



PLAN D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ 2025-2026 (PACQ)

CONTEXTE :

Considérant la volonté de bien répondre aux besoins de la clientèle;
Considérant la recherche constante de la qualité et de la sécurité;
Considérant les orientations ministérielles sur un milieu de vie de qualité pour la clientèle hébergée en soins de longue durée;
Considérant notre offre de service par les programmes et les ressources disponibles;
Considérant les exigences d'Agrément-Canada;
Considérant la mission, la vision et les valeurs du CHSLD;
Considérant les priorités du MSSS;
Considérant le plan stratégique 2020-2026 du CHSLD;
Considérant le plan 2021-2026 du MSSS sur l'hébergement;
Considérant des objectifs non réalisés et reportés de l'année antérieure;
Considérant l'apport des résidents, des membres de familles, des bénévoles, des employés et des suivis du milieu de vie;
Considérant le contexte post-pandémique;
Considérant l'approche client-partenaire, l'approche communautaire et le cadre de référence en proche aidance ;
Considérant le cadre de référence bientraitance du MSSS , les concepts de diversité, d'équité, d'inclusion et de sécurité culturelle et d'humilité
Considérant le Cadre canadien sur la qualité des soins et la sécurité des patients pour les services de santé (CQPS)

Un plan annuel d'amélioration continue de la qualité, qui découle du Plan stratégique 2020-2026, a été élaboré de manière à répondre aux principaux objectifs présentés au point suivant. Le présent plan a été complété et est sous la responsabilité du comité de direction et de la qualité et est diffusé/accessible à l'ensemble de l'organisation. Des ajustements pourraient y être apportés en cours d'année de manière à répondre aux besoins et aux demandes évolutives de la clientèle et de manière à toujours s'assurer de tenir compte des 5 objectifs du Cadre canadien sur la qualité des soins et la sécurité des patients dans nos objectifs d'améliorations tout en considérant le contexte de changement dans le réseau de la santé et des services sociaux. De ce plan découle un plan d'action-qualité du milieu de vie (sous la responsabilité du comité de gestion du milieu de vie) de même que des plans d'action opérationnels qui viendront compléter les démarches d'amélioration dans les différents services pour l'année en cours.

OBJECTIFS PRINCIPAUX:

- Répondre le plus favorablement possible aux demandes de la clientèle
- Assurer le développement et l'évolution de l'approche par programme
- Assurer en tout temps une prestation de soins et services sécuritaires et de qualité
- Offrir un milieu de vie évolutif et adapté aux besoins de la clientèle
- Fournir un milieu de vie bientraitant
- Répondre avec succès aux orientations ministérielles pour un milieu de vie de qualité pour la clientèle hébergée
- Répondre avec succès aux exigences d'agrément
- Être un milieu de travail stimulant et sécuritaire
- Susciter l'apport des résidents, des familles, des employés et des bénévoles
- Se référer aux 5 objectifs de sécurité et de qualité du Cadre canadien sur la qualité des soins et la sécurité des patients pour les services de santé dans nos pratiques et dans notre gestion



RAPPEL DES ENJEUX 2020-2026:

- Enjeu n° 1 : Milieu de vie évolutif et adapté aux besoins des résidents
- Enjeu n° 2 : Main-d'œuvre disponible et engagé
- Enjeu n° 3 : Rayonnement et communications proactives et efficaces
- Enjeu n° 4 : Standards élevés de qualité et de sécurité pour la clientèle et le personnel



LES 5 OBJECTIFS DU CADRE CANADIEN SUR LA QUALITÉ DES SOINS ET LA SÉCURITÉ DES PATIENTS POUR LES SERVICES DE SANTÉ¹

Ensemble, nous pouvons amener des changements positifs en travaillant pour atteindre les cinq objectifs généraux du cadre :

OBJECTIF 1 | SOINS CENTRÉS SUR LA PERSONNE

Les personnes qui utilisent les services de santé doivent être des partenaires égaux dans la planification, le développement et le suivi des soins afin d'assurer que les soins répondent à leurs besoins et que ces personnes obtiennent les meilleurs résultats possible.

OBJECTIF 2 | SOINS SÉCURITAIRES

Les services de santé sont sécuritaires et ne causent pas de préjudices évitables.

OBJECTIF 3 | SOINS ACCESSIBLES

Les gens ont un accès ponctuel et équitable à des services de santé de qualité.

OBJECTIF 4 | SOINS APPROPRIÉS

Les soins sont fondés sur des données probantes et centrés sur la personne.

OBJECTIF 5 | SOINS INTÉGRÉS

Les services de santé sont continus et bien coordonnés, favorisant des transitions fluides.

