

TABLEAU INTÉGRÉ DU SUIVI DES PLANS D'AMÉLIORATION COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ 2019-2020

Produit par la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique – Septembre 2019

www.ciusssmcq.ca

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Mauricie-et-
du-Centre-du-Québec*

Québec 

Table des matières

| | Page |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Synthèse de l'évolution des suivis | 3 |
| État d'avancement global (Bilan) | 4 |
| Protecteur du citoyen | 10 |
| Agrément | 24 |
| Inspection professionnelle | 32 |
| Visite d'évaluation en CHSLD | 40 |
| visite d'évaluation en RI RTF | 65 |
| Certification des résidences privées pour aînés (RPA) | 66 |
| Certification des ressources d'hébergement en dépendance (RHD) | 83 |
| Autres plans d'action : | 84 |
| Vérificateur général Québec | 84 |
| Plan d'action en prévention des chutes | 84 |
| Plan d'action en réponse aux recommandations du CUCI | 88 |
| Plan d'action événements Ste-Thècle | 95 |
| Suivi implantation meilleures pratiques | 97 |
| Rapport enquête Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ) | 119 |
| Rapports du coroner | 123 |
| Événements sentinelles | 128 |

Tableau intégré du suivi des plans d'amélioration

Synthèse de l'évolution des suivis 2019-2020

Mise à jour du tableau: 2019-09-18

Légende : Gris : Terminé | Orange : Nouveau | Vert : Évolution normale | Jaune : Évolution modérée (sans risque; aucun suivi au CVQ) | Rouge : Dossier critique à discuter au CVQ |

Évolution du taux d'avancement

| Recommandations Plan d'action | 2018-2019 | | 2019-2020 | | | | | Progression | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | 29-05-2019 | CVQ 18-09-2019 | CVQ 13-11-2019 | CVQ 22-01-2020 | CVQ 11-03-2020 | CVQ 27-05-2020 | | | |
| | | | | | | | | | |
| Protecteur du citoyen | 63 % (27/43) | 0% (0/8) | | | | | | | Poursuite des recommandations non-traitées en 2018-2019. |
| Agrément - Critères pour 2018-12 | 100 % (23/23) | 100 % (23/23) | | | | | | | La transmission de preuve a été fait le 21 juin 2019. En attente des décisions pour les critères pour 2019. |
| Agrément - Critères pour 2019 | 0 % (0/21) | 0 % (0/21) | | | | | | | |
| Inspections professionnelles | 79% (78/85) | 78 % (26/33) | | | | | | | |
| Visite en CHSLD | 88 % (137/156) | 82 % 128/157 | | | | | | | |
| Visite en RI-RTF | 69% (11,8 /17) | 5 % (1/19) | | | | | | | Les actions identifiées avancent et l'approche de rétablissement s'implante activement et porte fruit auprès de la clientèle qui bénéficie désormais de services basés sur un retour à l'autonomie |
| Autres plans d'actions | 83 % (118/142) | 86 % (101/118) | | | | | | | Certaines actions progressent lentement. |
| Résidences pour aînées (RPA) - Échues (Objectif 0% aucun certificat échu) | 20% (43/210) | 30 % 64/212 | | | | | | | Plusieurs processus de renouvellement, devrait se régulariser à la prochaine mise à jour. |
| Ressources d'hébergement en dépendance (RHD) - Échues (Objectif 0% aucun certificat échu) | 11 % (1/9) | 0 % (0/9) | | | | | | | |
| Suivi implantation des meilleures pratiques | 82% (83/101) | 79 % (98/123) | | | | | | | Suivi fait deux fois par année (avril et octobre) |
| Enquête CDPDJ | 20% (2/10) | 38 % (5/13) | | | | | | | Fermeture des dossiers à terme de l'année précédente. |
| Rapport du coroner | 62% (8/13) | 50 % (1/2) | | | | | | | Nouveaux rapports en cours d'analyse. |
| Événements sentinelles | 37% (114/240) | 34 % (18/53) | | | | | | | Événements sentinelles 2019-2020 seulement. 2017-2018 : suivi complété à 63% 2018-2019 : suivi complété à 88% |

Note: Les suivis terminés en 2018-2019 ont été retirés du tableau de suivi. Pour 2019-2020.

Tableau intégré du suivi des plans d'amélioration

Bilan - État d'avancement des suivis - 2019-2020

Légende : Gris : Terminé | Orange : Nouveau | Vert : Évolution normale | Jaune : Évolution modérée (sans risque; aucun suivi au CVQ) | Rouge : Dossier critique à discuter au prochain CVQ |

| PROTECTEUR DU CITOYEN | | | | État d'avancement | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------|---------------------------|---------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Numéro du rapport | Date du rapport | Échéancier | Nombre de recommandations | Nombre de réalisées | % de réalisation | Commentaire |
| Énergie NR 2017-00097 | 2018-05-24 | | 2 | 0 | 0% | Terminé. En attente de confirmation du PDC |
| BNY -SAD NR 2017-00406 | 2018-05-11 | | 2 | 0 | 0% | Terminé. En attente de confirmation du PDC |
| BNY 2018-00698 | 2018-09-17 | 2019-01-25 | 4 | 0 | 0% | |
| Avis d'intervention du Protecteur du citoyen concernant l'accès à l'hébergement public | à venir | | | | | Touche tous les CISSS et CIUSSS du Québec. En attente des conclusions |
| 41 dossiers en attente de conclusion du PDC | | | | | | |
| 25 rapports reçus sans recommandation (dossiers fermés) | NA | NA | 0 | 0 | 0% | |
| CIUSSS | | | 8 | 0 | 0% | |

| AGRÉMENT | | | | État d'avancement | | | |
|--------------------------------------|-----------------|----------------------------------|----------------|-----------------------|-------------------------|------------------|-------------|
| Cahier de normes (critères en suivi) | Date du rapport | nb de critères en suivi (CIUSSS) | Nombre réalisé | Nb à répondre 2018-12 | Nb à répondre pour 2019 | % de réalisation | Commentaire |

| | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|--|
| Aide à l'enfance | 2018-05-14 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0% | |
| Déficits sur le plan du développement | 2018-05-14 | 4 | 3 | 3 | 1 | 75% | |
| Gestion des médicaments | 2017-11-28 | 5 | 0 | 0 | 5 | 0% | |
| Imagerie diagnostique | 2017-11-28 | 7 | 4 | 4 | 3 | 57% | |
| Leadership | 2017-11-28 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0% | |
| Médecine | 2017-11-28 | 1 | 1 | 1 | 0 | 100% | |
| Obstétrique | 2018-05-14 | 3 | 3 | 3 | 0 | 100% | |
| Procréation médicalement assistée (PMA) - Services cliniques | 2018-05-14 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0% | |
| Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables | 2017-11-28 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0% | |
| Réadaptation | 2018-05-14 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0% | |
| Santé mentale | 2018-05-14 | 1 | 1 | 1 | 0 | 100% | |
| Santé publique | 2018-05-14 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0% | |
| Services préopératoires et interventions invasives | 2017-11-28 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0% | |
| Soins à domicile | 2017-11-28 | 3 | 2 | 2 | 1 | 67% | |
| Soins ambulatoires | 2017-11-28 | 4 | 3 | 3 | 1 | 75% | |
| Soins critiques | 2017-11-28 | 1 | 1 | 1 | 0 | 100% | |
| Soins primaires | 2017-11-28 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0% | |
| Traitement du cancer | 2017-11-28 | 1 | 1 | 1 | 0 | 100% | |
| Urgences | 2017-11-28 | 6 | 4 | 4 | 2 | 67% | |
| CIUSSS | | 44 | 23 | 23 | 21 | 52% | |

| INSPECTION PROF. | | | | État d'avancement | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------|---------------------------|---------------------|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ordre professionnel | Date du rapport | Échéancier | Nombre de recommandations | Nombre de réalisées | % de réalisation | Commentaire |
| Ordre des Pharmaciens du Québec (OPQ) - Plan de priorisation | 2017-08-28 | 2018-02-15 | 28 | 26 | 93% | Il ne reste que deux actions. Les autres suivis ont été acceptés de façon temporaire à la construction d'un nouveau Service centralisé d'addition aux solutés (SCAC) |
| Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) (Pénitencier Trois-Rivières) | 2019-03-06 | 2019-11-01 | 5 | 0 | 0% | |
| CIUSSS | | | 33 | 26 | 78% | |

| VISITES EN CHSLD | | | | État d'avancement | | |
|-----------------------------------------------------------------|-------------|---------------------|---------------------|---------------------|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Installation en suivi | Date visite | Échéancier (estimé) | Nombre de recomman- | Nombre de réalisées | % de réalisation | Commentaire |
| Saint-Maurice (Énergie) | 2019-07-09 | 2022-07-08 | 5 | 0 | 0% | En attente du rapport de visite. |
| Frédéric-George-Heriot (Drummond) | 2019-06-25 | 2022-06-24 | 8 | 0 | 0% | Plan d'amélioration en cours de rédaction. |
| Centre d'hébergement du Chêne (Arthabaska-et-de-l'Érable) | 2018-09-11 | 2021-09-10 | 2 | 0 | 0% | |
| Centre d'hébergement Louis Denoncourt (Trois-Rivières) | 2018-07-26 | 2021-07-25 | 3 | 2 | 67% | |
| Centre Saint-Joseph (Trois-Rivières) | 2018-07-25 | 2021-07-24 | 4 | 1 | 25% | |
| Centre Christ-Roi (Bécancour-Nicolet-Yamaska) | 2015-10-06 | 2018-10-05 | 4 | 4 | 100% | Toutes les recommandations ont été réalisées. |
| St-Célestin (Bécancour-Nicolet-Yamaska) | 2015-10-07 | 2018-10-06 | 3 | 3 | 100% | Toutes les recommandations ont été réalisées. |
| Marguerite-d'Youville (Drummond) | 2015-11-10 | 2018-11-09 | 3 | 3 | 100% | Toutes les recommandations ont été réalisées. |
| l'Accueil Bon-Conseil (Drummond) | 2015-11-11 | 2018-11-10 | 3 | 3 | 100% | Toutes les recommandations ont été réalisées. |
| Du Roseau (Arthabaska-et-de-l'Érable) | 2016-01-19 | 2019-01-18 | 9 | 8 | 89% | |
| Avellin-Dalcourt (Maskinongé) | 2016-03-21 | 2019-03-20 | 11 | 11 | 100% | Toutes les recommandations ont été réalisées. |
| Lucien-Shooner (Bécancour-Nicolet-Yamaska) | 2016-04-26 | 2019-04-25 | 5 | 4 | 80% | Malgré la mise en place au niveau administratif des postes d'infirmières pour assurer une couverture 24/7, la pénurie de personnel ne permet pas actuellement de réaliser la dernière |
| Romain-Becquet (Bécancour-Nicolet-Yamaska) | 2016-04-27 | 2019-04-26 | 7 | 6 | 86% | Malgré la mise en place au niveau administratif des postes d'infirmières pour assurer une couverture 24/7, la pénurie de personnel ne permet pas actuellement de réaliser la dernière |
| Fortierville (Bécancour-Nicolet-Yamaska) | 2016-04-28 | 2019-04-27 | 5 | 4 | 80% | Malgré la mise en place au niveau administratif des postes |
| Cooke (Trois-Rivières) | 2016-05-25 | 2019-05-24 | 6 | 4 | 67% | |
| Mgr Paquin (Vallée-de-la-Batiscan) | 2016-07-13 | 2019-07-12 | 11 | 10 | 91% | Malgré la mise en place au niveau administratif des postes d'infirmières pour assurer une couverture 24/7, la pénurie de |
| La Pérade (Vallée-de-la-Batiscan) | 2016-07-14 | 2019-07-13 | 8 | 7 | 88% | Malgré la mise en place au niveau administratif des postes d'infirmières pour assurer une couverture 24/7, la pénurie de |
| Ste-Thècle (Vallée-de-la-Batiscan) | 2016-09-14 | 2019-09-13 | 10 | 9 | 90% | |
| St-Narcisse (Vallée-de-la-Batiscan) | 2016-09-15 | 2019-09-14 | 9 | 9 | 100% | Toutes les recommandations ont été réalisées. |
| Warwick (anciennement Étoiles-d'Or) (Arthabaska-et-de-l'Érable) | 2016-10-03 | 2019-10-02 | 10 | 10 | 100% | Toutes les recommandations ont été réalisées. |
| St-Eusèbe (Arthabaska-et-de-l'Érable) | 2016-10-04 | 2019-10-03 | 6 | 6 | 100% | Toutes les recommandations ont été réalisées. |
| Roland-Leclerc (Trois-Rivières) | 2016-11-01 | 2019-10-31 | 4 | 4 | 100% | Toutes les recommandations ont été réalisées. |
| Plessisville (anciennement Tilleul) (Arthabaska-et-de-l'Érable) | 2016-11-23 | 2019-11-22 | 8 | 8 | 100% | Toutes les recommandations ont été réalisées. |
| Lyster (anciennement Quatre-Vents) (Arthabaska-et-de-l'Érable) | 2016-11-24 | 2019-11-23 | 8 | 8 | 100% | Toutes les recommandations ont été réalisées. |
| Lafèche (Énergie) | 2017-02-01 | 2020-01-31 | 3 | 2 | 67% | |
| Cloutier-du-Rivage (Trois-Rivières) | 2017-02-01 | 2020-01-31 | 1 | 1 | 100% | Toutes les recommandations ont été réalisées. |
| Haut-Saint-Maurice (Haut-Saint-Maurice) | 2017-02-01 | 2020-01-31 | 1 | 1 | 100% | Toutes les recommandations ont été réalisées. |
| CIUSSS | | | 157 | 128 | 82% | |

| VISITES EN RI-RTF | | | | État d'avancement | | |
|---------------------------------------|-------------|------------|---------------------------|---------------------|------------------|------------------------------------------------------------------|
| Installation | Date visite | Échéancier | Nombre de recommandations | Nombre de réalisées | % de réalisation | Commentaire |
| RI-RTF Programme DI-TSA | 2015-01-29 | 2017-04-12 | 3 | 0,4 | 60% | *Recommandations partiellement complétées. |
| RI-RTF Programme Jeunes en difficulté | 2015-07-23 | 2017-07-21 | 11 | 0,6 | 5% | Des actions sont en cours de réalisation, ou déjà réalisées. |
| RI-RTF Programme Santé mentale | 2015-12-09 | 2017-12-19 | 5 | 0 | 0% | En cours, plusieurs étapes élaborées. Entrée en vigueur reportée |
| CIUSSS | | | 19 | 1 | 5% | |

| AUTRES PLANS D' ACTIONS | | | | État d'avancement | | |
|---------------------------------------------------|--------------------|------------|------------------|---------------------|------------------|-------------------------------------|
| Nom du Plan d'action | Date plan d'action | Échéancier | Nombre d'actions | Nombre de réalisées | % de réalisation | Commentaire |
| Vérificateur général du Québec | 2015-05-25 | 2016-12-31 | 6 | 6 | 100% | Suivi en continu des gestionnaires. |
| Plan d'action événements survenus à Cooke | 2015-08-31 | à venir | 64 | 64 | 100% | |
| Plan d'action en prévention des chutes | 2016-11-29 | 2020-03-31 | 30 | 22 | 73% | |
| Plan d'action - Recommandations du CUCI 2018-2019 | 2018-06-14 | 2018-04-30 | 8 | 2 | 25% | |
| Plan d'action événements survenus à Ste-Thècle | 2018-01-30 | ND | 10 | 7 | 70% | |
| CIUSSS | | | 118 | 101 | 86% | |

| RÉSIDENCE PRIVÉE POUR AÎNÉS | | | État d'avancement | | | |
|-----------------------------------------|--------|-----------|------------------------|----------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Processus de certification | Nombre | Certifiée | Attestation temporaire | Renouvellement | Attestation ou renouvellement échus | Commentaire |
| Résidences privées pour aînés - actives | 212 | 97% | 3% | 98% | 30% | 205 certifiées; 8 attestations temporaires; 208 en renouvellement; 64 certificats échus. |

| Ressources d'hébergement en dépendance (RHD) | | | État d'avancement | | | |
|----------------------------------------------|--------|-----------|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Processus de certification | Nombre | Certifiée | Attestation temporaire | Renouvellement dans les délais | Attestation ou renouvellement échus | Commentaire |
| Ressources d'hébergement en dépendance | 9 | 66% | 0% | 33% | 0% | 6 certifiées; 0 attestation temporaire; 3 en renouvellement; 0 échue. |

| SUIVI IMPLANTATION DES MEILLEURES PRATIQUES | | État d'avancement | | | | | |
|---------------------------------------------------------------|-------------|-------------------|-----------------|---------|---------|-------------------|---------------|
| Guides - publications- Plans d'action | Nombre reçu | en analyse | en implantation | Reporté | Terminé | Diffusé pour info | non pertinent |
| Nombre de guides et de publications applicables au CIUSSS MCQ | 123 | 12 | 13 | 4 | 16 | 72 | 6 |
| | | 10% | 11% | 3% | 13% | 59% | 5% |

| Enquête CDPDJ | | État d'avancement | | | | |
|--------------------------|-----------------------|-------------------------------------------|---------------------|---------|------------------|-------------|
| Rapports de la CDPDJ | Nombre rapports reçus | En cours / en attente des recommandations | Sans recommandation | Terminé | % de réalisation | Commentaire |
| Ensemble des territoires | 13 | 8 | 0 | 5 | 38% | |

| RAPPORT CORONER | | 2018-2019 | | État d'avancement | | |
|------------------------------------|-----------------|------------|---------------------------|---------------------|------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Numéro du rapport | Date du rapport | Échéancier | Nombre de recommandations | Nombre de réalisées | % de réalisation | Commentaire |
| 2016-02812 (CIUSSS MCQ-CH) | 2017-12-08 | 2018-02-01 | 1 | 1 | 100% | Événement survenu dans un autre établissement. Action préventive en cours. |
| 2016-00276 5237 (Trois-Rivières) | 2017-12-18 | 2018-03-23 | 1 | 1 | 100% | |
| 2017--00516-5259 (Drummond) | 2018-03-06 | 2018-06-19 | 1 | 1 | 100% | |
| 2017-02851- 5243 (Drummond) | 2018-01-22 | 2018-04-22 | 1 | 1 | 100% | |
| 2016-01551 5324 (Services sociaux) | 2018-07-11 | 2018-10-16 | 1 | 1 | 100% | |
| 2017-07797 5260 (Trois-Rivières) | 2018-05-29 | 2018-08-29 | 1 | 1 | 100% | |
| 2018-04322 5336 (Drummond) | 2018-09-05 | 2018-12-05 | 1 | 1 | 100% | |
| 2018-02094 5398 (Drummond) | 2019-02-27 | 2019-05-08 | 1 | 1 | 100% | |
| 2018-00405 5355 (Autre) | 2019-02-11 | 2019-05-12 | 1 | | | Recommandation du coroner pour tous les établissements du Québec. |
| 2018-00405 5406 (Drummond) | 2019-03-18 | 2019-06-16 | 1 | 1 | 100% | |
| 2018-00961 5404 (Drummond) | 2019-03-21 | 2019-06-19 | 1 | 1 | 100% | |
| 2017-05901 5422 (Victoriaville) | 2019-03-26 | 2019-06-24 | 1 | 1 | 100% | |
| 2018-04171 (Drummondville) | 2019-04-29 | 2019-04-28 | 1 | 1 | 100% | |
| CIUSSS | | | 13 | 12 | 92% | |

| RAPPORT CORONER | | 2019-2020 | | | Etat d'avancement | | |
|---------------------------------|-----------------|------------|---------------------------|---------------------|-------------------|-------------|--|
| Numéro du rapport | Date du rapport | Échéancier | Nombre de recommandations | Nombre de réalisées | % de réalisation | Commentaire | |
| 2018-04171 5440 (Drummondville) | 2019-04-29 | 2019-07-28 | 1 | 1 | 100% | | |
| 2018-01291 5436 (Drummondville) | 2019-05-17 | 2019-08-15 | 1 | 0 | 0% | | |
| CIUSSS | | | 2 | 1 | 50% | | |

| ÉVÉNEMENTS SENTINELLES | | 2017-2018 | | | Etat d'avancement | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------|-----------------|-------------|-------------------|---------------|-------------|
| Nom du Plan d'action | Catégorie d'événement | Échéancier | Nb d'événements | Nb terminés | % de | % Divulgarion | Commentaire |
| Direction de la protection de la jeunesse | Chute | | | | | | |
| | Médication | | | | | | |
| | Autre | NA | 1 | 1 | 100% | 0% | |
| Direction des services ambulatoires et des soins critiques | Chute | NA | 3 | 3 | 100% | 100% | |
| | Médication | NA | 4 | 4 | 100% | 75% | |
| | Autre | NA | 6 | 6 | 100% | 83% | |
| Direction des services multidisciplinaires (DSM) | Chute | | | | | | |
| | Médication | NA | 1 | 1 | 100% | 100% | |
| | Autre | NA | 9 | 9 | 100% | 44% | |
| Direction des services spécialisés chirurgicaux et oncologiques | Chute | | | | | | |
| | Médication | | | | | | |
| | Autre | NA | 3 | 3 | 100% | 67% | |
| Direction des soins infirmiers (DSI) | Chute | NA | 18 | 18 | 100% | 89% | |
| | Médication | NA | 5 | 5 | 100% | 80% | |
| | Autre | NA | 6 | 6 | 100% | 83% | |
| Direction programme déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique | Chute | NA | 5 | 5 | 100% | 40% | |
| | Médication | | | | | | |
| | Autre | NA | 6 | 6 | 100% | 50% | |

