

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS DU PLAN D'AMÉLIORATION 2012-2015

BILAN ANNUEL – OCTOBRE 2013 À SEPTEMBRE 2014



CRDITED DE LAVAL

CENTRE DE RÉAMAPTION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE
ET EN TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT

Le comité de la Direction générale est heureux de vous présenter la synthèse des activités réalisées au cours du dernier semestre, soit d'octobre 2013 à septembre 2014. Bien que la mise en œuvre du plan d'organisation et du projet d'optimisation ait sollicitée des efforts importants dans tous les secteurs d'activités de l'organisation, il est agréable de constater qu'une grande majorité des activités inscrites dans les divers axes d'amélioration ont été réalisées.

Rappel des principales activités depuis la visite du Conseil québécois d'agrément (CQA) en septembre 2012 :

Octobre 2012	Rapport initial du CQA
Décembre 2012	Rapport final du CQA
Mars 2013	Plan d'amélioration revu et ajusté en fonction des recommandations du CQA et notre capacité de réalisation
Septembre 2013	Dépôt de la 1 ^e synthèse des résultats au Conseil d'administration Dépôt des résultats du Plan d'amélioration au CQA
Avril 2014	Dépôt du deuxième bilan (mi-parcours) du suivi du plan d'amélioration

Le plan d'amélioration 2012-2015 du CRDITED de Laval est constitué de :

- 7 axes d'amélioration
- 31 objectifs d'amélioration
- 112 stratégies de réalisation

Légende du suivi des axes d'amélioration

Axe d'amélioration en cours de réalisation selon l'échéancier prévu
Axe d'amélioration en retard selon l'échéancier prévu
Axe d'amélioration précaire selon l'échéancier prévu
Axe d'amélioration non débutée selon l'échéancier prévu

AN 1	AXE D'AMÉLIORATION 1 : LA CONSOLIDATION DE L'ACTUALISATION DE L'OFFRE DE SERVICES SPÉCIALISÉS DE 2 ^e LIGNE	An 3
Synchronisées avec l'implantation du plan d'organisation, plusieurs activités de diffusion, d'appropriation et de formation précisaient les paramètres de la nouvelle offre de service: ♦ Formation de l'ensemble des intervenants en TGC, diffusion du guide de pratique TGC ♦ Cycle des opérations cliniques révisées en fonction des diverses clientèles (SARIM, Services spécialisés et TGC) ♦ Diffusion auprès des familles du nouveau plan d'organisation. Des rencontres se sont déroulées avec les proches des usagers au SARIM afin d'expliquer les modalités de transferts et la nature de ces services. ♦ Le rapport initial du Service d'accueil, évaluation et orientation (AEO) a été revu afin de s'harmoniser aux pratiques ♦ Le plan de formation a été révisé en fonction des exigences liées aux guides de pratique. Un test de connaissance du niveau d'appropriation du processus clinique a été réalisé. La moyenne générale (taux de réussite) est de 89%. Un plan d'action a été mis en place pour revoir chaque élément dont la moyenne générale est inférieure à 70%. La validation des connaissances se fait en continu lors des supervisions cliniques et administratives. Concernant le PSI/PI plusieurs activités se sont déroulées dont l'évaluation de la qualité par échantillonnage selon des critères de qualité leurs diffusion est en cours. Le bulletin explicatif du processus aux proches des résidents de la RLV, les résultats du sondage mesurant l'appréciation de son contenu justifie son adaptation pour les autres secteurs d'activités. Afin d'améliorer le soutien aux intervenants cliniques, de nouvelles orientations quant au rôle de la SAC et du chef en réadaptation en lien avec l'encadrement de la pratique ont été définies. Les notions de leadership et d'autorité clinique ont été clarifiées et présentées aux chefs et aux SAC ce qui permet de légitimer le rôle et la responsabilité de chacun. La diffusion dans les équipes est en cours. Le processus d'accueil, d'intégration et d'orientation des nouveaux employés est terminé et sa diffusion a été réalisée auprès des gestionnaires et des instances syndicales.		
Recommandation contraignante – juin 2013 Définition de ce qu'est un guide et un protocole d'intervention clinique Ayant reçu une moyenne générale inférieure à 70 %, de nouvelles activités d'appropriation se sont déroulées dans les équipes. La diffusion du <i>Protocole d'application des mesures de contrôle</i> adopté en mars 2014 ainsi que la diffusion des composantes essentielles des guides de pratiques soutiennent aussi cet objectif		
AN 1	AXE D'AMÉLIORATION 2 : LE DÉVELOPPEMENT D'UNE CULTURE DE RECHERCHE ET D'INNOVATION	AN 3
Le CRDITED s'est impliqué dans différentes recherches, l'une qui se démarque est celle relative à la littératie, les professionnelles impliqués se sont associés non pas juste aux chercheurs mais aussi formellement le comité des usagers de l'établissement. Les principales stratégies réalisées au cours de l'année sont: ♦ Un colloque conjoint avec la DPP, le Conseil multidisciplinaire et le Conseil des Infirmières et Infirmiers s'est tenu en janvier 2014, auquel ont participé 180 personnes. Plusieurs activités étaient au programme: diffusion des activités de recherches réalisées au CRDITED, sensibilisation aux étapes d'une démarche scientifique, session d'affiches scientifiques, etc. La démarche et les résultats de la recherche portant sur le Modèle intégré d'intervention (MII), évalué dans les services de l'Étincelle du CRDITED de Laval ont été présentés. Le lancement officiel du rapport de la recherche MII fut également réalisée. ♦ Le comité de recherche et de stage a repris ses activités ; le principal mandat de ce comité consiste à recevoir, analyser et recommander la participation aux recherches proposées par différents milieux universitaires.		
Recommandation contraignante		
		Aucune