Au cours des pages qui suivent vous retrouverez les actions mises en place pour viser les 5 objectifs ci-dessus réparties selon les enjeux et orientations du plan stratégique.



MÉTHODE D'ANALYSE DES RÉSULTATS :

L'analyse des résultats est réalisée par l'ensemble de l'équipe de gestion lors de la première rencontre de planification stratégique. Suite à l'analyse des faits, aux explications et aux discussions en équipe, une couleur illustrant le degré d'atteinte de l'objectif est attribuée, les **couleurs étant** :

Vert : objectif atteint

Jaune : objectif partiellement atteint ou en cours de réalisation

Rouge : objectif non atteint

Les objectifs rouges et jaunes seront reportés pour l'année 2025-2026, si toujours une priorité.

Légende :

DSIMV : Direction des soins infirmiers et du milieu de vie

DRHDO : Direction des ressources humaines et du développement organisationnel

DSFT : Directeur des services financiers et techniques

CQMV : Conseillère qualité milieu de vie

Élaboration mai 2025, révision décembre 2025, analyse finale avril 2026



ENJEU 1 : MILIEU DE VIE ÉVOLUTIF ET ADAPTÉ AUX BESOINS DES RÉSIDENTS

ORIENTATION 1 : DÉPLOYER DES APPROCHES ET PROGRAMMES ADAPTÉS ET INTÉGRÉS AUX BESOINS ET ATTENTES DE LA CLIENTÈLE PAR UNE GESTION PARTICIPATIVE CLIENT-PARTENAIRE

Objectifs/moyens 2025-2026	Personnes responsables	Échéancier	Résultats visés/indicateurs	Analyse des résultats	Couleur attribuée
Revoir et bonifier notre offre de soins et services en partenariat avec la clientèle de façon à répondre à leurs besoins évolutifs	DG	Mars 2026	Réalisation du processus de planification stratégique	Processus complété	
	DSIMV	Mars 2026	Diminution des conséquences F-G-H-I suite à une chute; pourcentage visé est moins de 1.5% (sur nb chutes total)	Total de 7 chutes à conséquences graves cette année (4-F, 2-G, 1-I), comparé à 4 l'an dernier. Donc aucune diminution Taux chutes conséquences graves 2,2%	
			Poursuite du déploiement du bain sensoriel au 3 e et 4 ^e	Bain sensoriel déployés, audit de conformité à 88% (le 3 ^e est a amélioré). Sondage de satisfaction auprès de la clientèle : 88%	
			Réalisation min. 50% des PII fin de vie (vs au nb de décès total)	70% PII fin de vie sont faits par rapport au nombre de décès	
			Mise à jour du programme fin de vie	Reporté en 2026-2027. Nouveaux outils disponibles et formation auprès des pab faite 2025-2026	
	Direction générale	Mars 2026	Développement d'une approche officielle équité, diversité, inclusion	Travaux débuté mais à poursuivre en 2026-2027	
		Mars 2026	Développement d'une approche officielle de sécurité culturelle et d'humilité	Travaux débuté mais à poursuivre en 2026-2027	
	DSIMV	Mars 2026	Développement d'une approche officielle de soins adaptée aux traumatismes (clientèle)	Ajout d'élément sur les traumatismes pour les résidents (ajout formulaire admission de la TS et histoire de vie)	
	Chef du service alimentaire	Mars 2026	Révision de l'offre alimentaire en texture purée	En cours d'analyse afin de tenter d' ↑la variété pour le déjeuner	
		Mars 2026	Faisabilité d'une offre alimentaire mange-main explorée	Analyse complété et un logo sera affiché à cet effet d'ici mai 2026 sur le menu afin d'identifier facilement	
Mettre en œuvre des projets qualité liés au milieu de vie	DG, DSFT	Janvier 2026	Poste informatique au RC accessible aux résidents.	Installation complétée.	
	DSIMV DG	Janvier 2026	Réalisation du Projet d'aménagement des salles familiale avec la subvention FQLI-Mirella Saputo	Projet réalisé à 100%. Reddition de compte a été envoyée a Camille.	
	DG, DSFT	Déc 2025	Donner accès à une installation d'un accès extérieur sécurisé pour la saison hivernale pour les résidents	Aucun besoin soulevé à ce niveau. Cour de côté peut être aménagé si besoin et sur demande.	
Bonification de l'approche client-partenaire	DSIMV DG	Mars 2026	Cadre de référence revu et bonifié de façon à augmenter le volet de satisfaction et support des résidents comme client partenaire	Bonification du cadre de référence avec la création d'un comité client-partenaire 2 rencontres 2025-2026	
			Moyens mise en place pour informer les employés sur l'approche client-partenaire	Article dans journal interne. Sondage aux employés (résultats de sondage agrément démontre que les employés en sont informés) Sujet abordé en groupe de formation	
			Rédaction et déploiement du programme Proche aidant en lien avec le guide du MSSS	Rédaction en cours, non finalisé	
			Augmentation de 20% de la présence des proches aidants aux rencontres PII (ex : via zoom, téléphone)	63% de présence d'au moins un résident ou un PA lors des PII comparativement à 64% en 2024-2025, similaire)	