Tableau intégré - Protecteur du citoyen

Recommandations et suivis - 2019-2020

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | **Gris** : Terminé | **Orange** : Nouveau

État des suivis

| RLS | Numéro du rapport | Installation/ Service visé | Date du rapport | Thème | # | Recommandations | Responsable | Évolution du dossier | Échéancier | Terminé (date) | Commentaires |
|-----------------------|-------------------------|-------------------------------|-----------------|--------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------|------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Drummond | 2017-00945 #17-31186 | CH | 2018-04-18 | Aspects financier | 1 | Annuler, dans les 30 jours de la réception des présentes conclusions, la facture d'un montant de 1 021.58 \$ qui a été adressée à la succession de l'usager. | DRF | G | 2018-05-18 | 2018-05-24 | Réalisation finalisée le 2018-05-18 |
| Service jeunesse | 2015-84 #17-30963 | CJ | À venir | Évaluation de l'intervenant | | Aucune recommandation suite à l'analyse du Protecteur du citoyen | DPJ-DP | G | | 2019-01-27 | |
| Centre de la Mauricie | 2016-00459 #17-33389 | Organisme communautaire | À venir | Soins et services | | En traitement par le Protecteur du citoyen | | | | | En attente du rapport du PDC |
| Service jeunesse | 2016-00644 #17-29940 | CJ | 2019-02-20 | Soins et services | 1 | Rappeler à l'ensemble des intervenants concernés l'importance de documenter, au dossier de l'usager, toutes les interventions réalisées en situation de problématique suicidaire, incluant les activités d'évaluation. | | G | 2019-04-30 | 2019-05-30 | En attente du rapport du PDC |
| Service jeunesse | 2016-00644 #17-29940 | CJ | 2019-02-20 | Soins et services | 2 | Rappeler à l'ensemble des intervenants, y compris, l'intervenante concernée par la présente plainte, l'importance en situation de risque suicidaire, d'informer et d'impliquer les parents dans l'intervention auprès de leurs jeunes | | G | 2019-04-30 | 2019-05-30 | |
| Service jeunesse | 2016-00644 #17-29940 | CJ | 2019-02-20 | Soins et services | 3 | Procéder à un audit du dossier et partager ses contacts avec l'intervenante concernée. | | G | 2019-04-30 | 2019-05-30 | |
| Service jeunesse | 2016-01914 #1735923 | CJ | 2018-01-09 | Qualité des services rendus | | En traitement par le Protecteur du citoyen | | | | | |
| Centre de la Mauricie | 2017-00097 #17-33525 | CH | 2018-05-24 | Soins et services - Traitement | 1 | Rappeler au personnel de l'unité de médecine l'importance de mobiliser les usagers en respectant leur tolérance. | DGA-Prog. Santé physique généraux et spécialisés et prog. SAPA DSI | V | 2018-07-15 | | Réalisation terminée le 2018-07-09. En attente de la confirmation du Protecteur du citoyen |

Tableau intégré - Protecteur du citoyen

Recommandations et suivis - 2019-2020

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | **Gris** : Terminé | **Orange** : Nouveau

État des suivis

| RLS | Numéro du rapport | Installation/ Service visé | Date du rapport | Thème | # | Recommandations | Responsable | Évolution du dossier | Échéancier | Terminé (date) | Commentaires |
|---------------------------|-------------------------|----------------------------|-----------------|--------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Centre de la Mauricie | 2017-00097 #17-33525 | CH | 2018-05-24 | Soins et services - traitement | 2 | S'assurer, par des rappels, de la formation des analyses aléatoires de dossiers ou des interventions individuelles, par exemple, que le personnel de l'unité de médecine élabore un plan thérapeutique infirmier pour chaque usager. | DGA-Prog. Santé physique généraux et spécialisés et prog. SAPA DSI | V | 2018-09-30 | | Réalisation terminée le 2018-07-09. En attente de la confirmation du Protecteur du citoyen |
| Bécancour-Nicolet-Yamaska | 2017-00406 #17-33754 | CLSC | 2018-05-11 | Réduction de services | 1 | Remettre immédiatement en place l'horaire matinal pour les services d'assistance personnelle à cet usager, considérant que le changement devait être temporaire et que le délai d'attente est déraisonnable. | DGA aux prog. Sociaux et prog. DP-DI-TSA -DA continuum santé et bien-être DI-TSA | V | 2018-06-15 | | Réalisation terminée le 2018-06-08. En attente de la confirmation du Protecteur du citoyen |
| Bécancour-Nicolet-Yamaska | 2017-00406 17-33754 | CLSC | 2018-05-11 | Réduction de services | 2 | Compléter l'évaluation des besoins de l'usagère et ensuite ajuster l'intensité et la couverture de services requises à l'intérieur d'un plan d'intervention interdisciplinaire élaboré par la direction adjointe Continuum santé et déficience physique en collaboration avec l'équipe du SAD - volet d'assistance l'usagère et sa proche aidante | DGA aux prog. Sociaux et prog. DP-DI-TSA -DA continuum santé et bien-être DI-TSA | V | 2018-07-20 | | Réalisation terminée le 20-07-2018. En attente de la confirmation du Protecteur du citoyen |
| CIUSSS MCQ | 2016-00188 17-30285 | RI | 2018-04-19 | Remboursement appareil auditif | 1 | Donner droit à la réclamation de l'usager et veiller à son remboursement, sur présentation des pièces justificatives, tenant compte des sommes remboursées par les assureurs privés de l'usager et la dépréciation. | DPSAPA | G | 2018-06-18 | 2018-05-15 | |

Tableau intégré - Protecteur du citoyen

Recommandations et suivis - 2019-2020

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour

2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | **Gris** : Terminé | **Orange** : Nouveau

État des suivis

| RLS | Numéro du rapport | Installation/ Service visé | Date du rapport | Thème | # | Recommandations | Responsable | Évolution du dossier | Échéancier | Terminé (date) | Commentaires |
|------------|------------------------|-------------------------------|--------------------|-----------------------------------|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------|------------|-------------------|--------------|
| CIUSSS MCQ | 2016-00188 17-30285 | RI | 2018-04-19 | Remboursement appareil auditif | 2 | S'assurer que les plans d'intervention individualisés des usagers localisés en RI soient les mêmes que l'instrument de détermination et de classification les concernant, identifient la ou les mesures à mettre en place pour assurer la protection des lunettes, de même que des prothèses auditives et dentaires des usagers dont la condition ne permet pas d'en assurer eux-mêmes la protection. | DPSAPA | G | 2018-10-30 | 2018-12-04 | |
| CIUSSS MCQ | 2016-00188 17-30285 | RI | 2018-04-19 | Remboursement appareil auditif | 3 | S'assurer du suivi de la mesure ou des mesures retenues pour assurer la protection des lunettes, de même que des prothèses auditives et dentaires des usagers dont la condition ne permet pas d'en assurer eux-mêmes la protection. | DPSAPA | G | 2018-10-30 | 2018-12-04 | |
| CIUSSS MCQ | 2016-00188 17-30285 | RI | 2018-04-19 | Remboursement appareil auditif | 4 | Clarifier, auprès des responsables de la RI, la responsabilité de cette ressource intermédiaire en ce qui concerne la protection des lunettes de même que des prothèses auditives et dentaires des usagers dont la condition ne permet pas d'en assurer eux-mêmes la protection. | DPSAPA | G | 2018-10-30 | 2018-11-07 | |

Tableau intégré - Protecteur du citoyen

Recommandations et suivis - 2019-2020

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | **Gris** : Terminé | **Orange** : Nouveau

État des suivis

| RLS | Numéro du rapport | Installation/ Service visé | Date du rapport | Thème | # | Recommandations | Responsable | Évolution du dossier | Échéancier | Terminé (date) | Commentaires |
|------------------|------------------------|-------------------------------|-----------------|--------------------------------------------------------------|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------|------------|----------------|--------------|
| CIUSSS MCQ | 2016-00188 17-30285 | RI | 2018-04-19 | Remboursement appareil auditif | 5 | clarifier, auprès des responsables de la RI, la responsabilité de cette ressource intermédiaire en ce qui concerne la perte ou le bris des lunettes de même que des prothèses auditives et dentaires des usagers dont la condition ne permet pas d'en assurer eux-mêmes la protection. | DPSAPA | G | 2018-10-30 | 2018-11-07 | |
| CIUSSS MCQ | 2016-00188 17-30285 | RI | 2018-04-19 | Remboursement appareil auditif | 6 | Rappeler aux responsables de la RI, l'obligation imposée par le Cadre de référence de rapporter systématiquement et avec diligence au CIUSSS tous les incidents et | DPSAPA | G | 2018-10-30 | 2018-11-07 | |
| Service jeunesse | 2017-00008 17-35821 | CJ | 2018-06-29 | Qualité des soins et services | 1 | Que le CIUSSS MCQ effectue un suivi détaillé de la mise en œuvre ainsi que de son projet pilote d'amélioration du fonctionnement du système de gestion des contacts supervisés dans le secteur de la protection de la jeunesse. | DPJ-DP | G | 2018-12-31 | 2019-03-29 | |
| CIUSSS MCQ | 2016-00848 17-33069 | RPA | 2018-05-30 | Organisation des lieux | | Aucune recommandation suite à l'analyse du Protecteur du citoyen | | G | | | |
| Service jeunesse | 2016-01729 17-33658 | CJ | 2018-12-13 | Qualité des soins et services et relations interpersonnelles | | Aucune recommandation suite à l'analyse du Protecteur du citoyen | | G | | 2018-12-13 | |
| Service jeunesse | 2017-00360 17-34615 | CJ | 2019-02-20 | Qualité des soins et services et relations interpersonnelles | | Aucune recommandation suite à l'analyse du Protecteur du citoyen | | G | | 2019-02-20 | |
| Trois-Rivières | 2017-01539 17-37295 | CH | 2018-08-14 | Aspects financiers | | Aucune recommandation suite à l'analyse du Protecteur du citoyen | | G | | 2018-08-14 | |

Tableau intégré - Protecteur du citoyen

Recommandations et suivis - 2019-2020

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | **Gris** : Terminé | **Orange** : Nouveau

État des suivis

| RLS | Numéro du rapport | Installation/ Service visé | Date du rapport | Thème | # | Recommandations | Responsable | Évolution du dossier | Échéancier | Terminé (date) | Commentaires |
|----------------|------------------------|-------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------|------------|----------------|--------------|
| Trois-Rivières | 2017-01029 17-37885 | CH | 2018-05-23 | Accessibilité -Délai d'attente | 1 | Aucune recommandation suite à l'analyse du Protecteur du citoyen | DGA-Prog. Santé physique généraux et spécialisés et prog. SAPA | G | 2019-04-15 | 2018-08-14 | |
| Drummond | 2017-01268 17-38467 | CH | 2018-05-31 | Aspects financiers | 1 | Annuler la facture de 1403\$ transmise à l'usager et rembourser le dépôt fait. | DRF | G | 2018-07-13 | 2018-08-07 | |
| Drummond | 2017-01268 17-38467 | CH | 2018-05-31 | Aspects financiers | 2 | S'assurer que les usagers disposent des informations adéquates concernant la tarification d'une chambre privée lorsqu'elle devient médicalement requise. | | G | 2018-08-10 | 2018-08-07 | |
| Drummond | 2017-01474 17-39033 | CH | 2018-09-11 | Qualité des soins et services et organisation du milieu Organisation | 1 | S'assurer de la mise en place de plans d'intervention adaptés à la condition clinique des usagers et des usagères | DSI | G | 2018-12-31 | 2019-03-04 | |
| Drummond | 2017-01474 17-39033 | CH | 2018-09-11 | Qualité des soins et services et organisation du milieu Organisation | 2 | Compléter la formation du personnel relativement aux SCPD en milieu hospitalier | DSI | G | 2019-01-30 | 2019-03-04 | |
| Drummond | 2017-01474 17-39033 | CH | 2018-09-11 | Qualité des soins et services et organisation du milieu Organisation | 3 | S'assurer que les ressources spécialisées en gestion des SCPD sont suffisantes pour soutenir les équipes soignantes et les chefs d'unités de soins. | DSI | G | 2019-01-30 | 2019-03-04 | |
| Drummond | 2017-01474 17-39033 | CH | 2018-09-11 | Qualité des soins et services et organisation du milieu Organisation | 4 | Rappeler au personnel de l'unité de médecine générale de porter attention à la capacité et aux limites du proche aidant à occuper un rôle d'accompagnement et de soutien moral et affectif. | DSI | G | 2018-12-31 | 2019-03-04 | |

Tableau intégré - Protecteur du citoyen

Recommandations et suivis - 2019-2020

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | **Gris** : Terminé | **Orange** : Nouveau

État des suivis

| RLS | Numéro du rapport | Installation/ Service visé | Date du rapport | Thème | # | Recommandations | Responsable | Évolution du dossier | Échéancier | Terminé (date) | Commentaires |
|----------|------------------------|-------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------|------------|-------------------|--------------|
| Drummond | 2017-01474 17-39033 | CH | 2018-09-11 | Qualité des soins et services et organisation du milieu Organisation | 5 | Rappeler aux membres du personnel et aux professionnels concernés d'obtenir et de consigner le consentement de l'usager, ou de son représentant, avant le recours aux mesures de contrôle dans un contexte l'intervention planifiée, conformément à la politique. 2018-12-31 (DSI) Médecine gén. & traj. locale AVC-AIT | DSI | G | 2018-12-31 | 2019-03-04 | |
| Drummond | 2017-01474 17-39033 | CH | 2018-09-11 | Qualité des soins et services et organisation du milieu Organisation | 6 | Rappeler aux membres du personnel et aux professionnels concernés de respecter les modalités d'application ou de retrait des mesures de contrôle | DSI | G | 2018-12-31 | 2019-03-04 | |
| Drummond | 2017-01474 17-39033 | CH | 2018-09-11 | Qualité des soins et services et organisation du milieu Organisation | 7 | Réévaluer les conditions d'utilisation des demiportes afin de s'assurer qu'elles respectent celles établies par le MSSS dans son cadre de référenc | DSI | G | 2019-01-30 | 2019-03-04 | |
| Drummond | 2017-01474 17-39033 | CH | 2018-09-11 | Qualité des soins et services et organisation du milieu Organisation | 8 | Rappeler aux membres du personnel et aux professionnels concernés les conditions d'utilisation des demi-portes. | DSI | G | 2018-12-31 | 2019-03-04 | |
| Drummond | 2017-01474 17-39033 | CH | 2018-09-11 | Qualité des soins et services et organisation du milieu Organisation | 9 | S'assurer que l'utilisation des mesures de contrôle fait l'objet d'une mention détaillée dans le dossier de l'usager et qu'y sont notamment consignés les éléments de surveillance prévus au formulaire. | DSI | G | 2019-01-30 | 2019-03-04 | |

Tableau intégré - Protecteur du citoyen

Recommandations et suivis - 2019-2020

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | **Gris** : Terminé | **Orange** : Nouveau

État des suivis

| RLS | Numéro du rapport | Installation/ Service visé | Date du rapport | Thème | # | Recommandations | Responsable | Évolution du dossier | Échéancier | Terminé (date) | Commentaires |
|----------|------------------------|-------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------|------------|-------------------|--------------|
| Drummond | 2017-01474 17-39033 | CH | 2018-09-11 | Qualité des soins et services et organisation du milieu Organisation | 10 | Rappeler aux membres du personnel et aux professionnels concernés que l'application d'une mesure de contrôle doit faire l'objet d'une surveillance, conformément aux règles prévues à la politique en vigueur | DSI | G | 2018-12-31 | 2019-03-04 | |
| Drummond | 2017-01474 17-39033 | CH | 2018-09-11 | Qualité des soins et services et organisation du milieu Organisation | 11 | Rappeler aux membres du personnel et aux professionnels concernés de réévaluer, en quipe interdisciplinaire, la pertinence de maintenir la mesure contrôle en fonction de l'évolution de la situation clinique, selon la fréquence prévue au protocole. | DSI | G | 2018-12-31 | 2019-03-04 | |
| Drummond | 2017-01474 17-39033 | CH | 2018-09-11 | Qualité des soins et services et organisation du milieu Organisation | 12 | Rappeler au personnel infirmier l'obligation de procéder au dépistage du risque de chute en temps opportun, tel qu'il est prévu à la Règle de soins et services interdisciplinaires - Prévention des chutes en vigueur au sein de l'établissement | DSI | G | 2018-12-31 | 2019-03-04 | |
| Drummond | 2017-01474 17-39033 | CH | 2018-09-11 | Qualité des soins et services et organisation du milieu Organisation | 13 | Rappeler au personnel infirmier son obligation de consigner au PTI les mesures de prévention des chutes en fonction des risques relevés. | DSI | G | 2018-12-31 | 2019-03-04 | |
| Drummond | 2017-01474 17-39033 | CH | 2018-09-11 | Qualité des soins et services et organisation du milieu | 14 | Rappeler au personnel infirmier de faire appel à l'ergothérapeute et à la physiothérapeute en cas d'échec des mesures mises en place en prévention des chutes. | DSI | G | 2018-12-31 | 2019-03-04 | |

Tableau intégré - Protecteur du citoyen

Recommandations et suivis - 2019-2020

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | **Gris** : Terminé | **Orange** : Nouveau