La mise en œuvre du plan d'organisation du CRDITED de Laval est l'élément majeur de la dernière année. Son déploiement a été réalisé en deux phases soit automne 2013 et hiver 2014. En parallèle l'optimisation des équipes (technologie mobile, travail à distance) s'est implantée dans les équipes cliniques auprès du personnel éducateurs spécialisés. Diverses activités soutenant la gestion du changement ont été réalisées afin d'informer, de recueillir les appréhensions et les commentaires, afin d'offrir le soutien nécessaire aux personnes ciblées par ces modifications majeures d'organisation du travail.

En ce qui concerne les attentes liées aux cibles de performance elles ont d'abord été diffusées et bonifiées avec l'ensemble des gestionnaires pour ensuite être diffusées auprès des équipes cliniques. Un premier tableau de bord de gestion lié à ces attentes est réalisé et en cours d'analyse par les gestionnaires.

Les attentes et les standards de supervision clinique et de gestion ont été réaffirmés afin d'appuyer l'offre de services spécialisés. Différents moyens ont été mis en œuvre afin de mieux soutenir les professionnels dédiés à la supervision clinique : l'infirmière clinicienne s'est jointe aux rencontres des SAC, l'équipe de soutien spécialisé supporte les équipes du continuum TGC, diverses modalités de supervisions sont proposées (forum en ligne, regroupement des ergothérapeutes du grand Montréal).

De nouveaux retards dans l'actualisation du « Programme d'appréciation des contributions du personnel » sont identifiés pour le personnel dédié aux services matériels et techniques. Un diagnostic organisationnel a été nécessaire et a permis d'établir les travaux préalables et les échéanciers ; le déploiement du PAC devrait être complété au cours de l'année 2015.

Afin d'assurer l'appropriation de la philosophie de gestion, plusieurs modalités sont réalisées:

- ◆ Le dépliant est remis au nouveau personnel lors de l'accueil.
- ◆ La documentation est présente et disponible sur le Portail intranet du CRDITED.
- ◆ Des échanges entre le gestionnaire et l'employé se déroulent lors des rencontres de supervision ou les rencontres de suivi du PAC.

Le comité **Plan stratégique de développement des ressources humaines (PSDRH)** est mis en place et l'échéancier entourant l'élaboration du PSDRH est prévu pour l'hiver 2015.

Le processus d'accueil des stagiaires est formalisé ; les guides à l'intention des stagiaires et des répondants de stage sont diffusés. Notez que près d'une soixantaine de stagiaires ont été accueillis depuis deux ans.

Recommandation contraignante lors du bilan à la première année du PAM - 2013

Mise en place des mécanismes permettant d'assurer un suivi des attentes recueillies auprès du personnel.

Les diverses stratégies réalisées dans cet axe d'amélioration démontrent que de nouveaux mécanismes sont formalisés au sein de l'organisation. La formation liée à la gestion du changement à l'intention des gestionnaires contribue à la cueillette continue des attentes dans ces contextes.