Bonifier les taux de participation des pab accompagnateur au PII	DSIMV	Mars 2025	Présence des pab accompagnateur dans 60% des PII. Préparation écrite complétée par les pab dans 80% des PII	Présence au PII : 52% en moyenne au cours de l'année, il a eu une augmentation de 28% du taux de participation. Par contre, un taux de 80% de participation au dernier trimestre	
--	-------	-----------	--	--	--

ORIENTATION 2 : FAVORISER LE BIEN-ÊTRE DES RÉSIDENTS ET LA SATISFACTION FACE AU MILIEU

Objectifs/ moyens 2025-2026	Personnes responsables	Échéancier	Résultats visés/indicateurs	Analyse des résultats	Couleur attribuée
Améliorer en continu l'environnement physique accessible aux résidents	Adjoint au DSFT Directrice générale DSIMV	Été 2025	Réaménagement de la zone cabanon via le projet de sentier interactif	Nouvelle installation achetée mais non installé et aménagement non terminé à terminer en 2026-2027	
		Mars 2026	Réaménagement des aires de repos (corridors) pour résidents et familles	Aménagement complété sur réception du nouveau mobilier	
		Mars 2026	Ajout de repères visuels facilitant l'orientation sur les unités de vie en collaboration avec la fondation	Reporté dans la planification stratégique 2026-2031	
		Mars 2026	Revitalisation des aires de services dans les cuisinettes des unités de vie	Reporté dans la planification stratégique 2026-2031	
Bonifier les étapes du processus d'accueil à la chambre lors de l'admission	DSFT DSIMV	Mars 2026	Rédaction et mise en œuvre d'une procédure officielle d'inspection systématique des chambres avant admission	Suggestion de procédure avec coach pab mais pas mis en place.	

ENJEU 2 : MAIN-D'ŒUVRE DISPONIBLE ET ENGAGÉE

ORIENTATION 1 : ASSURER LA DISPONIBILITÉ D'UNE MAIN-D'ŒUVRE QUALIFIÉE ET COMPÉTENTE

Objectifs/moyens 2025-2026	Personnes responsables	Échéancier	Résultats visés/indicateurs	Analyse des résultats	Couleur attribuée
Favoriser la présence et la stabilité au travail	Comité de direction et de la qualité	Mars 2026	Diminution de 10% du taux SST.	Cible non atteinte et en hausse 1.1% vs 2% Hausse des heures csst de + 2859 h Mais hausse aussi de ASTemp + 1840h Très actif en maintien au travail	
			Diminution de 5 % du taux assurance-salaire	9.2 vs 12.9 L'augmentation des heures travaillées contribue en partie à la hausse des heures en assurance salaire.	
		Automne 2025	Tenir activités de recrutement pour tenter de recruter 1 médecin	Collaboration à l'activité de recrutement du CISSS Lan en juin 2026. Accueil et visite pour un médecin et contact établi. Arrivée prévue pour septembre 2026	
		Automne 2025	Maintenir la MOI à moins de 1%	MOI cessé à partir d'avril 2026. Aucun recours à l'utilisation exceptionnelle autorisée par SQ	
Promouvoir la formation pour le personnel d'encadrement	DRHDO	Décembre 2025	Prioriser formation en communication efficace avec les équipes de travail (employés difficiles)	Formation réalisée en octobre 2026 avec l'équipe de gestionnaires et services administratifs concernés.	
Bonifier le processus d'accueil-orientation-probation	DSIMV DRHDO	Mars 2026	Processus d'accueil et orientation revu pour les infirmières et infirmières auxiliaires de manière à bonifier le volet gestion de médicaments	Ajout d'un volet spécifique sur les médicaments aux programme orientation des inf et inf. aux. depuis décembre 2025, implication du pharmacien	
			Revoir guide accueil des employés et bénévoles (ajout langue officielle du travail qui est le français).	Contenu du guide mis à jour et format revenpé (version code QR en développement)	
Bonification mécanisme de suivi RH	DRHDO	Mars 2026	Revoir le processus de comptabilisation des formations réalisées par les employés assignation temporaire	Tableau de suivi des formations révisée processus mis en place	
			Revoir et assurer l'application du processus de sondage accueil/probation des employés	Sondage en préparation version courriel	
			Revoir et assurer l'application du processus de sondage de départ volontaire des employés	Sondage revu et déploiement en cours avec version sondage via courriel	