État des suivis

| RLS | Numéro du rapport | Installation/ Service visé | Date du rapport | Thème | # | Recommandations | Responsable | Évolution du dossier | Échéancier | Terminé (date) | Commentaires |
|-----------------------|--------------------------------------|-------------------------------|-----------------|-------------------------------------------|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------|------------|----------------|--------------|
| CIUSSS MCQ | 2017-00161 18-00888 | Organisme communautaire | 2018-06-22 | Qualité et sécurité des soins et services | 1 | Prendre les moyens nécessaires afin qu'elles soient consignées aux dossiers des usagers les éléments suivants et informer le personnel d'intervention: 1) le formulaire de demande de sortie 2) La note autorisant ou refusant la sortie 3) La consultation de la directrice ou coordonnatrice clinique lors de l'autorisation ou refus de sortie 4) la rencontre de la fouille effectuée lors du retour de la sortie de l'utilisateur | DPSMAD Maison Carignan | G | 2018-09-28 | 2018-09-26 | |
| CIUSSS MCQ | 2017-00161 18-00888 | Organisme communautaire | 2018-06-22 | Qualité et sécurité des soins et services | 2 | Inclure le protocole d'intervention en matière de consommation de substances interdites dans le centre la mention qu'une feuille doit être réalisée lors d'aveux de consommation d'un usager et en informer le personnel d'intervention | DPSMAD Maison Carignan | G | 2018-09-28 | 2018-09-26 | |
| CIUSSS MCQ | 2017-00161 18-00888 | Organisme communautaire | 2018-06-22 | Qualité et sécurité des soins et services | 3 | Prendre les moyens nécessaires afin de sensibiliser les intervenants aux signes avant-coureurs d'idées suicidaires, particulièrement dans le cas d'aveux de consommation dans le centre, et faire d'évaluation du risque et de l'urgence suicidaires en cas de doute. | DPSMAD Maison Carignan | G | 2018-09-28 | 2018-09-26 | |
| Drummond | 2017-01211 17-399906 | CH | 2018-04-18 | Qualité et sécurité des soins et services | 0 | Aucune recommandation suite à l'analyse du Protecteur du citoyen | | G | 2018-04-18 | 2018-04-18 | |
| Vallée-de-la-Batiscan | 2017-00855 2017-00859 17-39878 | CHSLD | 2018-06-29 | Relations interpersonnelles | 0 | Aucune recommandation suite à l'analyse du Protecteur du citoyen | | G | 2018-06-29 | 2018-06-29 | |

Tableau intégré - Protecteur du citoyen

Recommandations et suivis - 2019-2020

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | **Gris** : Terminé | **Orange** : Nouveau

État des suivis

| RLS | Numéro du rapport | Installation/ Service visé | Date du rapport | Thème | # | Recommandations | Responsable | Évolution du dossier | Échéancier | Terminé (date) | Commentaires |
|--------------------------|---------------------------------------|------------------------------|-----------------|---------------------------------------------------------|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------|------------|----------------|---------------------------------|
| CISSS MCQ | 2017-01648 2017-01654 18-01055 | Services régionaux DI-TSA | 2018-07-16 | Qualité et continuité des soins et services | 0 | Aucune recommandation suite à l'analyse du Protecteur du citoyen | | G | | 2018-07-15 | |
| Trois-Rivières | 2017-01547 18-01003 | Soins à domicile | 2018-05-25 | qualité des interventions réalisées | 0 | Aucune recommandation suite à l'analyse du Protecteur du citoyen | | G | | 2018-05-25 | |
| Service jeunesse | 2017-01671 18-01432 | CJ | 2018-09-13 | qualité des interventions réalisées | 0 | Aucune recommandation suite à l'analyse du Protecteur du citoyen | | G | | 2018-09-13 | |
| Service jeunesse | 2017-02156 18-01604 | CJ | à venir | qualité des interventions réalisées | | En traitement par le Protecteur du citoyen | | | | | En attente du rapport du PDC |
| Service jeunesse | 2017-01168 18-02934 | CJ | À venir | Signalement non retenu | | En traitement par le Protecteur du citoyen | | | | | En attente du rapport du PDC |
| Services ambulanciers | 2016-01140 18-04109 | Services ambulanciers | à venir | Qualité des soins et services | | Aucune recommandation suite à l'analyse du Protecteur du citoyen | | G | | 2019-03-21 | |
| Service jeunesse | 2017-00460 2017-00787 18-002503 | CJ | 2018-09-26 | RTF et qualité des interventions de l'intervenant | 0 | Aucune recommandation suite à l'analyse du Protecteur du citoyen | | G | | 2018-09-26 | |
| Centre de la Mauricie | 2017-02202 18-06243 | CH | 2018-07-16 | Frais du transport ambulancier | 1 | Annuler la facture transmise à l'utilisateur | | G | 2019-03-29 | 2019-03-12 | |
| CLSC de l'Érable | 2018-00458 18-06437 | CLSC | 2018-07-18 | Relations interpersonnelles | | Aucune recommandation suite à l'analyse du Protecteur du citoyen | | G | | 2018-08-20 | |
| Services ambulanciers | 2017-01791 | Services ambulanciers | 2018-05-04 | Frais du transport ambulancier Délai d'attente | | Aucune recommandation suite à l'analyse du Protecteur du citoyen | | G | | 2018-12-17 | |
| Centre de la Mauricie | 2017-02202 18-06243 | CH | 2018-07-16 | Frais du transport ambulancier | 2 | Ajuster la procédure PRO-16-022 relative au déplacement par ambulance des usagers de 65 ans et plus de façon à ce que la norme de base concernant le transport de cette clientèle soit la gratuité; et la facturation, une exception. | | G | 2019-05-31 | 2019-07-03 | |

Tableau intégré - Protecteur du citoyen

Recommandations et suivis - 2019-2020

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | **Gris** : Terminé | **Orange** : Nouveau

État des suivis

| RLS | Numéro du rapport | Installation/ Service visé | Date du rapport | Thème | # | Recommandations | Responsable | Évolution du dossier | Échéancier | Terminé (date) | Commentaires |
|-----------------------|------------------------|-------------------------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------|------------|----------------|-------------------------------------------------------------------|
| Centre de la Mauricie | 2017-02202 18-06243 | CH | 2018-07-16 | Frais du transport ambulancier | 3 | Informar le personnel concerné des urgences du CIUSSS des normes en vigueur concernant les frais qui peuvent être chargés aux usagers de 65 ans et plus à la suite d'un transport ambulancier | | G | 2019-03-31 | 2019-07-03 | |
| Service jeunesse | 2017-02075 18-07496 | CJ | 2018-08-07 | Qualité des interventions réalisées | | Aucune recommandation suite à l'analyse du Protecteur du citoyen | | G | | 2019-02-27 | |
| Service jeunesse | 2017-02078 18-07456 | CJ | 2018-08-22 | Contacts supervisés | | En traitement par le Protecteur du citoyen | | | | | En attente du rapport du PDC |
| CIUSSS MCQ | 2018-01348 17-38552 | CHSLD | 2018-10-05 | Intervention du Protecteur du citoyen sur l'accès aux services d'hébergement publics | | En traitement par le Protecteur du citoyen | DGA-Prog. Santé physique généraux et spécialisés et prog. SAPA | | | | Interventions qui touche l'ensemble des CISSS et CIUSSS du Québec |
| Trois-Rivières | 2018-00726 18-09160 | CLSC | 2018-09-25 | Liste d'attente/ Patients orphelins | | Aucune recommandation suite à l'analyse du Protecteur du citoyen | DSASC | G | | 2018-09-25 | |
| BNY | 2018-00698 18-09843 | CLSC | 2018-09-17 | chèque emploi-service | 1 | Rétablir les heures/services qui étaient allouées pour les soins d'élimination de l'usagère au moment de l'implantation du nouveau plan de services en août 2018 | DPDI-TSA-DP | V | 2019-01-25 | | En attente du rapport du PDC |
| BNY | 2018-00698 18-09843 | CLSC | 2018-09-17 | chèque emploi-service | 2 | Tenir compte de la fréquence quotidienne d'élimination de l'usagère et apporter les ajustements nécessaires au plan de services, le cas échéant. | DPDI-TSA-DP | V | 2019-01-25 | | En attente du rapport du PDC |
| BNY | 2018-00698 18-09843 | CLSC | 2018-09-17 | chèque emploi-service | 3 | Réintégrer les heures/services pour les travaux d'entretien ménager lourds au plan de services de l'usagère. | DPDI-TSA-DP | V | 2019-01-25 | | En attente du rapport du PDC |

Tableau intégré - Protecteur du citoyen

Recommandations et suivis - 2019-2020

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | **Gris** : Terminé | **Orange** : Nouveau

État des suivis

| RLS | Numéro du rapport | Installation/ Service visé | Date du rapport | Thème | # | Recommandations | Responsable | Évolution du dossier | Échéancier | Terminé (date) | Commentaires |
|------------------|-------------------------|-------------------------------|-----------------|-----------------------------------------------------------------|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------|------------|----------------|------------------------------|
| BNY | 2018-00698 18-09843 | CLSC | 2018-09-17 | chèque emploi-service | 4 | Apporter les correctifs nécessaires au cadre de référence MADPH-MADPAPA 2014 afin que les travaux d'entretien ménager lourds soient inclus dans l'offre de services pour les personnes admissibles. | DPDI-TSA-DP | V | 2019-01-25 | | En attente du rapport du PDC |
| Trois-Rivières | 2018-00036 18-10848 | CH | 2018-10-10 | Qualité des services rendus | | Aucune recommandation suite à l'analyse du Protecteur du citoyen | | G | | 2018-12-20 | |
| Drummond | 2018-00626 18-10958 | CLSC | 2018-10-12 | Liste d'attente pour l'obtention d'un quadriporteur | | En traitement par le Protecteur du citoyen | | | | | En attente du rapport du PDC |
| Trois-Rivières | 2018-01291 18-11123 | CH | 2018-10-16 | Frais pour chambre | | Aucune recommandation suite à l'analyse du Protecteur du citoyen | | G | | 2019-01-09 | |
| Service jeunesse | 2017-02164 18-11124 | CJ | 2018-10-16 | Qualité des services rendus | | En traitement par le Protecteur du citoyen | | | | | En attente du rapport du PDC |
| Service jeunesse | 2018-00465 18-10985 | CJ | 2018-10-25 | Qualité des services rendus | | En traitement par le Protecteur du citoyen | | | | | En attente du rapport du PDC |
| DOMRÉMY | 2018-01199 18-12892 | CR | 2018-11-26 | Manque de ressources pour personnes ayant une dépendance au jeu | 1 | Rappeler aux intervenant du Centre de réadaptation en dépendance Domrémy qu'ils disposent de 15 jours ouvrables pour évaluer les besoins des usagers à la suite d'une demande de services | DPSMAD | G | 2019-02-15 | 2019-02-20 | |
| Service jeunesse | 2018-00949 18-12724 | CJ | 2018-11-30 | Qualité des services rendus | | En traitement par le Protecteur du citoyen | | | | | En attente du rapport du PDC |
| BNY | 2017-02020 18-14090 | Organisme communautaire | 2018-12-06 | Qualité des services rendus | | Aucune recommandation suite à l'analyse du Protecteur du citoyen | | G | | 2019-01-24 | |
| Service jeunesse | 2017-02016 18-14064 | CJ | 2018-12-07 | Qualité des services rendus | | En traitement par le Protecteur du citoyen | | | | | En attente du rapport du PDC |
| Trois-Rivières | 2018-001734 18-14429 | CH | 2019-01-08 | | | En traitement par le Protecteur du citoyen | | | | | |

Tableau intégré - Protecteur du citoyen

Recommandations et suivis - 2019-2020

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | **Gris** : Terminé | **Orange** : Nouveau

État des suivis

| RLS | Numéro du rapport | Installation/ Service visé | Date du rapport | Thème | # | Recommandations | Responsable | Évolution du dossier | Échéancier | Terminé (date) | Commentaires |
|-------------------|-----------------------------------------|-------------------------------|-----------------|-----------------------------------------------------------------|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------|------------|----------------|--------------|
| Trois-Rivières | 2018-01560 18-14982 | CH | 2019-01-10 | Frais pour chambre | | Aucune recommandation suite à l'analyse du Protecteur du citoyen | | G | | 2019-05-06 | |
| Services jeunesse | 2018-01355 18-13863 | CJ | 2019-01-14 | | | En traitement par le Protecteur du citoyen | | | | | |
| Services jeunesse | 2017-02162 18-13565 | CJ | 2019-01-15 | | | En traitement par le Protecteur du citoyen | | | | | |
| Trois-Rivières | 2018-01598 18-16287 | CH | 2019-01-24 | Frais de chambre | | Aucune recommandation suite à l'analyse du Protecteur du citoyen | | G | | 2019-06-17 | |
| Services jeunesse | 2018-00244 18-14069 | CJ | 2019-02-04 | | | En traitement par le Protecteur du citoyen | | | | | |
| Trois-Rivières | 2018-01471 18-17064 | CHSLD | 2019-02-08 | Qualité des soins et services Relations interpersonnelles | | Aucune recommandation suite à l'analyse du Protecteur du citoyen | | G | | 2019-07-12 | |
| Services jeunesse | 2018-00907 18-15814 | CJ | 2019-02-11 | | | En traitement par le Protecteur du citoyen | | | | | |
| Services jeunesse | 2018-01312 18-15736 | CJ | 2019-02-11 | | | En traitement par le Protecteur du citoyen | | | | | |
| Trois-Rivières | 2018-01305 / 2018- 01626 18-16881 | RPA | 2019-02-13 | | | En traitement par le Protecteur du citoyen | | | | | |
| Services jeunesse | 2017-02168 18-16092 | CJ | 2019-02-13 | | | En traitement par le Protecteur du citoyen | | | | | |
| CRDI | 2018-00976 18-18034 | CR | 2019-02-22 | Relations interpersonnelles | | Établir un contrat clinique avec la famille de l'usagère pour établir les balises régissant les visites de la famille à la ressource intermédiaire ainsi que les solutions alternatives possibles. | | G | 2019-07-05 | | |
| Trois-Rivières | 2018-01913 18-18579 | RPA | 2019-03-01 | | | En traitement par le Protecteur du citoyen | | | | | |
| Services jeunesse | 2018-00833 18-18807 | CJ | 2019-03-15 | | | En traitement par le Protecteur du citoyen | | | | | |
| Victoriaville | 2018-00876 18-18803 | CHSLD | 2019-03-15 | | | En traitement par le Protecteur du citoyen | | | | | |

Tableau intégré - Protecteur du citoyen

Recommandations et suivis - 2019-2020

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | **Gris** : Terminé | **Orange** : Nouveau

État des suivis

| RLS | Numéro du rapport | Installation/ Service visé | Date du rapport | Thème | # | Recommandations | Responsable | Évolution du dossier | Échéancier | Terminé (date) | Commentaires |
|-----------------------|---------------------------------------|-------------------------------|-----------------|-------------------------------|---|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------|----------------|--------------|
| Services jeunesse | 2018-01704 18-19255 | CJ | 2019-03-15 | | | En traitement par le Protecteur du citoyen | | | | | |
| Trois-Rivières | 2018-02363 18-19555 | CH | 2019-03-19 | | | Aucune recommandation suite à l'analyse du Protecteur du citoyen | | G | | 2019-04-02 | |
| Services jeunesse | 2017-01162 18-18997 | RPA | 2019-03-19 | | | En traitement par le Protecteur du citoyen | | | | | |
| Victoriaville | 2017-00809 18-19614 | RI | 2019-03-22 | | | En traitement par le Protecteur du citoyen | | | | | |
| Centre de la Mauricie | 2017-01870 #18-01432 | RPA | 2018-05-09 | Qualité des soins et services | | En traitement par le Protecteur du citoyen | DGA aux prog. Sociaux et réadaptation/DP SMAD/DA Hébergement et serv. Spéc.en santé mentale et dépendance/Ch ef de service RNI santé mentale | | | | |
| Service jeunesse | 2018-01463 #18-20343 | CJ | 2019-04-01 | | | En traitement par le Protecteur du citoyen | | | | | |
| Trois-Rivières | 2018-01271 #19-00251 | CLSC | 2019-04-17 | | | En traitement par le Protecteur du citoyen | | | | | |
| CIUSSS MCQ | 2018-01198 #19-02693 | CR | 2019-05-23 | | | En traitement par le Protecteur du citoyen | | | | | |
| CIUSSS MCQ | 2018-02110 #19-03397 | CLSC | 2019-05-30 | | | En traitement par le Protecteur du citoyen | | | | | |
| Services jeunesse | 2018-00711 2018-02188 #19-03378 | CJ | 2019-06-10 | | | En traitement par le Protecteur du citoyen | | | | | |
| Trois-Rivières | 2017-01818 #19-04091 | CH | 2019-06-17 | | | En traitement par le Protecteur du citoyen | | | | | |
| Services jeunesse | 2019-00217 #19-03906 | CJ | 2019-06-17 | | | En traitement par le Protecteur du citoyen | | | | | |
| Centre de la Mauricie | 2018-01614 #19-04722 #19-05024 | CH | 2019-06-20 | Qualité des soins et services | | Aucune recommandation suite à l'analyse du Protecteur du citoyen | | G | | 2019-07-09 | |

Tableau intégré - Protecteur du citoyen

Recommandations et suivis - 2019-2020

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | **Gris** : Terminé | **Orange** : Nouveau

État des suivis

| RLS | Numéro du rapport | Installation/ Service visé | Date du rapport | Thème | # | Recommandations | Responsable | Évolution du dossier | Échéancier | Terminé (date) | Commentaires |
|--------------------------|-------------------------|-------------------------------|--------------------|---------------------------------------|---|--------------------------------------------|-------------|-------------------------|------------|-------------------|--------------|
| Trois-Rivières | 2018-02155 #19-05157 | CH | 2019-06-25 | Frais de chambre | | En traitement par le Protecteur du citoyen | | | | | |
| Victoriaville | 2018-02192 #1905352 | CH | 2019-06-28 | Qualité des soins | | En traitement par le Protecteur du citoyen | | | | | |
| Trois-Rivières | 2018-00853 #19-05424 | CH | 2019-07-02 | Qualité des soins Frais de chambre | | En traitement par le Protecteur du citoyen | | | | | |
| Services jeunesse | 2019-00109 #19-06151 | CJ | 2019-07-18 | Relations interpersonnelles | | En traitement par le Protecteur du citoyen | | | | | |
| Drummond | 2019-00529 #19-06151 | CH | 2019-07-19 | Frais de chambre | | En traitement par le Protecteur du citoyen | | | | | |
| Services jeunesse | 2018-01793 #18-16545 | CJ | 2019-04-08 | | | En traitement par le Protecteur du citoyen | | | | | |
| Centre de la Mauricie | 2018-01604 #19-04005 | CH | 2019-06-20 | | | En traitement par le Protecteur du citoyen | | | | | |
| | 2019-00614 #19-05700 | RPA | 2019-07-10 | | | En traitement par le Protecteur du citoyen | | | | | |

Tableau intégré - Agrément des soins et des services

Recommandations et suivis des priorités élevées et POR - 2019-2020

Comité de vigilance et de la qualité

2019-09-18

Légende :