AN 1	AXE D'AMÉLIORATION 4 : LA CONSOLIDATION D'UNE CULTURE D'INTERVENTION AXÉE SUR LA QUALITÉ, LA PRÉVENTION ET LA GESTION DES RISQUES	AN 3
	La politique liée à la gestion du dossier de l'usager révisée intègre maintenant les règles de conservation des documents au sein des RNI pour les usagers hébergés. Le cadre de référence, révisé, sur la tenue de dossier est présenté dans les équipes par l'archiviste médicale. Plusieurs stratégies concernant le développement d'une culture d'intervention axée sur la prévention et la gestion des risques ont été réalisées : Pour les gestionnaires: ◆ Distribution de rapports personnalisés (Ex. : bilan des erreurs d'administration de la médication de son secteur) ◆ Présentation animée du bilan annuel de la gestionnaire de risques afin de cibler avec eux les situations requérant une amélioration. Pour le personnel: ◆ Formation spécifique aux intervenants cliniques dédiés à la clientèle TGC ◆ Formation ITCA disponible mensuellement aux personnels concernés Pour les RI/RTF : ◆ Poursuite de la formation sur l'administration des médicaments par une infirmière du CRDITED. ◆ Poursuite de la formation sur les mesures universelles. Tournée de l'éducatrice en ressource où ces concepts furent revus. ◆ Suivi administratif auprès des responsables pour la transmission des formulaires incidents/accidents : ◆ Rappel quant à l'importance de la gestion des risques, de la politique et les délais prescrits. La révision du plan de mesures d'urgence suite au nouveau plan d'organisation et l'optimisation des éducateurs spécialisés a été diffusée dans les équipes. L'information est aussi disponible sur le portail du CRDITED.	
	Recommandation contraignante - décembre 2012 Réalisation d'exercices d'évacuation annuellement dans tous les points de services en procédant au suivi Rien à signaler concernant cette recommandation.	
AN 1	AXE D'AMÉLIORATION 5 : L'IMPLICATION DES RESPONSABLES DES RESSOURCES RÉSIDENTIELLES DANS LE PROCESSUS D'ADAPTION ET DE RÉADAPTATION DE LA PERSONNE HÉBERGÉE	AN 3
	L'année est marquée par la mise en application des nouvelles règles de rétribution. Tant les gestionnaires, les intervenants concernés, le personnel administratif et les responsables de RI/RTF ont dû comprendre et s'approprier le nouveau cadre de référence. Plusieurs formations et séances d'information ont été nécessaires afin d'assurer une compréhension commune de ces nouvelles règles Plusieurs activités permettant l'actualisation de ces nouvelles aux modalités de contribution ont été réalisées: ◆ La signature des ententes spécifiques et particulières , ◆ Les lettres d'entente 2 et 3, négociées pour les ressources visées par la LRR ◆ Différents outils expliquant les particularité de chacune des associations ont été développés et diffusés au personnel de l'établissement, aux comités locaux de concertation ainsi qu'aux responsables de RI/RTF. Le plan de travail permettant l'harmonisation du guide RI/RTF et le cadre de référence ministériel est adopté et actuellement en cours de réalisation.	
	Recommandation contraignante	Aucune

AN 1	AXE D'AMÉLIORATION 6 : L'AMÉLIORATION DURABLE DE LA SANTÉ, DU MIEUX-ÊTRE ET DE LA MOBILISATION DU PERSONNEL	AN 3
	Les activités de la dernière année démontrent la volonté de l'organisation d'implanter le plan de mise en œuvre 2013-2014. Le comité Santé et Mieux-être, ainsi que les promoteurs santé des équipes organisent, actualisent et soutiennent la démarche : ◆ Animation d'un atelier sur les bienfaits de la marche et déploiement de circuits de marche dans chacun des points de service ; ◆ Cueillettes des besoins et préoccupations du personnel impacté par les changements liés au déploiement du plan d'organisation et du projet d'optimisation afin d'identifier les mesures de soutien requises ; ◆ Deux activités liées au Défi santé ont été réalisées, une autre est actuellement en cours. Le taux de participation évolue à chacun des défis lancés et confirme la pertinence de ce modèle ; ◆ À l'hiver 2014 s'est tenue la Journée Santé et Mieux-être où la politique relative à la Santé et Mieux-être a été présentée. Deux conférences ont été offertes, la première sur la prévention de la santé psychologique au travail et la deuxième sur la promotion de saines habitudes de vie. L'analyse des sondages ainsi que la cueillette des besoins et préoccupations sont présentement en cours de réalisation. Le processus d'audit par le Bureau de normalisation du Québec est prévu à l'hiver 2015, en vue d'une certification « Entreprise en santé », au 31 mars 2015.	
	Recommandation contraignante	Aucune

AN 1	AXE D'AMÉLIORATION 7 : ASSURER LA GESTION DE LA DOCUMENTATION ET DES INFORMATIONS INTERNES	AN 3
	Recommandation contraignante lors du bilan à la première année du PAM - 2013 Un retard est accusé concernant cet axe d'amélioration compte tenu que plusieurs actions liées à l'implantation du plan d'organisation et au projet d'optimisation sollicitaient les mêmes acteurs que ceux devant agir comme porteurs de cet axe. Le logiciel devant assurer la gestion documentaire est identifié et la personne responsable de l'implantation s'en approprie le fonctionnement.	