ORIENTATION 2 : PRENDRE SOIN DU PERSONNEL ET FAVORISER LEUR PLEIN POTENTIEL PAR UN MILIEU DE TRAVAIL SAIN ET SÉCURITAIRE QUI FAVORISE LE BIEN-ÊTRE AU TRAVAIL

Objectifs/ moyens 2025-2026	Personnes responsables	Échéancier	Résultats visés/indicateurs	Analyse des résultats	Couleur attribuée
Favoriser l'inclusion et l'ouverture sur le multiculturalisme	Service alimentaire DRHDO	Hiver 2026	Déploiement du menu découverte pour les résidents et les employés au cycle de menu	Débuté mais à poursuivre dans l'identification visuelle au menu	
	DRHDO	Hiver 2026	Mettre sur pied un comité EDI (équité, diversité, inclusion)	Printemps 2026	
	Direction générale	Mars 2026	Développement d'une approche officielle d'inclusion, diversité, équité	En cours de développement à poursuivre en 2026-2027	
	Direction générale	Mars 2026	Développement d'une approche officielle de sécurité culturelle et d'humilité	En cours de développement à poursuivre en 2026-2027	
Poursuivre les efforts de conciliation vie personnelle- travail	Comité de direction et de la qualité	Mars 2026	Actualisation des ententes locales.	Non applicable selon la Loi SQ	
Bonifier le programme pour l'optimisation du travail	DRHDO DSIMV	Mars 2026	Évaluer l'application du processus du projet de PAB chef d'équipe (coach).	Sondage avant et après la mise en place de pab chef d'équipe « coach ». Les résultats étaient déjà très bon et reste similaires. A la question est-ce que les pab coach m'offre du support que j'ai besoin 90% sont accord ou tout à fait d'accord	
			Comblent l'ensemble des postes pab chef d'équipe	2 postes comblés sur 3, poste en affichage	
			Mettre en œuvre à 100% le plan d'action d'amélioration en lien avec les services professionnels de la réadaptation	Mise en œuvre en place, bilan 2025-2026 : 45% des actions réalisées, 30% en cours de réalisation Et 25% non réalisés ou en réflexion	
Répondre aux exigences de la Loi modifiée en SST	Direction générale DRHDO	Mars 2026	Tenir formation aux gestionnaires sur la mise à jour du dossier de la prévention de la violence conjugale en milieu de travail et risques psycho-sociaux	Formation planifiée et réalisée	
			Mise à jour et déploiement des nouvelles Politiques et procédures liées à la SST (RSS en fonction)	En cours de développement RSS nommée, actualisation rôle comité SST	
Favoriser la reconnaissance des employés	Direction générale DRHDO	Mars 2026	Actualisation du Programme de reconnaissance	Actualisation en cours d'élaboration, déploiement prévu en 2026-2027 via comité SME	

ENJEU 3 : RAYONNEMENT ET COMMUNICATIONS PROACTIVES ET EFFICIENTES
ORIENTATION 1 : OPTIMISER NOS MODES DE COMMUNICATIONS PAR L'INNOVATION ET LA DIVERSITÉ

Objectifs/ moyens 2025-2026	Personnes responsables	Échéancier	Résultats visés/indicateurs	Analyse des résultats	Couleur attribuée
Optimisation du service clinique	Comité de direction et de la qualité	Mars 2026	Réalisation de la Phase préparatoire à l'implantation d'un nouveau Logiciel clinique.	Rencontres effectuées, discussions tenues et bases de contrat et de déploiement établis.	
Déploiement tableaux de gestion visuelle (TGV) dans tous les services	Direction générale DSFT Service alimentaire	Mars 2026	Déploiement TGV direction	Déployé en janvier 2026 Pour 2026-2027 : rencontres d'équipes statutaires et davantage structurées au SA et entretien ménager.	
Optimisation du mécanisme de communication de masse pour les employés	Direction générale DRHDO	Hiver 2026	Rédaction d'une Politique et procédures sur l'utilisation des courriels personnels des employés en respect de la nouvelle loi sur la protection des données	Finalisation du document, déploiement printemps 2026	
Meilleure tenue d'inventaire	DSFT	Décembre 2025	Révision et bonification des registres équipement (MEPS vs autres fichiers)	Reporté en 2026-2027	
Outils de travail efficace	DSIMV	Décembre 2025	Bonification de la Zone intranet RH	100% réalisé, bonification à poursuivre selon l'évolution des besoins	
	Direction générale	Décembre 2025	Production du journal interne via outil informatique	100% réalisé	
	DSFT	Automne 2025	Informatisation du Formulaire hygiène des mains	100% réalisée, Informatisation à poursuivre	
	DSFT	Février 2026	Déploiement de l'affichage numérique sur les unités de vie (en collaboration avec la Fondation)	Affichage numérique en fonction sur les 4 milieux de vie, au RC et au centre de jour	