Vert : Evolution normale | Jaune : Evolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | Rouge : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | Gris : Terminé | Orange : Nouveau

| Cahier de normes | Échéancier | Numéro | Critère | POR | Test de conformité POR | Critères | Appréciation Date | Installations visées | Commentaires |
|---------------------------------------|---------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------------------------|----------|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aide à l'enfance | 1er juin 2019 | 5.10 | Il existe une politique sur le refus de travailler pour régler les situations lorsque des membres de l'équipe croient que leur sécurité personnelle est en danger. | | | Élevée | V | CIUSSS MCQ Centre Arc-en-Ciel CLSC Drummond CLSC Centre-Mauricie CLSC Suzor-Coté Serv. de protection et de réadaptation jeunes en difficulté d'adaptation et leur famille: - Centre adm. - Centre Laforest - Victoriaville | La politique est laborée. Preuve transmise. En attente d'une décision. |
| Analyses de biologie délocalisées | 1er juin 2019 | 5.4 | L'organisme suit des procédures écrites pour entreposer, manipuler, nettoyer et désinfecter l'équipement d'ADBD. | | | Élevée | V | CIUSSS MCQ | Preuve transmise. En attente d'une décision |
| Analyses de biologie délocalisées | 1er juin 2019 | 6.4 | L'organisme vérifie périodiquement si les réactifs utilisés pour les ADBD fonctionnent correctement, ne sont pas périmés ou détériorés et s'ils sont aptes à être utilisés. Référence la CSA : 22870:07, 5.3.2. | | | Élevée | V | CIUSSS MCQ Centre Christ-Roi CHAUR HSC | Preuve transmise. En attente d'une décision |
| Analyses de biologie délocalisées | 1er juin 2019 | 10.6 | Les professionnels de la santé qui effectuent des ADBD recueillent et consignent les données sur le contrôle de la qualité chaque fois qu'une ADBD est effectuée. | | | Élevée | V | CIUSSS MCQ | Preuve transmise. En attente d'une décision |
| Analyses de biologie délocalisées | 1er juin 2019 | 10.8 | Les professionnels de la santé qui effectuent des ADBD comparent et mettent en corrélation régulièrement les résultats de leurs contrôles de la qualité avec ceux d'un laboratoire de biologie médicale. | | | Élevée | V | CIUSSS MCQ | Preuve transmise. En attente d'une décision |
| Déficits sur le plan du développement | 21 déc. 2018 | 6.5 | De la formation et du perfectionnement sur les règlements relatifs à la santé et sécurité du travail ainsi que les politiques de l'organisme sur la sécurité en milieu de travail sont offerts aux membres de l'équipe. | | | Élevée | V | CR DP Jacques-De Labadie | De la formation sur l'aspect de la sécurité dans le milieu de travail et à domicile a été offerte à l'ensemble des équipes. Preuve acceptée. |

Tableau intégré - Agrément des soins et des services

Recommandations et suivis des priorités élevées et POR - 2019-2020

Comité de vigilance et de la qualité

2019-09-18

Légende :

Vert : Evolution normale | **Jaune** : Evolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | **Gris** : Terminé | **Orange** : Nouveau

| Cahier de normes | Échéancier | Numéro | Critère | POR | Test de conformité POR | Critères | Appréciation Date | Installations visées | Commentaires |
|---------------------------------------|---------------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------------------------|----------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Déficits sur le plan du développement | 21 déc. 2018 | 6.6 | De la formation et du perfectionnement sont offerts sur la façon de déceler, réduire et gérer les risques liés à la sécurité des usagers et des membres de l'équipe. | | | Élevée | V | CR DP Jacques-De Labadie | Preuve acceptée. |
| Déficits sur le plan du développement | 21 déc. 2018 | 6.7 | De la formation et du perfectionnement sont offerts aux membres de l'équipe sur la façon de prévenir et de gérer la violence en milieu de travail, y compris les mauvais traitements, les agressions, les menaces et les voies de fait. | | | Élevée | V | CR DP Jacques-De Labadie | Preuve acceptée. |
| Déficits sur le plan du développement | 1er juin 2019 | 15.2 | Des stratégies sont élaborées et mises en œuvre pour cerner les risques en matière de sécurité, avec l'apport des usagers et des familles. | | | Élevée | V | CIUSSS MCQ | Preuve transmise. En attente d'une décision. |
| Gestion des médicaments | 1er juin 2019 | 12.1 | L'accès aux aires d'entreposage des médicaments est réservé aux membres de l'équipe autorisés. | | | Élevée | V | CIUSSS MCQ Centre de services du Haut-Saint-Maurice CHAUR HDA HSC | Preuve transmise. En attente d'une décision. |
| Gestion des médicaments | 1er juin 2019 | 12.5 | Les aires d'entreposage des médicaments sont conformes à toutes les exigences des lois et des règlements applicables en matière de médicaments contrôlés. | | | Élevée | V | CIUSSS MCQ CHAUR HSC | Preuve transmise. En attente d'une décision. |
| Gestion des médicaments | 1er juin 2019 | 12.6 | Dans la pharmacie et les unités de soins, les médicaments dont l'apparence et le nom sont semblables, les diverses concentrations d'un même médicament, de même que les médicaments de niveau d'alerte élevé sont rangés séparément. | | | Élevée | V | CIUSSS MCQ HSC | Preuve transmise. En attente d'une décision. |
| Gestion des médicaments | 1er juin 2019 | 12.7 | Les médicaments périmés, endommagés et contaminés, ainsi que ceux qui sont interrompus ou qui font l'objet d'un rappel sont rangés séparément des médicaments couramment utilisés, tant dans la pharmacie que dans les unités de soins, en attendant qu'ils soient retirés. | | | Élevée | V | HCM | Preuve transmise. En attente d'une décision. |

Tableau intégré - Agrément des soins et des services

Recommandations et suivis des priorités élevées et POR - 2019-2020

Comité de vigilance et de la qualité

2019-09-18

Légende :

Vert : Evolution normale | Jaune : Evolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | Rouge : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | Gris : Terminé | Orange : Nouveau

| Cahier de normes | Échéancier | Numéro | Critère | POR | Test de conformité POR | Critères | Appréciation Date | Installations visées | Commentaires |
|-------------------------|---------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------|----------|-------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Gestion des médicaments | 1er juin 2019 | 17.1 | Les unités ou les emballages de médicaments sont étiquetés de façon uniforme. | | | Élevée | V | CHAUR | Preuve transmise. En attente d'une décision. |
| Imagerie diagnostique | 1er juin 2019 | 8.6 | Tous les secteurs de retraitement de l'équipement et des appareils diagnostiques sont séparés des zones réservées aux services aux clients. | | | Élevée | V | HCM | Preuve transmise. En attente d'une décision. |
| Imagerie diagnostique | 1er juin 2019 | 8.7 | Tous les secteurs servant au retraitement de l'équipement et des appareils diagnostiques comportent des aires distinctes de nettoyage et de décontamination, des zones d'entreposage propres et distinctes, de la plomberie et des canalisations réservées à ces activités, ainsi qu'une ventilation et des taux d'humidité adéquats. | | | Élevée | V | HCM | Preuve transmise. En attente d'une décision |
| Imagerie diagnostique | 13 sept. 2018 | 11.4.1 | Au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'utilisateur reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, en partenariat avec les usagers et les familles. | Double identification | Principal | Élevée | V | HDA | Preuve acceptée. |
| Imagerie diagnostique | 1er juin 2019 | 15.2 | L'équipe dispose d'un manuel de sécurité adapté aux services d'imagerie diagnostique. | | | Élevée | V | CIUSSS MCQ CHAUR Hôpital Sainte-Croix | Preuve transmise. En attente d'une décision. |
| Imagerie diagnostique | 13 sept. 2018 | 15.6.1 | L'équipe met en oeuvre une stratégie de prévention des chutes. | Stratégie prévention des chutes | Principal | Élevée | V | Centre Cloutier-du Rivage Centre Fortierville | Preuve acceptée. |
| Imagerie diagnostique | 13 sept. 2018 | 15.6.2 | La stratégie cerne les populations qui sont à risque d'avoir des blessures attribuables à des chutes. | Stratégie prévention des chutes | Principal | Élevée | V | Centre Cloutier-du Rivage Centre Fortierville | Preuve acceptée. |
| Imagerie diagnostique | 13 sept. 2018 | 15.6.3 | La stratégie répond aux besoins spécifiques des populations cernées. | Stratégie prévention des chutes | Principal | Élevée | V | Centre Cloutier-du Rivage Centre Fortierville | Preuve acceptée. |

Tableau intégré - Agrément des soins et des services

Recommandations et suivis des priorités élevées et POR - 2019-2020

Comité de vigilance et de la qualité

2019-09-18

Légende :

Vert : Evolution normale | **Jaune** : Evolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | **Gris** : Terminé | **Orange** : Nouveau

| Cahier de normes | Échéancier | Numéro | Critère | POR | Test de conformité POR | Critères | Appréciation Date | Installations visées | Commentaires |
|--------------------------------------------------------------|---------------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------|----------|-------------------|----------------------------|----------------------------------------------|
| Leadership | 1er juin 2019 | 15.7.6 | La conformité au processus d'établissement du bilan comparatif est vérifiée et des améliorations sont apportées au besoin. | Stratégie BCM | Secondaire | Élevée | V | CIUSSS MCQ | Preuve transmise. En attente d'une décision. |
| Médecine | 13 sept. 2018 | 8.7.2 | Le risque de développer des plaies de pression est évalué pour chaque usager à intervalles réguliers et quand il y a un changement important dans l'état de l'usager. | Prévention plaies de pression | Principal | Élevée | V | HSC | Preuve acceptée. |
| Obstétrique | 21 déc. 2018 | 8.6.1 | Une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre. | Mettre en oeuvre une stratégie de prévention des chutes | Principal | Élevée | V | CIUSSS MCQ | Preuve acceptée. |
| Obstétrique | 21 déc. 2018 | 8.6.3 | L'approche répond aux besoins spécifiques des populations à risque de faire des chutes. | Mettre en oeuvre une stratégie de prévention des chutes | Principal | Élevée | V | CIUSSS MCQ | Preuve acceptée. |
| Obstétrique | 21 déc. 2018 | 9.2.1 | Au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usagère reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, en partenariat avec les usagères et les familles. | Deux identificateurs d'usagers | Principal | Élevée | V | CHAUR HCM HSC HDA | Preuve acceptée. |
| Procréation médicalement assistée (PMA) – Services cliniques | 1er juin 2019 | 6.7 | Des politiques et de procédures visant à assurer la désinfection, la stérilisation et le nettoyage adéquats de l'équipement et des installations sont en place. | | | Élevée | V | CHAUR | Preuve transmise. En attente d'une décision. |
| Réadaptation | 1er juin 2019 | 14.2 | Des stratégies sont élaborées et mises en oeuvre pour cerner les risques en matière de sécurité, avec l'apport des usagers et des familles. | | | Élevée | V | CIUSSS MCQ | Preuve transmise. En attente d'une décision. |
| Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables | 1er juin 2019 | 11.8 | Les appareils d'endoscopie souples sont rangés adéquatement suivant les directives du fabricant de manière à réduire les risques de contamination et les dommages. | | | Élevée | V | CHAUR | Preuve transmise. En attente d'une décision. |

Tableau intégré - Agrément des soins et des services

Recommandations et suivis des priorités élevées et POR - 2019-2020

Comité de vigilance et de la qualité

2019-09-18

Légende :

Vert : Evolution normale | Jaune : Evolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | Rouge : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | Gris : Terminé | Orange : Nouveau

| Cahier de normes | Échéancier | Numéro | Critère | POR | Test de conformité POR | Critères | Appréciation Date | Installations visées | Commentaires |
|-----------------------------------------------------|---------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------|----------|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Santé mentale | 21 déc. 2018 | 8.7.3 | L'approche répond aux besoins spécifiques des populations à risque de faire des chutes. | Mettre en oeuvre une stratégie de prévention des chutes | Principal | Élevée | V | CHAUR | Preuve acceptée. |
| Services périopératoires et interventions invasives | 1er juin 2019 | 18.4 | Un système d'évacuation de la fumée est utilisé lorsqu'une source d'énergie qui produit un panache de fumée (p. ex., appareil d'électrochirurgie) est en fonction. | | | Élevée | V | CHAUR HCM | Preuve transmise. En attente d'une décision. |
| Soins à domicile | 13 sept. 2018 | 9.10.1 | L'information qui doit être partagée aux points de transition des soins est déterminée et standardisée pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement : admission, transfert des soins, transfert et congé. | Transfert d'information | Principal | Élevée | V | CIUSSS MCQ CLSC de la Samare CLSC des Bois-Francis CLSC Drummond CLSC Laviolette | Preuve acceptée. |
| Soins à domicile | 13 sept. 2018 | 9.10.2 | Des outils de consignation et des stratégies de communication sont utilisés pour standardiser le transfert d'information aux points de transition des soins. | Transfert d'information | Principal | Élevée | V | Centre administratif (Énergie) CLSC de la Samare CLSC des Bois-Francis CLSC Drummond CLSC Laviolette | Preuve acceptée. |
| Soins à domicile | 1er juin 2019 | 9.10.5 | L'efficacité de la communication est évaluée et des améliorations sont apportées en fonction de la rétroaction reçue. | Transfert d'information | Secondaire | Élevée | V | Centre administratif (Énergie) CLSC de la Samare CLSC des Bois-Francis CLSC Drummond CLSC Laviolette | Preuve transmise. En attente d'une décision. |

Tableau intégré - Agrément des soins et des services

Recommandations et suivis des priorités élevées et POR - 2019-2020

Comité de vigilance et de la qualité

2019-09-18

Légende :

Vert : Evolution normale | Jaune : Evolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | Rouge : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | Gris : Terminé | Orange : Nouveau

| Cahier de normes | Échéancier | Numéro | Critère | POR | Test de conformité POR | Critères | Appréciation Date | Installations visées | Commentaires |
|----------------------|---------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------|----------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Soins ambulatoires | 1er juin 2019 | 7.9 | Le consentement éclairé de l'utilisateur est obtenu et consigné avant la prestation des services. | | | Élevée | V | Point de service Gentilly | Preuve transmise. En attente d'une décision. |
| Soins ambulatoires | 13 sept. 2018 | 8.6.1 | Une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre. | Stratégie prévention des chutes | Principal | Élevée | V | Centre de services du Haut-Saint-Maurice Point de service Gentilly | Preuve acceptée |
| Soins ambulatoires | 13 sept. 2018 | 8.6.2 | L'approche cerne les populations qui sont à risque de faire des chutes. | Stratégie prévention des chutes | Principal | Élevée | V | Centre de services du Haut-Saint-Maurice Point de service Gentilly | Preuve acceptée |
| Soins ambulatoires | 13 sept. 2018 | 8.6.3 | L'approche répond aux besoins spécifiques des populations à risque de faire des chutes. | Stratégie prévention des chutes | Principal | Élevée | V | Centre de services du Haut-Saint-Maurice Point de service Gentilly | Preuve acceptée |
| Soins critiques | 13 sept. 2018 | 8.8.2 | Le risque de développer des plaies de pression est évalué pour chaque usager à intervalles réguliers et quand il y a un changement important dans l'état de l'utilisateur. | Prévention plaies de pression | Principal | Élevée | V | CHAUR HSC | Preuve acceptée |
| Soins primaires | 1er juin 2019 | 15.1 | Une approche proactive et prédictive est utilisée en vue de cerner les risques pour la sécurité des usagers et de l'équipe, et ce, avec l'apport des usagers et des familles. | | | Élevée | V | Centre St-Joseph UMF de Shawinigan | Preuve transmise. En attente d'une décision |
| Traitement du cancer | 13 sept. 2018 | 15.7.3 | L'approche répond aux besoins spécifiques des populations à risque de faire des chutes. | Stratégie prévention des chutes | Principal | Élevée | V | CHAUR HDA | Preuve acceptée. |
| Transfusions | 1er juin 2019 | 21.2 | L'équipe qui a émis l'ordonnance fournit de l'information au receveur, ce qui comprend une description du composant sanguin ou du produit sanguin, des risques et des avantages associés à la transfusion et des autres options qui s'offrent à lui, ainsi qu'une description des risques et avantages qui s'y rattachent. | | | Élevée | V | CHAUR | Preuve transmise. En attente d'une décision. |

Tableau intégré - Agrément des soins et des services

Recommandations et suivis des priorités élevées et POR - 2019-2020

Comité de vigilance et de la qualité

2019-09-18

Légende :

Vert : Evolution normale | Jaune : Evolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | Rouge : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | Gris : Terminé | Orange : Nouveau

| Cahier de normes | Échéancier | Numéro | Critère | POR | Test de conformité POR | Critères | Appréciation Date | Installations visées | Commentaires |
|------------------|---------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------|----------|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Transfusions | 1er juin 2019 | 21.4 | L'équipe consigne le consentement de l'usager dans son dossier. | | | Élevée | V | CHAUR HSC | Preuve transmise. En attente d'une décision. |
| Transfusions | 1er juin 2019 | 22.3 | Immédiatement avant la transfusion, et en présence du receveur, l'équipe vérifie si les composants sanguins et les produits sanguins correspondent à l'étiquette de compatibilité et si tous les renseignements permettant d'identifier le receveur correspondent à ceux du composant sanguin ou du produit sanguin, et elle consigne cette information. | | | Élevée | V | CHAUR HSC | Preuve transmise. En attente d'une décision. |
| Urgences | 1er juin 2019 | 9.9 | Le consentement éclairé de l'usager est obtenu et consigné avant la prestation des services. | | | Élevée | V | Centre Christ-Roi Centre de services Avellin-Dalcourt HCM | Preuve transmise. En attente d'une décision. |
| Urgences | 13 sept. 2018 | 10.6.1 | Une approche documentée et coordonnée de prévention des chutes est mise en oeuvre. | Stratégie prévention des chutes | Principal | Élevée | V | Centre Christ-Roi Centre de services Avellin-Dalcourt Centre Fortierville | Preuve acceptée. |
| Urgences | 13 sept. 2018 | 10.6.2 | L'approche cerne les populations qui sont à risque de faire des chutes. | Stratégie prévention des chutes | Principal | Élevée | V | Centre Christ-Roi Centre de services Avellin-Dalcourt Centre Fortierville | Preuve acceptée. |
| Urgences | 13 sept. 2018 | 10.6.3 | L'approche répond aux besoins spécifiques des populations à risque de faire des chutes. | Stratégie prévention des chutes | Principal | Élevée | V | Centre Christ-Roi Centre de services Avellin-Dalcourt Centre Fortierville | Preuve acceptée. |
| Urgences | 13 sept. 2018 | 12.6.1 | Au moins deux identificateurs uniques à la personne sont utilisés pour confirmer que l'usager reçoit l'intervention ou le service qui lui est destiné, en partenariat avec les usagers et les familles. | Double identification | Principal | Élevée | V | Centre de services Avellin-Dalcourt HSC | Preuve acceptée. |

Tableau intégré - Agrément des soins et des services

Recommandations et suivis des priorités élevées et POR - 2019-2020

Comité de vigilance et de la qualité

2019-09-18

Légende :

Vert : Evolution normale | **Jaune** : Evolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | **Gris** : Terminé | **Orange** : Nouveau

| Cahier de normes | Échéancier | Numéro | Critère | POR | Test de conformité POR | Critères | Appréciation Date | Installations visées | Commentaires |
|------------------|---------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------------------------|----------|-------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Urgences | 1er juin 2019 | 12.8 | Les usagers qui ont une maladie infectieuse ou chez qui l'on soupçonne une maladie infectieuse sont identifiés, isolés et pris en charge. | | | Élevée | V | Centre de services du Haut-Saint-Maurice CHAUR HCM | Preuve transmise. En attente d'une décision. |

