dépourvue de rupture dans la prise en charge de l'utilisateur et la circulation de l'information.
Rapidité	Caractéristique qui permet d'obtenir une réponse à une demande de services, ou au service lui-même, dans un laps de temps raisonnable.
Confort	Bien-être matériel résultant d'un environnement physique chaleureux caractérisé par des lieux sécuritaires, propres et ordonnés.

Définition des indicateurs de la mobilisation du personnel

Réalisation	La réalisation fait référence aux besoins les plus élevés d'un individu. Les employés les plus créatifs recherchent, dans leur environnement de travail, des occasions de changer des choses, d'innover, d'inventer et de créer. ²
Implication	Une organisation n'implique pas une personne, elle s'implique elle-même en agissant dans le sens des buts et des valeurs poursuivis par l'organisation. Cela suppose une compatibilité entre les choix de vie et les valeurs de l'individu, avec celle de l'organisation. L'implication se traduit par un engagement de la personne dans ce qu'elle fait
Collaboration	La collaboration témoigne de la présence d'un esprit d'équipe ou d'une capacité à travailler en équipe. Elle résulte d'un développement d'attitudes et de comportements spécifiques, permettant aux individus d'œuvrer de façon continue en situation d'interdépendance.
Soutien	Le soutien fait référence aux notions de « coaching », de supervision et de valorisation des employés et des membres des équipes. Il implique que les gestionnaires fournissent les ressources adéquates, l'entraînement nécessaire à l'atteinte des résultats attendus et la reconnaissance des efforts accomplis.
Communication	Un employé sera d'autant plus mobilisé qu'il comprend ce qu'on attend de lui et s'il sent que l'organisation est à l'écoute de ses préoccupations et s'efforce d'y répondre. Il est donc essentiel qu'il y ait une bonne circulation de l'information ainsi qu'un échange entre la direction et les employés dans un esprit d'honnêteté et de transparence.
Leadership	Aptitude d'une personne ou d'un groupe à exercer une influence dominante sur d'autres personnes ou groupes en obtenant leur adhésion active à des idées, des orientations, des projets ou d'autres actions sociales.

² Kélada, Joseph N., op. cit.

Lexique

- ¹ Par **engagement qualité**, le CQA entend l'implication formelle du conseil d'administration et de la direction générale dans la mise en place et à l'animation d'un système qualité au sein de l'organisation par la détermination et l'adoption notamment, des orientations quant à l'amélioration continue de la qualité des services de l'organisation.
- ² **Comité éthique de la recherche** : En vertu de article 21 du *Code civil du Québec* (C.c.Q.), les projets de recherche qui impliquent des mineurs et des majeurs inaptes ou dont l'inaptitude est subite doivent obligatoirement être approuvés et suivis par un comité d'éthique de la recherche (CÉR). (ethique-msss.gouv.qc.ca).
- ³ Par « **ressources associées** » le CQA entend les responsables RI/RTF, les bénévoles, les agents de sécurité et toute autre ressource avec laquelle une entente contractuelle a été conclue.
- ⁴ La **supervision clinique** inclut l'appréciation de l'acte professionnel et l'évaluation des interventions cliniques, entre autres par les différents conseils professionnels. Il est donc ici question des intervenants cliniques. La notion de supervision clinique fait référence à l'accompagnement professionnel des intervenants ayant pour but de les aider à développer leur capacité d'intervention clinique auprès des usagers. La notion d'encadrement clinique fait référence aux résultats attendus en termes de productivité et de performance du travail des intervenants cliniques. Ces deux types d'accompagnement nécessitent parfois deux accompagnateurs différents, mais sont, dans la réalité, souvent offerts par la même personne bien qu'il s'agisse de deux contextes différents.
- ⁵ Le terme **bénévole** réfère aux personnes œuvrant directement auprès de la clientèle, sans obligation et sans rémunération. Ainsi, les bénévoles siégeant au conseil d'administration de l'organisation ne sont pas visés par ce processus, mais ceux qui sont assignés au transport ou à l'accompagnement des usagers dans une activité quelconque le sont.