ORIENTATION 2 : MAINTENIR ET DÉVELOPPER DES PARTENARIATS BÉNÉFIQUES AVEC LA COMMUNAUTÉ

Objectifs/ moyens 2025-2026	Personnes responsabl es	Échéancier	Résultats visés/indicateurs	Analyse des résultats	Couleur attribuée
Collaborer aux dépôts de Projets de la FQLI	Direction générale DSIMV	Été 2025	Mise en œuvre du Projet sentier interactif	100% réalisé	
Présenter le Chsld comme partenaire de la communauté	DSIMV	Mars 2026	Programme communautaire rédigé et déployé	Programme en élaboration, non finalisé, à poursuivre l'année prochaine.	
Collaboration avec le MSSS pour dépôt de projets	Direction générale DSIMV	Août 2025	Dépôt de projet pour subvention dans le cadre du plan d'hébergement et assurer le suivi	Aucune subvention cette année	
Assurer bon partenariat avec le CISSS de Lanaudière et autres partenaires EPC	DSIMV	Été 2025	Analyses comparatives déployées	Analyses comparatives effectuées avec le CISSS pour hygiène des mains, Opus AP-PEPS, SISSS et données financières avec les EPC Discussions en cours avec AEPC et CISSS pour établir processus permettant des analyses comparatives de la performance clinique entre établissement	
Prendre les opportunités de partenariats pour la réalisation de Projets qualité subventionnés	Direction générale DSIMV	Mars 2026	Réalisation du Projet Excellence en santé canada avec matériel occupationnel	Subvention de 5000\$ achats du matériel occupationnel fait 4 projets soumis au total au cours de l'année (pige aléatoire)	
			Projet aménagement salles familiales FQLI-Mirella Saputo	Réaménagement complété à 100%	

ENJEU 4 : STANDARDS ÉLEVÉS DE QUALITÉ ET DE SÉCURITÉ POUR LA CLIENTÈLE ET LE PERSONNEL

ORIENTATION 1 : ARRIMER NOS STANDARDS AUX MEILLEURES PRATIQUES ET NORMES RECONNUES

Objectifs/ moyens 2025-2026	Personnes responsables	Échéancier	Résultats visés/indicateurs	Analyse des résultats	Couleur attribuée
Suivi particulier en Gestion des risques	Comité de direction et de la qualité	Mars 2026	Assurer le suivi des recommandations du comité de gestion des risques (cf. outil de suivi des recommandations) :Revoir et améliorer le processus de gestion des nouveaux équipements (cf lettre déposée au CODIR le 10 juillet 2025)	Mise à jour du logiciel MEPS à poursuivre en 2026-2027	
			Effectuer une analyse des Déclarations AH-223 de type Autres	Analyse effectuées, déclaration mieux définis Avons suivi 4 types de déclarations autres cette année : constats blessures origines inconnues, origine connue, plaie de pression et obstruction respiratoire. PP : idem que 24-25 OR : 24 vs 41 (-42%) CBOI : 47 vs 95 (-51%) objectif atteint CBOC : 80 vs 52 (+34%) normal En général baisse de 14% du nombre total d'accidents autres	
Assurer le suivi des projets de rénovations fonctionnelles prioritaires	Comité de direction et de la qualité	Mars 2026	Respecter l'échéancier pour la mise à niveau des ascenseurs	Projet suit les échéanciers prévus	
Assurer une saine gestion de la pandémie, des éclosions	Comité de direction et de la qualité	En continu	Moins de 20% du taux d'attaque de résidents atteint lors d'éclosion	3 éclosions en 2025-2026 : une éclosion a 45% (16) taux attaque covid (4 ^e), un éclosion au 1 ^e covid (5) avec taux attaque à 14% et un éclosion d'influenza au 4 ^e (5) taux attaque à 14%	
Intensifier la déprescription	Comité médical DSIMV Direction générale	Mars 2026	-Plan d'action Opus –AP – PEPS spécifique en place -0-20 % résidents (non atteints de psychose) sous antipsychotiques 0-45 % résidents ayant 10 principes actifs et +	AP réguliers et AP prn = 7.86% 10+ Rx = 54.29%	