Tableau intégré - Inspection professionnelle

Recommandations et suivis - 2019-2020

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour

2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | **Gris** : Terminé | **Orange** : Nouveau

| | | | | | | | | | | État des suivis | |
|-------------------|------------------------------------------------------|----------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RLS | Ordre professionnel | Installation | Date rapport/ lettre | Thème / objectifs | # | Recommandations/ Actions | Responsable | Évolution du dossier | Échéancier | Accepté (date) | Commentaires |
| Arthabaska-Érable | Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) | CHSLD Du Chêne | 2017-06-20 | Déterminer le PTI chez un résident qui nécessite un suivi clinique particulier et ajuster ce PTI en fonction de l'évolution de sa condition de santé. | 1 | <p>Implanter la règle de soins: Plan thérapeutique infirmier (PTI) CIUSSS.</p> <p>Rappel sur la fréquence d'ajustement par des capsules cliniques avec l'apport de la CSI SAPA</p> <p>Audits de dossiers</p> <p>Formation de 7 hrs sur les notes au dossier et le PTI</p> | DSI | G | <p>Janvier 2018</p> <p>Février 2018</p> <p>Mai 2017 Juillet 2018</p> <p>Avril 2018, en continu</p> | | <ul style="list-style-type: none"> ●RSI CIUSSS non implantées à ce jour. Par contre, en attendant la procédure DSI-Qual.INF-003 s'applique ● Une formation de 2 heures sur le PTI a été dispensée le 21 mars 2018 pour toutes les infirmières ●Audits réalisés en mai 2017 et juillet 2018 |
| Arthabaska-Érable | Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) | CHSLD Du Chêne | 2017-06-20 | S'assurer de transmettre aux PAB les directives visant à assurer le suivi prioritaire du résident. | 2 | <p>Implanter le PTI informatisé incluant des plans de travail informatisés (pilotage, Sichel, formation, coaching, audit).</p> | DSI | G | 2018-09-15 | | Le PTI informatisé est implanté |
| Arthabaska-Érable | Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) | CHSLD Du Chêne | 2017-06-20 | Consigner au dossier les notes d'évolution justifiant leurs constats et leurs décisions: les données de leur évaluation, leurs constats, leurs interventions et les résultats de soins observés chez le client dont la médication requiert un suivi infirmier. | 3 | <p>Création et diffusion de trois capsules cliniques:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Médication SCPD - Médication PRN - Médication en ajustement (faire le lien au PTI) | DSI | G | Déc. 2017 | | ne capsule réalisée pour englober les 3 thèmes et diffusée lors de la formation de deux heures sur le PTI le 21 mars |
| Arthabaska-Érable | Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) | CHSLD Du Chêne | 2017-06-20 | Déterminer et ajuster en continu le PTI de manière à ce qu'il contienne le constat et les directives nécessaires au suivi clinique du résident à risque de chute et mettre à jour le SMAF imagé (tableau des soins) des PAB. | 4 | <p>Implanter le plan de travail informatisé.</p> <p>Rappels sur la mise à jour des SMAF imagés.</p> <p>Valider la pertinence des outils cliniques pour les infirmières et les PAB.</p> <p>Implantation de la règle des pratiques professionnelles sur la prévention des chutes et de la règle de soins sur le suivi postchute CIUSSS.</p> <p>Diffusion de capsules sur la prévention et le suivi des chutes lors du déploiement des règles de soins.</p> <p>Offrir la formation de sept heures sur la prévention des chutes, les mesures alternatives et l'utilisation judicieuse des mesures de contrôle (MCQ00024VL)</p> | DSI | G | <p>Juillet 2017</p> <p>Août 2017 et trimestriel</p> <p>Juin 2018</p> <p>Mars 2018</p> <p>Mars 2018</p> <p>En continu Annuellement</p> | | <p>Réalisé</p> <p>Réalisé, en continu</p> <p>Réalisé</p> <p>RPP diffusées en novembre 2018</p> <p>Casule présentées en novembre</p> <p>La formation est donnée en continu.</p> |

Tableau intégré - Inspection professionnelle

Recommandations et suivis - 2019-2020

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour

2019-09-18

Légende : Vert : Évolution normale | Jaune : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | Rouge : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | Gris : Terminé | Orange : Nouveau

| | | | | | | | État des suivis | | | | |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------|--------------------------------|----------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| RLS | Ordre professionnel | Installation | Date rapport/ lettre | Thème / objectifs | # | Recommandations/ Actions | Responsable | Évolution du dossier | Échéancier | Accepté (date) | Commentaires |
| Arthabaska-Érable | Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) | CHSLD Du Chêne | 2017-06-20 | <p>Procéder à l'évaluation initiale complète du résident présentant une plaie.</p> <p>Assurer la surveillance clinique du résident présentant une plaie en procédant aux évaluations subséquentes, soit au moins une fois par semaine.</p> <p>Consigner au dossier les notes d'évolution justifiant leurs constats et leurs décisions: les données de leur évaluation, leurs interventions et les résultats de soins observés chez le client présentant une plaie.</p> | 5 | Diffuser un communiqué de rappel sur l'utilisation du formulaire selon certaines modalités (fréquence de complétion, sections à compléter, informations à inscrire, utilisation du formulaire de notes complémentaires au besoin) et en discuter lors d'une rencontre d'équipe. | DSI | G | Novembre 2017 | | Réalisé - Le communiqué a été diffusé le 02-02-2018 |
| | | | | | 6 | Implantation du formulaire de suivi des plaies harmonisé CIUSSS. | | | Avril 2018 | | Formulaire harmonisé CIUSSS non implanté car en attente d'un formulaire du MSSS. |
| | | | | | 7 | S'assurer de la présence des infirmières lors de soins par la stomothérapeute. | | | Dès septembre 2017, en continu | | Réalisé, en continu |
| | | | | | 8 | Validation de la complétion du formulaire de suivi de plaie par la stomothérapeute lorsqu'elle dispense des soins directs et assure le suivi avec l'infirmière. | | | Dès septembre 2017, en continu | | Réalisé, en continu |
| | | | | | 9 | Audits sur l'évaluation des plaies et le dépistage des facteurs de risques de plaies de pression faits par la conseillère en soins infirmiers SAPA. | | | Juillet 2018 | | Réalisé, en continu |
| 10 | Offrir au personnel infirmier la formation prévention et traitement des plaies de pression (MCQ02049 VL) CIUSSS. | En continu | Réalisé, en continu | | | | | | | | |
| Arthabaska-Érable | Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) | CHSLD Du Chêne | 2017-06-20 | Respecter les mesures d'asepsie lors des soins de plaies. | 8 | <p>Rappel sur la MSI prévention des infections lors de soins de plaies du CESS (lecture obligatoire et signature).</p> <p>Évaluation et rappel sur l'asepsie lorsque la stomothérapeute supervise les infirmières en soins de plaies.</p> | DSI | G | Février 2018 | 2018-02-15 | Réalisé le 15 février 2018 |
| Arthabaska-Érable | Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) | CHSLD Du Chêne | 2017-06-20 | Déterminer et ajuster le PTI du résident présentant une plaie. | 9 | <p>Rappel sur l'élaboration et l'ajustement du PTI pour tout usager présentant une plaie.</p> <p>Audits par la conseillère SAPA.</p> | DSI | G | Février 2018 | | Réalisé lors de la formation du 21 mars 2018 |

Tableau intégré - Inspection professionnelle

Recommandations et suivis - 2019-2020

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour

2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | **Gris** : Terminé | **Orange** : Nouveau

| | | | | | | | État des suivis | | | | |
|-------------------|------------------------------------------------------|----------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------|-----------------------------------|----------------|------------------------------------------------------|
| RLS | Ordre professionnel | Installation | Date rapport/ lettre | Thème / objectifs | # | Recommandations/ Actions | Responsable | Évolution du dossier | Échéancier | Accepté (date) | Commentaires |
| Arthabaska-Érable | Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) | CHSLD Du Chêne | 2017-06-20 | <p>Procéder à l'évaluation initiale de la condition physique et mentale du résident qui présente des troubles neurocognitifs afin d'établir son profil comportemental.</p> <p>Assurer la surveillance clinique du résident atteint de troubles neurocognitifs et qui présente un changement dans son comportement.</p> | 10 | <p>Offrir la formation sur les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) de 3 jours générale.</p> <p>Offrir la suite de la formation SCPD (1 jour) plus spécifique pour les infirmières</p> <p>Mettre en place une équipe interdisciplinaire dédiée pour l'évaluation des résidents présentant des SCPD au CHSLD du Chêne(support clinique)</p> | DSI | G | Printemps 2017 et en continu | | Réalisé,toutes les infirmières ont reçu la formation |
| | | | | | 11 | <p>Offrir la formation obligatoire sur l'examen physique et mentale (MSSS).</p> | | | À partir de 2018-2019, en continu | | Formation sera offerte au PDC 2018-2020 |
| Arthabaska-Érable | Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) | CHSLD Du Chêne | 2017-06-20 | <p>Documenter l'évaluation de la condition de santé physique et mentale du résident qui présente des SCPD, les stratégies visant à diminuer ces comportements et les résultats des soins.</p> <p>Déterminer au PTI un constats et des directives précises visant à assurer le suivi des résidents atteints de troubles neurocognitifs présentant des SCPD. Ajuster le PTI selon l'évolution de la condition de santé du résident.</p> | 12 | <p>Implantation du formulaire examen physique et mental d'une personne présentant un SCPD.</p> | DSI | G | Sept. 2018 | | Réalisé |
| | | | | | 13 | <p>Poursuivre l'implantation de la grille de surveillance et d'analyse du comportement.</p> <p>Diffuser et implanter l'affiche sur le plan de prévention de l'escalade et gestion de la crise.</p> <p>Réaliser des audits sur l'évaluation des SCPD (formulaire et PTI).</p> | | | Sept. 2018 | | |
| | | | | | | | | | Septembre 2018 | | |
| | | | | | | | | | Février 2019 | | |

Tableau intégré - Inspection professionnelle

Recommandations et suivis - 2019-2020

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour

2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | **Gris** : Terminé | **Orange** : Nouveau

| | | | | | | | État des suivis | | | | |
|-------------------|------------------------------------------------------|----------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------|---------------|----------------|----------------------------|
| RLS | Ordre professionnel | Installation | Date rapport/ lettre | Thème / objectifs | # | Recommandations/ Actions | Responsable | Évolution du dossier | Échéancier | Accepté (date) | Commentaires |
| Arthabaska-Érable | Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) | CHSLD Du Chêne | 2017-06-20 | <p>S'assurer d'obtenir le consentement d'un membre de la famille ou un mandataire avant d'appliquer une mesure de contrôle, et ce, comme prévu dans la politique de l'établissement.</p> <p>S'assurer de vérifier que les mesures de remplacement fonctionnent ou veiller à ce que les membres de l'équipe de soins assurent cette surveillance.</p> <p>S'assurer que les membres de l'équipe de soins surveillent la clientèle sous contention, à la fréquence déterminée dans la politique de l'établissement.</p> | 14 | Rediffuser les capsules sur : - Le consentement à l'application de la mesure. | DSI | G | Décembre 2017 | 2018-02-10 | Réalisé le 10 février 2018 |
| | | | | | 15 | - Fréquence de surveillance de la mesure. - L'utilisation des technologies d'aide à la surveillance. | | | | | |
| | | | | | 16 | Implantation du formulaire d'évaluation des mesures alternatives. | | | Décembre 2017 | | |
| Arthabaska-Érable | Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) | CHSLD Du Chêne | 2017-06-20 | <p>Coordonner les interventions de l'équipe de soins pour le client présentant un risque de dangerosité et pour lequel une mesure de contrôle est envisagée.</p> <p>Déterminer au PTI un constat et des directives précises visant à assurer le suivi des résidents pour lesquels une mesure de remplacement ou de contrôle est appliquée. Ajuster le PTI selon l'évolution de la condition de santé du résident</p> | 17 | S'assurer de l'application du processus décisionnel en interdisciplinarité. Inscrire les directives au plan de travail des infirmières auxiliaires et des PAB. Élaborer et diffuser une capsule sur les éléments essentiels de la note au dossier et le PTI sur les mesures de contrôle et les mesures alternatives. | DSI | G | Fév. 2018 | | Réalisé |
| | | | | | 18 | Offrir du soutien clinique par la conseillère en soins infirmiers SAPA et par l'ASI après la diffusion des capsules | | | Sept. 2018 | | Réalisé |
| | | | | | | Audits sur l'évaluation du processus décisionnel d'application des mesures de contrôle incluant une portion du PTI | | | Mars 2018 | | |
| | | | | | | | | Avril 2018 | | | |
| | | | | | | | | Février 2018 | | | |

Tableau intégré - Inspection professionnelle

Recommandations et suivis - 2019-2020

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour

2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | **Gris** : Terminé | **Orange** : Nouveau

| | | | | | | | | État des suivis | | | |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RLS | Ordre professionnel | Installation | Date rapport/ lettre | Thème / objectifs | # | Recommandations/ Actions | Responsable | Évolution du dossier | Échéancier | Accepté (date) | Commentaires |
| | Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) | CHSLD Du Chêne | 2017-06-20 | Procéder à une évaluation initiale de la condition de santé physique et mentale du client impliqué dans une situation de maltraitance (soupçonnée ou avérée). Assurer la surveillance clinique du client maltraité et, le cas échéant, du client maltraitant. | 19 20 | Poursuivre l'implantation et la diffusion de la politique CIUSSS. S'assurer que les infirmières ont réalisé l'activité de formation sur la maltraitance (MCQ0049 C1-C2-C3) Rencontre avec les infirmières pour diffuser la politique et soutenir la compréhension des concepts de maltraitance et de bienveillance | DSI | G | Déc. 2017 Sept. 2017 Août 2017 | | Réalisé Réalisé Réalisé |
| Arthabaska-Érable | Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) | CHSLD Du Chêne | 2017-06-20 | Déclarer la situation de maltraitance au rapport d'accident/incident et divulguer l'événement à la famille. Consigner au dossier les notes d'évolution justifiant leurs constats et leurs décisions: la description objective et détaillée des événements, les données de leur évaluation, leurs constats, leurs interventions et les résultats de soins observés. Déterminer le PTI du client maltraité et, | 21 22 23 | Offrir de la formation sur l'approche milieu de vie (incluant portion bienveillance). Rédiger et diffuser une note de service sur l'importance de l'évaluation de la situation en interdisciplinarité, les modalités de déclaration et de divulgation lors de maltraitance ou incident et accident relatives à la gestion des risques Implanter la règle de soins infirmiers PTI Élaborer et diffuser une capsule sur les | DSI | G | En continu jusqu'en sept. 2020 Sept. 2018 Janvier 2018 Février 2018 | | Réalisé, en continu Formation Vigie-sécuritaire faite au personnel par la chef de service et la coordonnatrice SCPD. RSI CIUSSS non implantées à ce jour. Par contre, en attendant, la procédure DSI-Qual.INF-003 s'applique Réalisé lors de la formation du 21 mars |
| Trois-Rivières | Ordre des Pharmaciens du Québec (OPQ) - Plan de priorisation | CHAUR | 2017-08-28 | Installations, équipements et fournitures | 2 | Confirmer que l'interphone peut être activé sans l'usage des mains. | DSM | V | 2018-10-15 | | |
| Trois-Rivières | Ordre des Pharmaciens du Québec (OPQ) - Plan de priorisation | CHAUR | 2017-09-03 | Contrôle environnemental | 28 | Confirmer les mesures prises (par exemple, installation d'une baie d'observation, d'un système de caméra ou de miroirs) afin de | DSM | V | 2018-10-15 | | |
| CIUSSS MCQ | Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) | Centre multiservice: Centre St-Narcisse Foyer de la Pérade Foyer Ste-Thècle Foyer Mgr Paquin Centre Christ-Roi | 2017-12-14 | Administrer des médicaments ou d'autres substances | | Inscrire la date d'ouverture sur le contenant et suivre les recommandations du pharmacien et/ou du fabricant sur la stabilité du produit post-ouverture. | DSI | G | 2018-09-23 | | Capsule d'information diffusée en mai 2018. Audits réalisés en septembre 2018 |

Tableau intégré - Inspection professionnelle

Recommandations et suivis - 2019-2020

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour

2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | **Gris** : Terminé | **Orange** : Nouveau

| | | | | | | | | État des suivis | | | |
|------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------------|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------|------------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RLS | Ordre professionnel | Installation | Date rapport/ lettre | Thème / objectifs | # | Recommandations/ Actions | Responsable | Évolution du dossier | Échéancier | Accepté (date) | Commentaires |
| CIUSSS MCQ | Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) | Centre multiservice: Centre St-Narcisse Foyer de la Pérade Foyer Ste-Thècle Foyer Mgr Paquin Centre Christ-Roi | 2017-12-14 | Administrer des médicaments ou d'autres substances | | Lorsqu'il s'agit d'une nouvelle cartouche, vous devez en tout temps y inscrire la date d'ouverture. | DSI | G | 2018-05-23 | | Capsule d'information diffusée en mai 2018. Audits réalisés en septembre 2018 |
| CIUSSS MCQ | Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) | Centre multiservice: Centre St-Narcisse Foyer de la Pérade Foyer Ste-Thècle Foyer Mgr Paquin Centre Christ-Roi | 2017-12-14 | Administrer des médicaments ou d'autres substances | | Les réserves d'insuline doivent être réfrigérées (de 2 à 10 degrés C) jusqu'au moment de leur utilisation (ouverture) selon la date d'expiration. | DSI | G | 2018-09-23 | | Capsule d'information diffusée en mai 2018. Audits réalisés en septembre 2018 |
| CIUSSS MCQ | Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) | Centre multiservice: Centre St-Narcisse Foyer de la Pérade Foyer Ste-Thècle Foyer Mgr Paquin Centre Christ-Roi | 2017-12-14 | Prodiguer des soins et des traitements infirmiers | | Laisser le garrot en place pas plus d'une minute et le dénouer dès que le sang afflue dans le tube de prélèvement. | DSI | G | 2018-04-23 | | Capsule d'information diffusée en mars 2018. Audits réalisés en avril 2018 |
| CIUSSS MCQ | Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) | Centre multiservice: Centre St-Narcisse Foyer de la Pérade Foyer Ste-Thècle Foyer Mgr Paquin Centre Christ-Roi | 2017-12-14 | Prévenir et contrôler les infections | | Porter des gants lors de tout prélèvement de sang et lors de toute manipulation d'objets piquants ou tranchants impliquant un contact avec le sang. | DSI | G | 2018-05-23 | | Capsule d'information diffusée en mars 2018 et réalisation de pense-bêtes. Audits réalisés en mai 2018 |
| CIUSSS MCQ | Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) | Centre multiservice: Centre St-Narcisse Foyer de la Pérade Foyer Ste-Thècle Foyer Mgr Paquin Centre Christ-Roi | 2017-12-14 | Prévenir et contrôler les infections | | Porter des gants lors de l'administration de médicament par voie ophtalmique. | DSI | G | 2018-05-23 | | Capsule d'information diffusée en mars 2018. Audits réalisés en mai 2018 |
| CIUSSS MCQ | Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) | Centre multiservice: Centre St-Narcisse Foyer de la Pérade Foyer Ste-Thècle Foyer Mgr Paquin Centre Christ-Roi | 2017-12-14 | Prévenir et contrôler les infections | | Les gants doivent être changés ou enlevés: ● entre deux interventions distinctes sur le même usager ● entre deux usagers différents ● dès que l'intervention est complétée. Enlever les gants dès que le risque de toucher des liquides biologiques est passé. À partir de ce moment les gants sont considérés comme potentiellement contaminés; s'ils ne sont pas enlevés, il faudra désinfecter tout ce qu'ils auront touché: côtés de lit, poignée de porte, etc. | DSI | G | 2018-05-23 | | Capsule d'information diffusée en mars 2018. Audits réalisés en mai 2018 |