Répondre aux nouvelles exigences MSSS ou autres instances	DSIMV	Mars 2026	Débuter la rédaction du Cadre de référence sur la bientraitance	Formation et promotion sur la bientraitance. Cadre de référence en rédaction	
	Comité de direction et de la qualité		Répondre aux plans action sur l'hébergement pour l'année 2025-2026 (programme de santé auditive déployée)	Actions et Reddition de compte complété à 100% auprès de la responsable du Plan d'hébergement du CISSS	
	DSIMV DG		Développement du Programme en proche aide	Rédaction en cours pour 2025-2026. À finaliser pour 2026-2027	
	Direction générale		Répondre aux exigences de la Loi 25 : formulaires revus et site web à jour (cookies)	MAJ sur le site web effectué, formulaires à revoir	
Débuter la réalisation du processus d'agrément Canada avec le nouveau programme QMentum/HSO	Comité de direction et de la qualité	Mars 2026	Phases préparatoires et plan actions complétées	Étapes de la démarche réalisées dans les échéanciers visés	
Optimisation du service d'hygiène et salubrité	Chef du fonctionnement des installations matérielles	Hiver 2026	Bonification des plans de travail	1 ^{re} bonification effectuée mais suite à une rencontre avec les employés une 2 ^e bonification doit être réaliser	
			Intensification des suivis et audit qualité	Audit complété selon planification	
	Chef du fonctionnement des installations matérielles DG Chef d'unités	Février 2026	Analyse Lean du processus de buanderie réalisée et améliorations apportées	Analyse effectuée, améliorations apportées et déploiement débuté	
Assurer l'accès au chsld aux seules personnes autorisées	Comité de direction et de la qualité	Été 2025	Sécuriser davantage les Accès	Projet de sécuriser les accès au RC avec le projet ascenseur en cours et à poursuivre en 2026-2027. Accès à la cour arrière a été sécurisé davantage.	
Optimisation du système de surveillance	Direction générale	Mars 2026	Mise à jour la politique sur les caméras de surveillance	Travaux débutés mais à poursuivre	

Diminuer l'occurrence des risques jugés prioritaires	(cf. plan de sécurité et de gestion des risques) :				
Rupture de services médicaux et pharmacie	Direction générale	En processus continu	Aucune rupture de service médical et pharmacie	Service limité mais aucune rupture de service Recrutement de 1 médecin effectué, début prévu en septembre 2026	
Stationnement glissant	Direction générale	Hiver 2026	Aucune chute avec conséquences	5 chutes. Dont un avec arrêt de travail	
Fugue	Direction générale	En processus continu	Aucune fugue à l'extérieur de l'établissement	Pas de fugue pour 2025-2026 (code jaune fait résident retrouvé à l'interne), 1 fugue usager CDJ retrouvé dans le stationnement	
Abus/ maltraitance	Comité de direction et de la qualité et responsable des différents services	Processus continu	Aucun cas causant des préjudices sérieux	(3) Trois déclarations : Un cas employé et un cas physique entre résident dont un avec préjudice sérieux, une maltraitance sexuelle attouchement entre deux résidents (TNC).	
Éclosion covid ou autres infections/virus	Direction générale Comité PCI	Mars 2026	Aucun décès Taux d'attaque de moins de 20%	(3) éclosions en 2025-2026 : un éclosion a 45% (16) taux attaque covid (4e), un éclosion au 1e covid (5) avec taux attaque à 14% et un éclosion d'influenza au 4e (5) taux attaque à 14%. Un décès relié possiblement à la covid au 4e suite au constat de décès par le médecin	
Chutes	DSIMV Comité sécurité-mobilité	Processus continu	Taux de chutes générale à la baisse de 5 %. Taux de chutes avec conséquences F-G-H-I à <1.5 %	Stabilité du taux de chute sur le total des événements à 46% pour 2025-2026 comparativement à 43% en 2024-2025. Diminution de 6% (total de 305, vs 324)	
				Chutes avec conséquences graves 2,2%	