Tableau intégré - Inspection professionnelle

Recommandations et suivis - 2019-2020

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour

2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | **Gris** : Terminé | **Orange** : Nouveau

| | | | | | | | | État des suivis | | | |
|----------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------|---------------|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RLS | Ordre professionnel | Installation | Date rapport/ lettre | Thème / objectifs | # | Recommandations/ Actions | Responsable | Évolution du dossier | Échéancier | Accepté (date) | Commentaires |
| CIUSSS MCQ | Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) | Centre multiservice: Centre St-Narcisse Foyer de la Pérade Foyer Ste-Thècle Foyer Mgr Paquin Centre Christ-Roi | 2017-12-14 | Prévenir et contrôler les infections | | Respecter la procédure du port de l'équipement de protection individuelle. | DSI | G | Décembre 2018 | | En cours |
| CIUSSS MCQ | Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) | Centre multiservice: Centre St-Narcisse Foyer de la Pérade Foyer Ste-Thècle Foyer Mgr Paquin Centre Christ-Roi | 2017-12-14 | Prévenir et contrôler les infections | | Nettoyer avec une lingette désinfectante les équipements de soin après chaque utilisation. | DSI | G | 2018-10-01 | | Capsule d'information diffusée en mai 2018. Audits réalisés en octobre 2018 |
| CIUSSS MCQ | Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) | Centre multiservice: Centre St-Narcisse Foyer de la Pérade Foyer Ste-Thècle Foyer Mgr Paquin Centre Christ-Roi | 2017-12-14 | Prévenir et contrôler les infections | | Jeter le capuchon de l'aiguille souillé à l'endroit désigné, utiliser une pince (ou un autre instrument approprié) pour retirer l'aiguille et désinfecter la pince après chaque utilisation. | DSI | G | 2018-05-23 | | Capsule d'information diffusée en mai 2018. Audits réalisés. |
| CIUSSS MCQ | Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) | Centre multiservice: Centre St-Narcisse Foyer de la Pérade Foyer Ste-Thècle Foyer Mgr Paquin Centre Christ-Roi | 2017-12-14 | Prévenir et contrôler les infections | | Respecter l'asepsie en suivant les méthodes de soins infirmiers et les mesures de prévention des infections. | DSI | G | 2018-06-01 | | Capsule d'information diffusée en mars 2018. Audits par observations à partir de juin 2018 |
| CIUSSS MCQ | Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) | Centre multiservice: Centre St-Narcisse Foyer de la Pérade Foyer Ste-Thècle Foyer Mgr Paquin Centre Christ-Roi | 2017-12-15 | Inscrire les notes d'évolution | | Inscrire l'heure de l'intervention lors de la rédaction des notes d'évolution au dossier de l'usager. | DSI | G | 2018-12-01 | | Capsule à diffusée en mars-avril 2019 |
| Trois-Rivières | Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) | Pénitencier de Trois-Rivières | 2019-03-06 | | 1 | Cibler les clients à risque de détérioration de leur état de santé et nécessitant un suivi infirmier | | O | 2019-05-01 | | Le milieu carcéral consulte actuellement le document. Les infirmières ont été formées sur l'évaluation de la condition mentale, elles ont pu, lors de cette formation, expérimenter les modifications de l'outil d'évaluation initiale. Annie Fiset et Caroline Rivest ont répondu au DCC, en attente de leur approbation. |
| Trois-Rivières | Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) | Pénitencier de Trois-Rivières | 2019-03-06 | | 2 | Évaluer l'effet escompté des médicaments ainsi que les effets secondaires et indésirables | | O | 2019-07-01 | | |

Tableau intégré - Inspection professionnelle

Recommandations et suivis - 2019-2020

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour

2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | **Gris** : Terminé | **Orange** : Nouveau

| | | | | | | | État des suivis | | | | |
|----------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------|-------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------|------------|----------------|--------------|
| RLS | Ordre professionnel | Installation | Date rapport/ lettre | Thème / objectifs | # | Recommandations/ Actions | Responsable | Évolution du dossier | Échéancier | Accepté (date) | Commentaires |
| Trois-Rivières | Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) | Pénitencier de Trois-Rivières | 2019-03-06 | | 3 | Évaluer et surveiller la condition de santé des clients à risque de dangerosité pour eux-mêmes ou autrui aux moments opportuns en effectuant un examen clinique pertinent à la situation, déterminer et mettre à jour le PTI en conséquence | | O | 2019-11-01 | | |
| Trois-Rivières | Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) | Pénitencier de Trois-Rivières | 2019-03-06 | | 4 | Réaliser une démarche clinique complète auprès des personnes pour qui une mesure de contrôle est appliquée | | O | 2019-06-01 | | |
| Trois-Rivières | Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) | Pénitencier de Trois-Rivières | 2019-03-06 | | 5 | Assurer la continuité des soins en documentant les notes au dossier, en déterminant le PTI et en communiquant les informations pertinentes auprès des personnes concernées. | | O | 2019-07-10 | | |

Tableau intégré - Visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie en CHSLD

Comité de vigilance et de la qualité

Recommandations et suivis - 2018-2019

Information mise à jour 2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | **Gris** : Terminé
Orange : Nouveau

| | | | | | | | État des suivis | | | |
|----------|------------------------|------------------------|-------------------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------|---------------------|----------------|--------------------------------------------|
| RLS | Type de visite | Installation | Date de la visite | # rec. | Recommandations | Responsable | Évolution du dossier | Fin estimé du cycle | Terminé (date) | Commentaire |
| Énergie | Visite évaluation MSSS | Saint-Maurice | 2019-07-09 | | | DAH | O | 2022-07-08 | | En attente du rapport de visite |
| Drummond | Visite évaluation MSSS | Frédéric-George-Hériot | 2019-06-25 | 1 | Le MSSS recommande à l'installation de poursuivre son engagement afin que l'ensemble des informations pertinentes au processus d'accueil soit transmis aux résidents et à leurs proches. | DAH | O | 2022-06-24 | | Plan d'amélioration en cours de rédaction. |
| Drummond | Visite évaluation MSSS | Frédéric-George-Hériot | 2019-06-25 | 2 | Le MSSS recommande à l'installation de poursuivre son engagement afin de désigner une personne pour assurer le lien avec le comité des résidents. | DAH | O | 2022-06-24 | | Plan d'amélioration en cours de rédaction. |
| Drummond | Visite évaluation MSSS | Frédéric-George-Hériot | 2019-06-25 | 3 | Le MSSS recommande à l'installation de poursuivre son engagement afin • que les lieux rappellent un milieu de vie familial; • que les stimuli auditifs soient contrôlés. | DAH | O | 2022-06-24 | | Plan d'amélioration en cours de rédaction. |
| Drummond | Visite évaluation MSSS | Frédéric-George-Hériot | 2019-06-25 | 4 | Le MSSS recommande à l'installation de poursuivre son engagement afin que les produits dangereux soient rangés de façon sécuritaire. | DAH | O | 2022-06-24 | | Plan d'amélioration en cours de rédaction. |
| Drummond | Visite évaluation MSSS | Frédéric-George-Hériot | 2019-06-25 | 5 | Le MSSS recommande à l'installation de poursuivre son engagement afin de s'assurer que le personnel répond promptement aux besoins et aux demandes des résidents. | DAH | O | 2022-06-24 | | Plan d'amélioration en cours de rédaction. |
| Drummond | Visite évaluation MSSS | Frédéric-George-Hériot | 2019-06-25 | 6 | Le MSSS recommande à l'installation de poursuivre son engagement afin que l'activité repas se déroule dans une ambiance propice à l'alimentation. | DAH | O | 2022-06-24 | | Plan d'amélioration en cours de rédaction. |

Tableau intégré - Visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie en CHSLD

Comité de vigilance et de la qualité

Recommandations et suivis - 2018-2019

Information mise à jour 2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | **Gris** : Terminé
Orange : Nouveau

| | | | | | | État des suivis | | | | |
|-------------------|------------------------|------------------------|-------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------|---------------------|----------------|--------------------------------------------|
| RLS | Type de visite | Installation | Date de la visite | # rec. | Recommandations | Responsable | Évolution du dossier | Fin estimé du cycle | Terminé (date) | Commentaire |
| Drummond | Visite évaluation MSSS | Frédéric-George-Hériot | 2019-06-25 | 7 | Le MSSS recommande à l'installation de poursuivre son engagement afin de mieux structurer l'organisation de l'activité repas. | DAH | O | 2022-06-24 | | Plan d'amélioration en cours de rédaction. |
| Drummond | Visite évaluation MSSS | Frédéric-George-Hériot | 2019-06-25 | 8 | Le MSSS recommande à l'installation de poursuivre son engagement afin que les activités sociales, occupationnelles et de loisirs soient réalisées avec la participation de différents membres du personnel. | DAH | O | 2022-06-24 | | Plan d'amélioration en cours de rédaction. |
| Arthabaska-Érable | Visite évaluation MSSS | du Chêne | 2018-09-11 | 1 | Le MSSS recommande à l'installation de poursuivre son engagement afin que les produits dangereux soient rangés de façon sécuritaire. | DAH | V | 2021-09-10 | | |
| Arthabaska-Érable | Visite évaluation MSSS | du Chêne | 2018-09-11 | 2 | Le MSSS recommande l'installation de poursuivre son engagement afin que : • les plans d'intervention en interdisciplinarité soient réalisés en présence des intervenants des services de santé et de services sociaux; • les interventions en soins palliatifs et de fin de vie soient réalisés en interdisciplinarité en incluant les proches. | DAH | V | 2021-09-10 | | |
| Trois-Rivières | Visite évaluation MSSS | St-Joseph | 2018-07-25 | 1 | Le MSSS recommande à l'installation de poursuivre son engagement afin de s'assurer que le rôle et les responsabilités du PAB accompagnateur soient connus par le personnel, les résidents et leurs proches. | DAH | V | 2021-07-24 | | |

Tableau intégré - Visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie en CHSLD

Comité de vigilance et de la qualité

Recommandations et suivis - 2018-2019

Information mise à jour 2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | **Gris** : Terminé
Orange : Nouveau

| | | | | | | État des suivis | | | | |
|---------------------------|------------------------|------------------|-------------------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------|---------------------|----------------|-------------|
| RLS | Type de visite | Installation | Date de la visite | # rec. | Recommandations | Responsable | Évolution du dossier | Fin estimé du cycle | Terminé (date) | Commentaire |
| Trois-Rivières | Visite évaluation MSSS | St-Joseph | 2018-07-25 | 2 | le MSSS recommande à l'installation de poursuivre son engagement afin que l'aménagement des espaces communs permette au résident et à ses proches de se sentir comme à la maison. | DAH | G | 2021-07-24 | 2019-07-02 | |
| Trois-Rivières | Visite évaluation MSSS | St-Joseph | 2018-07-25 | 3 | Le MSSS recommande à l'installation de poursuivre son engagement afin que les lieux soient bien entretenus et que les produits dangereux soient rangés de façon sécuritaire. | DAH | V | 2021-07-24 | | |
| Trois-Rivières | Visite évaluation MSSS | St-Joseph | 2018-07-25 | 4 | Le MSSS recommande à l'installation de poursuivre son engagement afin de s'assurer que le personnel respecte la confidentialité des renseignements personnels des résidents. | DAH | V | 2021-07-24 | | |
| Trois-Rivières | Visite évaluation MSSS | Louis Denoncourt | 2018-07-26 | 1 | Le MSSS recommande à l'installation de poursuivre son engagement afin que les produits dangereux soient rangés de façon sécuritaire. | DAH | V | 2021-07-25 | | |
| Trois-Rivières | Visite évaluation MSSS | Louis Denoncourt | 2018-07-26 | 2 | Le MSSS recommande à l'installation de poursuivre son engagement afin que le résident soit informé du menu du jour par de l'information verbale. | DAH | G | 2021-07-25 | 2019-07-02 | |
| Trois-Rivières | Visite évaluation MSSS | Louis Denoncourt | 2018-07-26 | 3 | Le MSSS recommande à l'installation de poursuivre son engagement afin que la programmation des activités soit présentée sur sept jours. | DAH | G | 2021-07-25 | 2019-07-02 | |
| Bécancour-Nicolet-Yamaska | Visite évaluation MSSS | CH du Christ-Roi | 2015-10-06 | 1 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement pour offrir un milieu de vie de qualité tel que préconisé par les orientations ministérielles. | DAH | G | 2018-10-05 | 2017-03-13 | |

Tableau intégré - Visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie en CHSLD

Comité de vigilance et de la qualité

Recommandations et suivis - 2018-2019

Information mise à jour 2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | **Gris** : Terminé
Orange : Nouveau

| | | | | | | État des suivis | | | | |
|---------------------------|------------------------|-----------------------|-------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------|---------------------|----------------|-------------|
| RLS | Type de visite | Installation | Date de la visite | # rec. | Recommandations | Responsable | Évolution du dossier | Fin estimé du cycle | Terminé (date) | Commentaire |
| Bécancour-Nicolet-Yamaska | Visite évaluation MSSS | CH du Christ-Roi | 2015-10-06 | 2 | Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens pour améliorer la compréhension des renseignements transmis au résident lors de son accueil. | DAH | G | 2018-10-05 | 2016-09-29 | |
| Bécancour-Nicolet-Yamaska | Visite évaluation MSSS | CH du Christ-Roi | 2015-10-06 | 3 | Le MSSS recommande que l'établissement s'assure de mieux adapter aux besoins des résidents les soins et l'assistance qu'il prodigue. | DAH | G | 2018-10-05 | 2016-09-29 | |
| Bécancour-Nicolet-Yamaska | Visite évaluation MSSS | CH du Christ-Roi | 2015-10-06 | 4 | Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens nécessaires afin que les lieux soient sécuritaires. | DAH | G | 2018-10-05 | 2016-09-29 | |
| Bécancour-Nicolet-Yamaska | Visite évaluation MSSS | Saint-Célestin | 2015-10-07 | 1 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement pour offrir un milieu de vie de qualité tel que préconisé par les orientations ministérielles. | DAH | G | 2018-10-06 | 2017-03-13 | |
| Bécancour-Nicolet-Yamaska | Visite évaluation MSSS | Saint-Célestin | 2015-10-07 | 2 | Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens pour améliorer la compréhension de l'information transmise au résident lors de son accueil. | DAH | G | 2018-10-06 | 2016-09-29 | |
| Bécancour-Nicolet-Yamaska | Visite évaluation MSSS | Saint-Célestin | 2015-10-07 | 3 | Le MSSS recommande que l'établissement s'assure de mieux adapter aux besoins des résidents les soins et l'assistance qu'il prodigue. | DAH | G | 2018-10-06 | 2016-09-29 | |
| Drummond | Visite évaluation MSSS | Marguerite-d'Youville | 2015-11-10 | 1 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à offrir un milieu de vie de qualité tel que préconisé dans les orientations ministérielles. | DAH | G | 2018-11-09 | 2016-11-03 | |

Tableau intégré - Visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie en CHSLD

Comité de vigilance et de la qualité

Recommandations et suivis - 2018-2019

Information mise à jour 2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | **Gris** : Terminé
Orange : Nouveau

| | | | | | | État des suivis | | | | |
|-------------------|------------------------|-----------------------|-------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------|---------------------|----------------|-------------|
| RLS | Type de visite | Installation | Date de la visite | # rec. | Recommandations | Responsable | Évolution du dossier | Fin estimé du cycle | Terminé (date) | Commentaire |
| Drummond | Visite évaluation MSSS | Marguerite-d'Youville | 2015-11-10 | 2 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à assurer la continuité des interventions de l'équipe soignante. | DAH | G | 2018-11-09 | 2018-03-15 | |
| Drummond | Visite évaluation MSSS | Marguerite-d'Youville | 2015-11-10 | 3 | Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens pour améliorer l'organisation des repas afin de mieux répondre aux besoins des résidents. | DAH | G | 2018-11-09 | 2016-11-03 | |
| Drummond | Visite évaluation MSSS | L'Accueil Bon-Conseil | 2015-11-11 | 1 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à offrir un milieu de vie de qualité tel que préconisé dans les orientations ministérielles. | DAH | G | 2018-11-10 | 2016-11-03 | |
| Drummond | Visite évaluation MSSS | L'Accueil Bon-Conseil | 2015-11-11 | 2 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à assurer la continuité des interventions de l'équipe soignante. | DAH | G | 2018-11-10 | 2018-03-15 | |
| Drummond | Visite évaluation MSSS | L'Accueil Bon-Conseil | 2015-11-11 | 3 | Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens pour valider la compréhension des renseignements transmis aux résidents et à ses proches lors de l'accueil. | DAH | G | 2018-11-10 | 2016-11-03 | |
| Arthabaska-Érable | Visite évaluation MSSS | Du Roseau | 2016-01-19 | 1 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à offrir un milieu de vie de qualité tel que préconisé dans les orientations ministérielles. | DAH | G | 2019-01-18 | 2017-03-13 | |
| Arthabaska-Érable | Visite évaluation MSSS | Du Roseau | 2016-01-19 | 2 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à améliorer la mise en place de pratiques conformes aux principes inscrits dans les orientations ministérielles. | DAH | G | 2019-01-18 | 2017-01-11 | |

Tableau intégré - Visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie en CHSLD

Comité de vigilance et de la qualité

Recommandations et suivis - 2018-2019

Information mise à jour 2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | **Gris** : Terminé
Orange : Nouveau

| | | | | | | État des suivis | | | | |
|-------------------|------------------------|--------------|-------------------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------|---------------------|----------------|-------------|
| RLS | Type de visite | Installation | Date de la visite | # rec. | Recommandations | Responsable | Évolution du dossier | Fin estimé du cycle | Terminé (date) | Commentaire |
| Arthabaska-Érable | Visite évaluation MSSS | Du Roseau | 2016-01-19 | 3 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à améliorer la mise en place d'outils conformes aux principes inscrits dans les orientations ministérielles. | DAH | G | 2019-01-18 | 2017-11-09 | |
| Arthabaska-Érable | Visite évaluation MSSS | Du Roseau | 2016-01-19 | 4 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à assurer la continuité des interventions de l'équipe soignante. | DAH | G | 2019-01-18 | 2018-10-03 | |
| Arthabaska-Érable | Visite évaluation MSSS | Du Roseau | 2016-01-19 | 5 | Le MSSS recommande que l'établissement s'assure que les pratiques concernant les soins et l'assistance répondent mieux aux besoins des résidents. | DAH | G | 2019-01-18 | 2018-10-03 | |
| Arthabaska-Érable | Visite évaluation MSSS | Du Roseau | 2016-01-19 | 6 | Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens pour favoriser l'implication des proches ou des autres membres du personnel à l'animation du milieu de vie. | DAH | G | 2019-01-18 | 2018-05-16 | |
| Arthabaska-Érable | Visite évaluation MSSS | Du Roseau | 2016-01-19 | 7 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à soutenir les bénévoles qui oeuvrent auprès des résidents | DAH | G | 2019-01-18 | 2017-03-13 | |
| Arthabaska-Érable | Visite évaluation MSSS | Du Roseau | 2016-01-19 | 8 | Le MSSS recommande que l'établissement mette en place une mesure afin de s'assurer que la chambre des résidents qui sont seuls rappelle un milieu familial. | DAH | G | 2019-01-18 | 2017-11-09 | |
| Arthabaska-Érable | Visite évaluation MSSS | Du Roseau | 2016-01-19 | 9 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement afin que les lieux soient sécuritaires. | DAH | V | 2019-01-18 | | |

Tableau intégré - Visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie en CHSLD