Bilan comparatif des médicaments	DSIMV Comité gestion des médicaments	Processus continu	- Taux de conformité minimal de 80 % -Aucune conséquence liée à évènement	De janvier à mars 2026 : Taux de conformité admission 92% Taux de conformité retour 67%, transfert 93%. Total aléatoire de 9 dossiers Amélioration BCM au mois de septembre : admission 76% transfert 66%	
Surutilisation des médicaments	DSIMV Pharmacien Direction générale	Mars 2026	-0-20 % résidents (non atteints de psychose) sous antipsychotiques --45 % résidents ayant 10 principes actifs et +	AP réguliers et AP prn =7,86% 10+ Rx = 54.29%	
Médicament de niveau d'alerte élevé	Comité gestion des médicaments	Processus continu	Aucune conséquence F-G-H-I liée à un incident lié à une mauvaise manipulation	Aucun accident de conséquence F-G-H-I	
Erreurs de médicaments	Médecin comité médicaments	Processus continu	Aucun évènement de gravité E-F-G-H-I, -Aucun accident à conséquences graves F-G-H-I - Aucune évènement sentinelle - Aucune hausse du taux d'erreur de médicament	Aucun accident de conséquences E-F-G-H-I, et aucune hausse du taux d'erreur (109 vs 122)	
Réaction agressive par un résident (cas SCPD)/violence en milieu de travail	DSIMV DRHDO Comité SST	Processus continu	Diminution du taux de Que le nombre d'inc.-acc. liés aux SCPD diminue de 10 % Diminution du nb d'arrêts de travail de 10 % médicaments AP chez les résidents du 2 (cible 30 %)	31,43% utilisation AP au 2 ^e Taux de déclaration incidents accident et arrêt de travail similaire à l'an dernier (43 déclaration 2025-2026 versus 44 2024-25) 2 arrêts de travail comme l'an dernier en lien avec les SCPD	
Lésion de pression	DSIMV	Processus continu	- Diminution du taux de lésion	Déclarations dans le SISSS : 15 PP vs 16 en 24-25 (représente -6%); compilation totale 20 nouvelles PP cette année, identique à 24-25.	
Étouffement grave	DSIMV	Mars 2026	Aucun évènement avec conséquence F-G-H-I	Aucun évènement étouffement grave	
Plaintes de harcèlement /incivilité	DRHDO	Mars 2026	Aucune plainte de harcèlement entre employé	5 situations rapportées au RH sans dépôt de plainte officielle mais interventions réalisées Aucune plainte retenue	
Assurance-salaire	DRHDO Chef des services	Mars 2026	Diminuer de 5 % l'assurance-salaire	9.2 vs 12.9 L'augmentation des heures travaillées contribue en partie à la hausse des heures en assurance salaire.	

Technique de transfert	DRHDO Chef des services Comité CNESST	Mars 2026	- Baisse du Nb d'accidents impliquent un transfert et un arrêt de travail	Les accidents liés aux transferts demeurent stables 14 vs 13	
Accident de travail et augmentation des coûts SST	DRHDO Chef des services Comité CNESSTy	Mars 2026	Que le taux d'arrêts de travail diminue de 10 %	Hausse des heures mais baisse du taux personnalisé.	
Blessure d'origine inconnue	DSIMV	Mars 2026	Que le taux de blessure d'origine inconnue diminue de 10%	Baisse du taux de blessure d'origine inconnue et hausse du taux en général, donc meilleure analyse pour bien identifier la cause de l'accident/incident CBOI : 47 vs 95 (-51%) objectif atteint CBOC : 80 vs 52 (+34%) normal, les blessures sont mieux identifiées Total du nbre de constats de blessures : 127 en 25-26, vs 147 en 24-25 (-14%)	
Présence de bactéries multirésistantes	DSIMV, comité PCI et comité médicament, pharmacien, médecin	Mars 2026	Intégrer la gestion des antimicrobiens aucune éclosion des EPC	Aucune éclosion EPC Gestion des antimicrobien (formation mars 2026), implantation du programme avril 2026	

ORIENTATION 2 : ASSURER LE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES

Objectifs/ moyens 2025-2026	Personnes responsables	Échéancier	Résultats visés /indicateurs	Analyse des résultats	Couleur attribuée
Bonification du suivi des participants aux formations selon les exigences	Comité PDRH	Mars 2026	Processus de suivi bonifié	Suivi de formations améliorées Fait par la liste de rappel, nouveau canevas	
Tenir formation sur la civilité en milieu de travail	DSIMV DRHDO	Mars 2026	50% du personnel formé	Prévention de l'incivilité et du harcèlement au travail (24 personnes) et communiquer avec bienveillance (15 personnes). Processus continu et formation paritaire sur les micro-agressions en avril 2026	

Encadrer la pratique des prescripteurs autorisés au chsld (autres que médecins)	Direction générale	Été 2025	Adoption du règlement sur les prescripteurs autorisés au chsld	Adopté en comité médical	
Bonification programme de formation interne	DSIMV DRHDO	Mars 2026	Augmentation du nb de formateurs internes en PDSP	Pas de nouveaux formateurs mais formation plus spécifique auprès des pab chefs d'équipes coach et soutien lors de l'orientation et la probation	