Comité de vigilance et de la qualité

Recommandations et suivis - 2018-2019

Information mise à jour 2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | **Gris** : Terminé
Orange : Nouveau

| | | | | | | État des suivis | | | | |
|------------|------------------------|------------------|-------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------|---------------------|----------------|-------------|
| RLS | Type de visite | Installation | Date de la visite | # rec. | Recommandations | Responsable | Évolution du dossier | Fin estimé du cycle | Terminé (date) | Commentaire |
| Maskinongé | Visite évaluation MSSS | Avellin-Dalcourt | 2016-03-21 | 1 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à offrir un milieu de vie de qualité tel que préconisé dans les orientations ministérielles. | DAH | G | 2019-03-20 | 2018-12-19 | |
| Maskinongé | Visite évaluation MSSS | Avellin-Dalcourt | 2016-03-21 | 2 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à améliorer la mise en place de pratiques conformes aux principes inscrits dans les orientations ministérielles. | DAH | G | 2019-03-20 | 2017-08-21 | |
| Maskinongé | Visite évaluation MSSS | Avellin-Dalcourt | 2016-03-21 | 3 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à améliorer la mise en place d'outils conformes aux principes inscrits dans les orientations ministérielles. | DAH | G | 2019-03-20 | 2017-01-11 | |
| Maskinongé | Visite évaluation MSSS | Avellin-Dalcourt | 2016-03-21 | 4 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à assurer la continuité des interventions de l'équipe soignante. | DAH | G | 2019-03-20 | 2018-10-24 | |
| Maskinongé | Visite évaluation MSSS | Avellin-Dalcourt | 2016-03-21 | 5 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à assurer la promotion des droits des résidents. | DAH | G | 2019-03-20 | 2017-01-11 | |
| Maskinongé | Visite évaluation MSSS | Avellin-Dalcourt | 2016-03-21 | 6 | Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens nécessaires pour favoriser l'expression du point de vue des résidents sur la qualité des services reçus et sur le milieu de vie. | DAH | G | 2019-03-20 | 2017-01-11 | |

Tableau intégré - Visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie en CHSLD

Comité de vigilance et de la qualité

Recommandations et suivis - 2018-2019

Information mise à jour 2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | **Gris** : Terminé
Orange : Nouveau

| | | | | | | État des suivis | | | | |
|---------------------------|------------------------|------------------|-------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------|---------------------|----------------|-------------|
| RLS | Type de visite | Installation | Date de la visite | # rec. | Recommandations | Responsable | Évolution du dossier | Fin estimé du cycle | Terminé (date) | Commentaire |
| Maskinongé | Visite évaluation MSSS | Avellin-Dalcourt | 2016-03-21 | 7 | Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens pour favoriser l'intégration du résident lors de son accueil. | DAH | G | 2019-03-20 | 2017-01-11 | |
| Maskinongé | Visite évaluation MSSS | Avellin-Dalcourt | 2016-03-21 | 8 | Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens nécessaires pour que les pratiques concernant les soins et l'assistance répondent aux besoins des résidents. | DAH | G | 2019-03-20 | 2017-01-11 | |
| Maskinongé | Visite évaluation MSSS | Avellin-Dalcourt | 2016-03-21 | 9 | Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens afin de s'assurer que le personnel respecte la confidentialité des renseignements privés. | DAH | G | 2019-03-20 | 2017-03-13 | |
| Maskinongé | Visite évaluation MSSS | Avellin-Dalcourt | 2016-03-21 | 10 | Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens nécessaires pour que chaque résident ait une position adéquate lors des repas. | DAH | G | 2019-03-20 | 2017-11-09 | |
| Maskinongé | Visite évaluation MSSS | Avellin-Dalcourt | 2016-03-21 | 11 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement afin que les lieux rappellent un milieu de vie familial. | DAH | G | 2019-03-20 | 2017-08-21 | |
| Bécancour-Nicolet-Yamaska | Visite évaluation MSSS | Lucien-Shooner | 2016-04-26 | 1 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à offrir un milieu de vie de qualité tel que préconisé dans les orientations ministérielles. | DAH | G | 2019-04-25 | 2017-03-13 | |
| Bécancour-Nicolet-Yamaska | Visite évaluation MSSS | Lucien-Shooner | 2016-04-26 | 2 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à améliorer la mise en place de pratiques conformes aux principes inscrits dans les orientations ministérielles. | DAH | G | 2019-04-25 | 2018-10-24 | |

Tableau intégré - Visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie en CHSLD

Comité de vigilance et de la qualité

Recommandations et suivis - 2018-2019

Information mise à jour 2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | **Gris** : Terminé
Orange : Nouveau

| | | | | | | | État des suivis | | | |
|---------------------------|------------------------|----------------|-------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------|---------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RLS | Type de visite | Installation | Date de la visite | # rec. | Recommandations | Responsable | Évolution du dossier | Fin estimé du cycle | Terminé (date) | Commentaire |
| Bécancour-Nicolet-Yamaska | Visite évaluation MSSS | Lucien-Shooner | 2016-04-26 | 3 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à assurer la continuité des interventions de l'équipe soignante. | DAH | J | 2019-04-25 | | Malgré la mise en place au niveau administratif des postes d'infirmières pour assurer une couverture 24/7, la pénurie de personnel ne permet pas actuellement de réaliser la dernière recommandation. |
| Bécancour-Nicolet-Yamaska | Visite évaluation MSSS | Lucien-Shooner | 2016-04-26 | 4 | Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens pour améliorer l'information transmise au résident lors de l'accueil. | DAH | G | 2019-04-25 | 2017-01-11 | |
| Bécancour-Nicolet-Yamaska | Visite évaluation MSSS | Lucien-Shooner | 2016-04-26 | 5 | Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens pour améliorer l'organisation des repas afin de mieux répondre aux besoins des résidents. | DAH | G | 2019-04-25 | 2018-10-24 | |
| Bécancour-Nicolet-Yamaska | Visite évaluation MSSS | Romain-Becquet | 2016-04-27 | 1 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à offrir un milieu de vie de qualité tel que préconisé dans les orientations ministérielles. | DAH | G | 2019-04-26 | 2017-03-13 | |
| Bécancour-Nicolet-Yamaska | Visite évaluation MSSS | Romain-Becquet | 2016-04-27 | 2 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à améliorer la mise en place de pratiques conformes aux principes inscrits dans les orientations ministérielles. | DAH | G | 2019-04-26 | 2018-10-24 | |

Tableau intégré - Visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie en CHSLD

Comité de vigilance et de la qualité

Recommandations et suivis - 2018-2019

Information mise à jour 2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | **Gris** : Terminé
Orange : Nouveau

| | | | | | | | État des suivis | | | |
|---------------------------|------------------------|----------------|-------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------|---------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RLS | Type de visite | Installation | Date de la visite | # rec. | Recommandations | Responsable | Évolution du dossier | Fin estimé du cycle | Terminé (date) | Commentaire |
| Bécancour-Nicolet-Yamaska | Visite évaluation MSSS | Romain-Becquet | 2016-04-27 | 3 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à assurer la continuité des interventions de l'équipe soignante. | DAH | J | 2019-04-26 | | Malgré la mise en place au niveau administratif des postes d'infirmières pour assurer une couverture 24/7, la pénurie de personnel ne permet pas actuellement de réaliser la dernière recommandation. |
| Bécancour-Nicolet-Yamaska | Visite évaluation MSSS | Romain-Becquet | 2016-04-27 | 4 | Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens pour favoriser l'intégration du résident lors de son accueil. | DAH | G | 2019-04-26 | 2017-01-11 | |
| Bécancour-Nicolet-Yamaska | Visite évaluation MSSS | Romain-Becquet | 2016-04-27 | 5 | Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens pour améliorer l'organisation des repas afin de mieux répondre aux besoins des résidents. | DAH | G | 2019-04-26 | 2017-12-28 | |
| Bécancour-Nicolet-Yamaska | Visite évaluation MSSS | Romain-Becquet | 2016-04-27 | 6 | Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens pour favoriser l'implication des proches ou des autres membres du personnel à l'animation du milieu de vie. | DAH | G | 2019-04-26 | 2017-12-28 | |
| Bécancour-Nicolet-Yamaska | Visite évaluation MSSS | Romain-Becquet | 2016-04-27 | 7 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement afin que les lieux soient adaptés. | DAH | G | 2019-04-26 | 2017-01-11 | |

Tableau intégré - Visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie en CHSLD

Comité de vigilance et de la qualité

Recommandations et suivis - 2018-2019

Information mise à jour 2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | **Gris** : Terminé
Orange : Nouveau

| | | | | | | État des suivis | | | | |
|---------------------------|------------------------|--------------|-------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------|---------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RLS | Type de visite | Installation | Date de la visite | # rec. | Recommandations | Responsable | Évolution du dossier | Fin estimé du cycle | Terminé (date) | Commentaire |
| Bécancour-Nicolet-Yamaska | Visite évaluation MSSS | Fortierville | 2016-04-28 | 1 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à offrir un milieu de vie de qualité tel que préconisé dans les orientations ministérielles. | DAH | G | 2019-04-27 | 2017-03-13 | |
| Bécancour-Nicolet-Yamaska | Visite évaluation MSSS | Fortierville | 2016-04-28 | 2 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à améliorer la mise en place de pratiques conformes aux principes inscrits dans les orientations ministérielles. | DAH | G | 2019-04-27 | 2017-12-28 | |
| Bécancour-Nicolet-Yamaska | Visite évaluation MSSS | Fortierville | 2016-04-28 | 3 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à assurer la continuité des interventions de l'équipe soignante. | DAH | J | 2019-04-27 | | Malgré la mise en place au niveau administratif des postes d'infirmières pour assurer une couverture 24/7, la pénurie de personnel ne permet pas actuellement de réaliser la dernière recommandation. |
| Bécancour-Nicolet-Yamaska | Visite évaluation MSSS | Fortierville | 2016-04-28 | 4 | Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens pour améliorer l'organisation des repas afin de mieux répondre aux besoins des résidents. | DAH | G | 2019-04-27 | 2018-03-15 | |
| Bécancour-Nicolet-Yamaska | Visite évaluation MSSS | Fortierville | 2016-04-28 | 5 | Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens pour favoriser l'implication des proches ou des autres membres du personnel à l'animation du milieu de vie. | DAH | G | 2019-04-27 | 2017-12-28 | |

Tableau intégré - Visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie en CHSLD

Comité de vigilance et de la qualité

Recommandations et suivis - 2018-2019

Information mise à jour 2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | **Gris** : Terminé
Orange : Nouveau

| | | | | | | État des suivis | | | | |
|-----------------------|------------------------|--------------------------------------|-------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------|---------------------|----------------|-------------|
| RLS | Type de visite | Installation | Date de la visite | # rec. | Recommandations | Responsable | Évolution du dossier | Fin estimé du cycle | Terminé (date) | Commentaire |
| Trois-Rivières | Visite évaluation MSSS | Cooke | 2016-05-25 | 1 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à offrir un milieu de vie de qualité tel que préconisé dans les orientations ministérielles. | DAH | G | 2019-05-24 | 2017-03-13 | |
| Trois-Rivières | Visite évaluation MSSS | Cooke | 2016-05-25 | 2 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à assurer la continuité des interventions de l'équipe soignante. | DAH | G | 2019-05-24 | 2018-10-24 | |
| Trois-Rivières | Visite évaluation MSSS | Cooke | 2016-05-25 | 3 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à assurer la promotion des droits des résidents. | DAH | V | 2019-05-24 | | |
| Trois-Rivières | Visite évaluation MSSS | Cooke | 2016-05-25 | 4 | Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens pour améliorer l'organisation des repas afin de mieux répondre aux besoins des résidents. | DAH | G | 2019-05-24 | 2017-05-17 | |
| Trois-Rivières | Visite évaluation MSSS | Cooke | 2016-05-25 | 5 | Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens pour favoriser l'implication des autres membres du personnel à l'animation du milieu de vie. | DAH | G | 2019-05-24 | 2017-05-17 | |
| Trois-Rivières | Visite évaluation MSSS | Cooke | 2016-05-25 | 6 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement afin que les lieux soient sécuritaires. | DAH | V | 2019-05-24 | | |
| Vallée-de-la-Batiscan | Visite évaluation MSSS | Centre Multiservice Foyer Mgr Paquin | 2016-07-13 | 1 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à offrir un milieu de vie de qualité tel que préconisé dans les orientations ministérielles. | DAH | G | 2019-07-12 | 2017-07-10 | |

Tableau intégré - Visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie en CHSLD

Comité de vigilance et de la qualité

Recommandations et suivis - 2018-2019

Information mise à jour 2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | **Gris** : Terminé
Orange : Nouveau

| | | | | | | État des suivis | | | | |
|-----------------------|------------------------|--------------------------------------|-------------------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------|---------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RLS | Type de visite | Installation | Date de la visite | # rec. | Recommandations | Responsable | Évolution du dossier | Fin estimé du cycle | Terminé (date) | Commentaire |
| Vallée-de-la-Batiscan | Visite évaluation MSSS | Centre Multiservice Foyer Mgr Paquin | 2016-07-13 | 2 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à améliorer la mise en place de pratiques conformes aux principes inscrits dans les orientations ministérielles. | DAH | G | 2019-07-12 | 2018-12-19 | |
| Vallée-de-la-Batiscan | Visite évaluation MSSS | Centre Multiservice Foyer Mgr Paquin | 2016-07-13 | 3 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à améliorer la mise en place d'outils conformes aux principes inscrits dans les orientations ministérielles. | DAH | G | 2019-07-12 | 2017-05-23 | |
| Vallée-de-la-Batiscan | Visite évaluation MSSS | Centre Multiservice Foyer Mgr Paquin | 2016-07-13 | 4 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à assurer la continuité des interventions de l'équipe soignante. | DAH | J | 2019-07-12 | | Malgré la mise en place au niveau administratif des postes d'infirmières pour assurer une couverture 24/7, la pénurie de personnel ne permet pas actuellement de réaliser la dernière recommandation. |
| Vallée-de-la-Batiscan | Visite évaluation MSSS | Centre Multiservice Foyer Mgr Paquin | 2016-07-13 | 5 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à favoriser l'expression du point de vue des résidents sur la qualité des services reçus et sur le milieu de vie. | DAH | G | 2019-07-12 | 2017-05-23 | |

Tableau intégré - Visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie en CHSLD

Comité de vigilance et de la qualité

Recommandations et suivis - 2018-2019

Information mise à jour 2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | **Gris** : Terminé
Orange : Nouveau

| | | | | | | État des suivis | | | | |
|-----------------------|------------------------|----------------------------------------|-------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------|---------------------|----------------|-------------|
| RLS | Type de visite | Installation | Date de la visite | # rec. | Recommandations | Responsable | Évolution du dossier | Fin estimé du cycle | Terminé (date) | Commentaire |
| Vallée-de-la-Batiscan | Visite évaluation MSSS | Centre Multiservice Foyer Mgr Paquin | 2016-07-13 | 6 | Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens pour valider la compréhension des renseignements transmis au résident et à ses proches lors de l'accueil. | DAH | G | 2019-07-12 | 2017-05-23 | |
| Vallée-de-la-Batiscan | Visite évaluation MSSS | Centre Multiservice Foyer Mgr Paquin | 2016-07-13 | 7 | Le MSSS recommande que l'établissement s'assure que les pratiques concernant les soins et l'assistance répondent mieux aux besoins des résidents. | DAH | G | 2019-07-12 | 2017-05-23 | |
| Vallée-de-la-Batiscan | Visite évaluation MSSS | Centre Multiservice Foyer Mgr Paquin | 2016-07-13 | 8 | Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens pour améliorer l'organisation des repas afin de mieux répondre aux besoins des résidents. | DAH | G | 2019-07-12 | 2017-07-10 | |
| Vallée-de-la-Batiscan | Visite évaluation MSSS | Centre Multiservice Foyer Mgr Paquin | 2016-07-13 | 9 | Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens pour améliorer l'offre des activités de loisir. | DAH | G | 2019-07-12 | 2017-03-13 | |
| Vallée-de-la-Batiscan | Visite évaluation MSSS | Centre Multiservice Foyer Mgr Paquin | 2016-07-13 | 10 | Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens pour favoriser l'implication des autres membres du personnel à l'animation du milieu de vie. | DAH | G | 2019-07-12 | 2017-01-11 | |
| Vallée-de-la-Batiscan | Visite évaluation MSSS | Centre Multiservice Foyer Mgr Paquin | 2016-07-13 | 11 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à soutenir les bénévoles qui oeuvrent auprès des résidents. | DAH | G | 2019-07-12 | 2017-05-23 | |
| Vallée-de-la-Batiscan | Visite évaluation MSSS | Centre Multiservice Foyer de la Pérade | 2016-07-14 | 1 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à offrir un milieu de vie de qualité tel que préconisé dans les orientations ministérielles. | DAH | G | 2019-07-13 | 2017-06-29 | |

Tableau intégré - Visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie en CHSLD

Comité de vigilance et de la qualité

Recommandations et suivis - 2018-2019

Information mise à jour 2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | **Gris** : Terminé
Orange : Nouveau

| | | | | | | | État des suivis | | | |
|-----------------------|------------------------|----------------------------------------|-------------------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------|---------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RLS | Type de visite | Installation | Date de la visite | # rec. | Recommandations | Responsable | Évolution du dossier | Fin estimé du cycle | Terminé (date) | Commentaire |
| Vallée-de-la-Batiscan | Visite évaluation MSSS | Centre Multiservice Foyer de la Pérade | 2016-07-14 | 2 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à améliorer la mise en place de pratiques conformes aux principes inscrits dans les orientations ministérielles. | DAH | J | 2019-07-13 | | Malgré la mise en place au niveau administratif des postes d'infirmières pour assurer une couverture 24/7, la pénurie de personnel ne permet pas actuellement de réaliser la dernière recommandation. |
| Vallée-de-la-Batiscan | Visite évaluation MSSS | Centre Multiservice Foyer de la Pérade | 2016-07-14 | 3 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à améliorer la mise en place d'outils conformes aux principes inscrits dans les orientations ministérielles. | DAH | G | 2019-07-13 | 2017-05-23 | |
| Vallée-de-la-Batiscan | Visite évaluation MSSS | Centre Multiservice Foyer de la Pérade | 2016-07-14 | 4 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à assurer la continuité des interventions de l'équipe soignante. | DAH | G | 2019-07-13 | 2017-05-23 | |
| Vallée-de-la-Batiscan | Visite évaluation MSSS | Centre Multiservice Foyer de la Pérade | 2016-07-14 | 5 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à favoriser l'expression du point de vue des résidents sur la qualité des services reçus et sur le milieu de vie. | DAH | G | 2019-07-13 | 2017-01-11 | |
| Vallée-de-la-Batiscan | Visite évaluation MSSS | Centre Multiservice Foyer de la Pérade | 2016-07-14 | 6 | Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens pour valider la compréhension des renseignements transmis au résident et à ses proches lors de l'accueil. | DAH | G | 2019-07-13 | 2017-05-23 | |

Tableau intégré - Visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie en CHSLD