ORIENTATION 3 : OPTIMISER LES PROCESSUS TANT AU NIVEAU DES SOINS ET SERVICES QU'ADMINISTRATIFS

Objectifs/ moyens 2025-2026	Personnes responsables	Échéancier	Résultats visés/indicateurs	Analyse des résultats	Couleur attribuée
Poursuivre la diminution de l'impact environnemental du CHSLD (gestion écoresponsable)	Comité de direction et de la qualité	Mars 2026	75% des actions complétées par le comité vert et développement durable	79% des actions au plan ont été réalisées	
			Adopter une politique d'approvisionnement responsable	Non réalisé ; reportée à 2026-2027	
			Fermeture du dernier fumoir intérieur	Fermeture en vigueur au 31 mars 2026	
Bonifier et intensifier les analyses et suivis des dossiers en SST	DRHDO	Mars 2026	Assurer de répondre Loi modifiée en SST	Conformité avec les échéanciers de la loi	
Mise à jour du processus de gestion documentaire	Direction générale	Mars 2026	Structure des archives du centre de jour revue et améliorée	Réorganisation complète du processus d'archives au centre de jour	
Bonifier l'offre de service de cafétéria	Direction	Été 2025	Cafétéria ouverte le soir (en essai)	Essai en cours de depuis décembre 2025; analyse en cours	
	Service alimentaire	Été 2025	Offre de produits en vente diversifiée	Nouveaux produits disponibles, mais à réévaluer et à bonifier	

BILAN DE L'ATTEINTE DES CIBLES PAR ORIENTATION STRATÉGIQUE 2025-2026

Enjeu 1 : MILIEU DE VIE ÉVOLUTIF ET ADAPTÉ AUX BESOINS DES RÉSIDENTS	Couleur attribuée		
Orientation 1 : DÉPLOYER DES APPROCHES ET PROGRAMMES ADAPTÉS ET INTÉGRÉS AU BESOIN ET ATTENTES DE LA CLIENTÈLE	7	8	2
Orientation 2 : FAVORISER LE BIEN-ÊTRE DES RÉSIDENTS ET LA SATISFACTION FACE AU MILIEU	1	2	0
TOTAL :	8	10	2
Enjeu 2 : MAIN-D'ŒUVRE DISPONIBLE ET ENGAGÉE	Couleur attribuée		
Orientation 1 : ASSURER LA DISPONIBILITÉ D'UNE MAIN-D'ŒUVRE QUALIFIÉE ET COMPÉTENTE	7	2	1
Orientation 2 : PRENDRE SOIN DU PERSONNEL ET FAVORISER LEUR PLEIN POTENTIEL	3	7	0
TOTAL :	10	9	1
Enjeu 3 : RAYONNEMENT ET COMMUNICATIONS PROACTIVES ET EFFICIENTES	couleur attribuée		
Orientation 1 : OPTIMISER NOS MODES DE COMMUNICATIONS PAR L'INNOVATION ET LA DIVERSITÉ	6	1	0
Orientation 2 : MAINTENIR ET DÉVELOPPER DES PARTENARIATS BÉNÉFIQUES AVEC LA COMMUNAUTÉ	4	1	0
TOTAL :	10	2	0



Enjeu 4 : STANDARDS ÉLEVÉS DE QUALITÉ ET DE SÉCURITÉ POUR LA CLIENTÈLE ET LE PERSONNEL	Couleur attribuée		
Orientation 1 : ARRIMER NOS STANDARDS AUX MEILLEURES PRATIQUES ET NORMES RECONNUES	13	10	7
Orientation 2 : ASSURER LE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES	3	0	1
Orientation 3 : OPTIMISER LES PROCESSUS TANT AU NIVEAU DES SOINS ET SERVICES QU'ADMINISTRATIFS	5	1	1
TOTAL	21	11	9

BILAN GLOBAL

ENJEUX	Couleur attribuée		
Enjeu 1 : MILIEU DE VIE ÉVOLUTIF ET ADAPTÉ AUX BESOINS DES RÉSIDENTS	8	10	2
Enjeu 2 : MAIN-D'ŒUVRE DISPONIBLE ET ENGAGÉE	10	9	1
Enjeu 3 : RAYONNEMENT ET COMMUNICATIONS PROACTIVES ET EFFICIENTES	10	2	0
Enjeu 4 : STANDARDS ÉLEVÉS DE QUALITÉ ET DE SÉCURITÉ POUR LA CLIENTÈLE ET LE PERSONNEL	21	11	9
TOTAL :	49	32	12
En pourcentage :	52,7%	34,4%	12,9%
Comparaison 2024-2025	67,1%	18,3%	14,6%