Comité de vigilance et de la qualité

Recommandations et suivis - 2018-2019

Information mise à jour 2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | **Gris** : Terminé
Orange : Nouveau

| | | | | | | État des suivis | | | | |
|-----------------------|------------------------|--------------------------------------------|-------------------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------|---------------------|----------------|-------------|
| RLS | Type de visite | Installation | Date de la visite | # rec. | Recommandations | Responsable | Évolution du dossier | Fin estimé du cycle | Terminé (date) | Commentaire |
| Vallée-de-la-Batiscan | Visite évaluation MSSS | Centre Multiservice Foyer de la Pérade | 2016-07-14 | 7 | Le MSSS recommande que l'établissement s'assure que les pratiques concernant les soins et l'assistance répondent mieux aux besoins des résidents. | DAH | G | 2019-07-13 | 2017-01-11 | |
| Vallée-de-la-Batiscan | Visite évaluation MSSS | Centre Multiservice Foyer de la Pérade | 2016-07-14 | 8 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à soutenir les bénévoles qui oeuvrent auprès des résidents . | DAH | G | 2019-07-13 | 2017-05-23 | |
| Vallée-de-la-Batiscan | Visite évaluation MSSS | Centre multiservice Foyer de Sainte-Thècle | 2016-09-14 | 1 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à offrir un milieu de vie de qualité tel que préconisé dans les orientations ministérielles. | DAH | G | 2019-09-13 | 2017-07-10 | |
| Vallée-de-la-Batiscan | Visite évaluation MSSS | Centre multiservice Foyer de Sainte-Thècle | 2016-09-14 | 2 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à améliorer la mise en place de pratiques conformes aux principes inscrits dans les orientations ministérielles. | DAH | G | 2019-09-13 | 2018-12-19 | |
| Vallée-de-la-Batiscan | Visite évaluation MSSS | Centre multiservice Foyer de Sainte-Thècle | 2016-09-14 | 3 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à assurer la continuité des interventions de l'équipe soignante. | DAH | G | 2019-09-13 | 2017-01-11 | |
| Vallée-de-la-Batiscan | Visite évaluation MSSS | Centre multiservice Foyer de Sainte-Thècle | 2016-09-14 | 4 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à favoriser l'expression du point de vue des résidents sur la qualité des services reçus et sur le milieu de vie. | DAH | G | 2019-09-13 | 2017-05-23 | |

Tableau intégré - Visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie en CHSLD

Comité de vigilance et de la qualité

Recommandations et suivis - 2018-2019

Information mise à jour 2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | **Gris** : Terminé

| **Orange** : Nouveau

| | | | | | | | État des suivis | | | |
|-----------------------|------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------|---------------------|----------------|-------------|
| RLS | Type de visite | Installation | Date de la visite | # rec. | Recommandations | Responsable | Évolution du dossier | Fin estimé du cycle | Terminé (date) | Commentaire |
| Vallée-de-la-Batiscan | Visite évaluation MSSS | Centre multiservice Foyer de Sainte-Thècle | 2016-09-14 | 5 | Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens pour valider la compréhension des renseignements transmis au résident et à ses proches lors de l'accueil. | DAH | G | 2019-09-13 | 2017-05-23 | |
| Vallée-de-la-Batiscan | Visite évaluation MSSS | Centre multiservice Foyer de Sainte-Thècle | 2016-09-14 | 6 | Le MSSS recommande que l'établissement s'assure que les pratiques concernant les soins et l'assistance répondent mieux aux besoins des résidents. | DAH | G | 2019-09-13 | 2017-01-11 | |
| Vallée-de-la-Batiscan | Visite évaluation MSSS | Centre multiservice Foyer de Sainte-Thècle | 2016-09-14 | 7 | Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens pour améliorer l'offre des activités de loisir. | DAH | G | 2019-09-13 | 2017-01-11 | |
| Vallée-de-la-Batiscan | Visite évaluation MSSS | Centre multiservice Foyer de Sainte-Thècle | 2016-09-14 | 8 | Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens pour favoriser l'implication des proches ou des autres membres du personnel à l'animation du milieu de vie. | DAH | G | 2019-09-13 | 2017-01-11 | |
| Vallée-de-la-Batiscan | Visite évaluation MSSS | Centre multiservice Foyer de Sainte-Thècle | 2016-09-14 | 9 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à soutenir les bénévoles qui oeuvrent auprès des résidents. | DAH | G | 2019-09-13 | 2017-07-10 | |
| Vallée-de-la-Batiscan | Visite évaluation MSSS | Centre multiservice Foyer de Sainte-Thècle | 2016-09-14 | 10 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement afin que les lieux soient sécuritaires. | DAH | V | 2019-09-13 | | |
| Vallée-de-la-Batiscan | Visite évaluation MSSS | Centre multiservice Centre d'accueil de Saint-Narcisse | 2016-09-15 | 1 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à offrir un milieu de vie de qualité tel que préconisé dans les orientations ministérielles. | DAH | G | 2019-09-14 | 2017-06-29 | |

Tableau intégré - Visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie en CHSLD

Comité de vigilance et de la qualité

Recommandations et suivis - 2018-2019

Information mise à jour 2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | **Gris** : Terminé
Orange : Nouveau

| | | | | | | État des suivis | | | | |
|-----------------------|------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------|---------------------|----------------|-------------|
| RLS | Type de visite | Installation | Date de la visite | # rec. | Recommandations | Responsable | Évolution du dossier | Fin estimé du cycle | Terminé (date) | Commentaire |
| Vallée-de-la-Batiscan | Visite évaluation MSSS | Centre multiservice Centre d'accueil de Saint-Narcisse | 2016-09-15 | 2 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à améliorer la mise en place de pratiques conformes aux principes inscrits dans les orientations ministérielles. | DAH | G | 2019-09-14 | | |
| Vallée-de-la-Batiscan | Visite évaluation MSSS | Centre multiservice Centre d'accueil de Saint-Narcisse | 2016-09-15 | 3 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à assurer la continuité des interventions de l'équipe soignante. | DAH | G | 2019-09-14 | 2018-03-15 | |
| Vallée-de-la-Batiscan | Visite évaluation MSSS | Centre multiservice Centre d'accueil de Saint-Narcisse | 2016-09-15 | 4 | Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens nécessaires pour favoriser l'expression du point de vue des résidents sur la qualité des services reçus et sur le milieu de vie. | DAH | G | 2019-09-14 | 2017-05-23 | |
| Vallée-de-la-Batiscan | Visite évaluation MSSS | Centre multiservice Centre d'accueil de Saint-Narcisse | 2016-09-15 | 5 | Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens pour valider la compréhension des renseignements transmis au résident et à ses proches lors de l'accueil. | DAH | G | 2019-09-14 | 2017-05-23 | |
| Vallée-de-la-Batiscan | Visite évaluation MSSS | Centre multiservice Centre d'accueil de Saint-Narcisse | 2016-09-15 | 6 | Le MSSS recommande que l'établissement s'assure que les pratiques concernant les soins et l'assistance répondent mieux aux besoins des résidents. | DAH | G | 2019-09-14 | 2017-01-11 | |
| Vallée-de-la-Batiscan | Visite évaluation MSSS | Centre multiservice Centre d'accueil de Saint-Narcisse | 2016-09-15 | 7 | Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens pour améliorer l'organisation des repas afin de mieux répondre aux besoins des résidents. | DAH | G | 2019-09-14 | 2017-06-29 | |
| Vallée-de-la-Batiscan | Visite évaluation MSSS | Centre multiservice Centre d'accueil de Saint-Narcisse | 2016-09-15 | 8 | Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens pour améliorer l'offre des activités de loisir. | DAH | G | 2019-09-14 | 2017-06-29 | |

Tableau intégré - Visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie en CHSLD

Comité de vigilance et de la qualité

Recommandations et suivis - 2018-2019

Information mise à jour 2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | **Gris** : Terminé
Orange : Nouveau

| | | | | | | État des suivis | | | | |
|-----------------------|------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------|---------------------|----------------|-------------|
| RLS | Type de visite | Installation | Date de la visite | # rec. | Recommandations | Responsable | Évolution du dossier | Fin estimé du cycle | Terminé (date) | Commentaire |
| Vallée-de-la-Batiscan | Visite évaluation MSSS | Centre multiservice Centre d'accueil de Saint-Narcisse | 2016-09-15 | 9 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à soutenir les bénévoles qui oeuvrent auprès des résidents. | DAH | G | 2019-09-14 | 2017-06-29 | |
| Arthabaska-Érable | Visite évaluation MSSS | Saint-Eusèbe | 2016-10-03 | 1 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à offrir un milieu de vie de qualité tel que préconisé dans les orientations ministérielles. | DAH | G | 2019-10-02 | 2017-10-06 | |
| Arthabaska-Érable | Visite évaluation MSSS | Saint-Eusèbe | 2016-10-03 | 2 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à améliorer la mise en place d'outils conformes aux principes inscrits dans les orientations ministérielles. | DAH | G | 2019-10-02 | 2017-10-06 | |
| Arthabaska-Érable | Visite évaluation MSSS | Saint-Eusèbe | 2016-10-03 | 3 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à assurer la continuité des interventions de l'équipe soignante. | DAH | G | 2019-10-02 | 2018-09-24 | |
| Arthabaska-Érable | Visite évaluation MSSS | Saint-Eusèbe | 2016-10-03 | 4 | Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens pour améliorer l'information transmise au résident lors de l'accueil et valider la compréhension des renseignements transmis au résident et à ses proches lors de l'accueil. | DAH | G | 2019-10-02 | 2017-10-06 | |
| Arthabaska-Érable | Visite évaluation MSSS | Saint-Eusèbe | 2016-10-03 | 5 | Le MSSS recommande que l'établissement s'assure que les pratiques concernant les soins et l'assistance répondent mieux aux besoins des résidents. | DAH | G | 2019-10-02 | 2017-03-13 | |

Tableau intégré - Visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie en CHSLD

Comité de vigilance et de la qualité

Recommandations et suivis - 2018-2019

Information mise à jour 2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | **Gris** : Terminé
Orange : Nouveau

| | | | | | | État des suivis | | | | |
|-------------------|------------------------|-------------------------------------|-------------------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------|---------------------|----------------|-------------|
| RLS | Type de visite | Installation | Date de la visite | # rec. | Recommandations | Responsable | Évolution du dossier | Fin estimé du cycle | Terminé (date) | Commentaire |
| Arthabaska-Érable | Visite évaluation MSSS | Saint-Eusèbe | 2016-10-03 | 6 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à soutenir les bénévoles qui oeuvrent auprès des résidents. | DAH | G | 2019-10-02 | 2017-10-06 | |
| Arthabaska-Érable | Visite évaluation MSSS | Warwick (anciennement Étoiles-d'Or) | 2016-10-04 | 1 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à offrir un milieu de vie de qualité tel que préconisé dans les orientations ministérielles. | DAH | G | 2019-10-03 | 2017-10-06 | |
| Arthabaska-Érable | Visite évaluation MSSS | Warwick (anciennement Étoiles-d'Or) | 2016-10-04 | 2 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à améliorer la mise en place de pratiques conformes aux principes inscrits dans les orientations ministérielles. | DAH | G | 2019-10-03 | 2017-01-01 | |
| Arthabaska-Érable | Visite évaluation MSSS | Warwick (anciennement Étoiles-d'Or) | 2016-10-04 | 3 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à améliorer la mise en place d'outils conformes aux principes inscrits dans les orientations ministérielles. | DAH | G | 2019-10-03 | 2018-09-24 | |
| Arthabaska-Érable | Visite évaluation MSSS | Warwick (anciennement Étoiles-d'Or) | 2016-10-04 | 4 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à assurer la continuité des interventions de l'équipe soignante. | DAH | G | 2019-10-03 | 2017-10-06 | |
| Arthabaska-Érable | Visite évaluation MSSS | Warwick (anciennement Étoiles-d'Or) | 2016-10-04 | 5 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à favoriser l'expression du point de vue des résidents sur la qualité des services reçus et sur le milieu de vie. | DAH | G | 2019-10-03 | 2017-01-01 | |

Tableau intégré - Visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie en CHSLD

Comité de vigilance et de la qualité

Recommandations et suivis - 2018-2019

Information mise à jour 2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | **Gris** : Terminé
Orange : Nouveau

| | | | | | | État des suivis | | | | |
|-------------------|------------------------|-------------------------------------|-------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------|---------------------|----------------|-------------|
| RLS | Type de visite | Installation | Date de la visite | # rec. | Recommandations | Responsable | Évolution du dossier | Fin estimé du cycle | Terminé (date) | Commentaire |
| Arthabaska-Érable | Visite évaluation MSSS | Warwick (anciennement Étoiles-d'Or) | 2016-10-04 | 6 | Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens pour valider la compréhension des renseignements transmis au résident et à ses proches lors de l'accueil. | DAH | G | 2019-10-03 | 2017-03-13 | |
| Arthabaska-Érable | Visite évaluation MSSS | Warwick (anciennement Étoiles-d'Or) | 2016-10-04 | 7 | Le MSSS recommande que l'établissement s'assure que les pratiques concernant les soins et l'assistance répondent mieux aux besoins des résidents. | DAH | G | 2019-10-03 | 2017-03-13 | |
| Arthabaska-Érable | Visite évaluation MSSS | Warwick (anciennement Étoiles-d'Or) | 2016-10-04 | 8 | Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens pour améliorer l'offre des activités de loisir. | DAH | G | 2019-10-03 | 2017-10-06 | |
| Arthabaska-Érable | Visite évaluation MSSS | Warwick (anciennement Étoiles-d'Or) | 2016-10-04 | 9 | Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens pour favoriser l'implication des proches ou des autres membres du personnel à l'animation du milieu de vie. | DAH | G | 2019-10-03 | 2017-10-06 | |
| Arthabaska-Érable | Visite évaluation MSSS | Warwick (anciennement Étoiles-d'Or) | 2016-10-04 | 10 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à soutenir les bénévoles qui oeuvrent auprès des résidents. | DAH | G | 2019-10-03 | 2017-03-13 | |
| Trois-Rivières | Visite évaluation MSSS | Roland-Leclerc | 2016-11-01 | 1 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à offrir un milieu de vie de qualité tel que préconisé dans les orientations ministérielles. | DAH | G | 2019-10-31 | 2017-03-13 | |
| Trois-Rivières | Visite évaluation MSSS | Roland-Leclerc | 2016-11-01 | 2 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à assurer la continuité des interventions de l'équipe soignante. | DAH | G | 2019-10-31 | 2018-10-18 | |

Tableau intégré - Visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie en CHSLD

Comité de vigilance et de la qualité

Recommandations et suivis - 2018-2019

Information mise à jour 2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | **Gris** : Terminé
Orange : Nouveau

| | | | | | | État des suivis | | | | |
|-------------------|------------------------|-------------------------------------|-------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------|---------------------|----------------|-------------|
| RLS | Type de visite | Installation | Date de la visite | # rec. | Recommandations | Responsable | Évolution du dossier | Fin estimé du cycle | Terminé (date) | Commentaire |
| Trois-Rivières | Visite évaluation MSSS | Roland-Leclerc | 2016-11-01 | 3 | Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens pour favoriser l'implication des autres membres du personnel à l'animation du milieu de vie. | DAH | G | 2019-10-31 | 2017-08-21 | |
| Trois-Rivières | Visite évaluation MSSS | Roland-Leclerc | 2016-11-01 | 4 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement afin que les lieux soient bien entretenus . | DAH | G | 2019-10-31 | 2018-10-18 | |
| Arthabaska-Érable | Visite évaluation MSSS | Plessisville (anciennement Tilleul) | 2016-11-23 | 1 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à offrir un milieu de vie de qualité tel que préconisé dans les orientations ministérielles. | DAH | G | 2019-11-22 | 2017-11-09 | |
| Arthabaska-Érable | Visite évaluation MSSS | Plessisville (anciennement Tilleul) | 2016-11-23 | 2 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à améliorer la mise en place de pratiques conformes aux principes inscrits dans les orientations ministérielles. | DAH | G | 2019-11-22 | 2017-01-11 | |
| Arthabaska-Érable | Visite évaluation MSSS | Plessisville (anciennement Tilleul) | 2016-11-23 | 3 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à améliorer la mise en place d'outils conformes aux principes inscrits dans les orientations ministérielles. | DAH | G | 2019-11-22 | 2017-11-09 | |
| Arthabaska-Érable | Visite évaluation MSSS | Plessisville (anciennement Tilleul) | 2016-11-23 | 4 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à assurer la continuité des interventions de l'équipe soignante. | DAH | G | 2019-11-22 | 2018-10-24 | |

Tableau intégré - Visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie en CHSLD

Comité de vigilance et de la qualité

Recommandations et suivis - 2018-2019

Information mise à jour 2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | **Gris** : Terminé
Orange : Nouveau

| | | | | | | État des suivis | | | | |
|-------------------|------------------------|-------------------------------------|-------------------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------|---------------------|----------------|-------------|
| RLS | Type de visite | Installation | Date de la visite | # rec. | Recommandations | Responsable | Évolution du dossier | Fin estimé du cycle | Terminé (date) | Commentaire |
| Arthabaska-Érable | Visite évaluation MSSS | Plessisville (anciennement Tilleul) | 2016-11-23 | 5 | Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens pour valider la compréhension des renseignements transmis au résident et à ses proches lors de l'accueil. | DAH | G | 2019-11-22 | 2017-11-09 | |
| Arthabaska-Érable | Visite évaluation MSSS | Plessisville (anciennement Tilleul) | 2016-11-23 | 6 | Le MSSS recommande que l'établissement s'assure que les pratiques concernant les soins et l'assistance répondent mieux aux besoins des résidents. | DAH | G | 2019-11-22 | 2018-05-16 | |
| Arthabaska-Érable | Visite évaluation MSSS | Plessisville (anciennement Tilleul) | 2016-11-23 | 7 | Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens pour améliorer l'organisation des repas afin de mieux répondre aux besoins des résidents. | DAH | G | 2019-11-22 | 2017-03-13 | |
| Arthabaska-Érable | Visite évaluation MSSS | Plessisville (anciennement Tilleul) | 2016-11-23 | 8 | Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens afin de s'assurer que le personnel se positionne adéquatement lors des repas. | DAH | G | 2019-11-22 | 2017-03-13 | |
| Arthabaska-Érable | Visite évaluation MSSS | Lyster (anciennement Quatre-Vents) | 2016-11-24 | 1 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à offrir un milieu de vie de qualité tel que préconisé dans les orientations ministérielles. | DAH | G | 2019-11-23 | 2017-11-09 | |
| Arthabaska-Érable | Visite évaluation MSSS | Lyster (anciennement Quatre-Vents) | 2016-11-24 | 2 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à améliorer la mise en place d'outils conformes aux principes inscrits dans les orientations ministérielles. | DAH | G | 2019-11-23 | 2017-11-09 | |

Tableau intégré - Visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie en CHSLD

Comité de vigilance et de la qualité

Recommandations et suivis - 2018-2019

Information mise à jour 2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | **Gris** : Terminé
Orange : Nouveau

| | | | | | | État des suivis | | | | |
|-------------------|------------------------|------------------------------------|-------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------|---------------------|----------------|-------------|
| RLS | Type de visite | Installation | Date de la visite | # rec. | Recommandations | Responsable | Évolution du dossier | Fin estimé du cycle | Terminé (date) | Commentaire |
| Arthabaska-Érable | Visite évaluation MSSS | Lyster (anciennement Quatre-Vents) | 2016-11-24 | 3 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à assurer la continuité des interventions de l'équipe soignante. | DAH | G | 2019-11-23 | 2018-10-24 | |
| Arthabaska-Érable | Visite évaluation MSSS | Lyster (anciennement Quatre-Vents) | 2016-11-24 | 4 | Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens pour valider la compréhension des renseignements transmis au résident et à ses proches lors de l'accueil. | DAH | G | 2019-11-23 | 2017-11-09 | |
| Arthabaska-Érable | Visite évaluation MSSS | Lyster (anciennement Quatre-Vents) | 2016-11-24 | 5 | Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens pour améliorer l'organisation des repas afin de mieux répondre aux besoins des résidents. | DAH | G | 2019-11-23 | 2017-03-13 | |
| Arthabaska-Érable | Visite évaluation MSSS | Lyster (anciennement Quatre-Vents) | 2016-11-24 | 6 | Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens afin de s'assurer que le personnel se positionne adéquatement lors des repas. | DAH | G | 2019-11-23 | 2017-03-13 | |
| Arthabaska-Érable | Visite évaluation MSSS | Lyster (anciennement Quatre-Vents) | 2016-11-24 | 7 | Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens pour favoriser l'implication des autres membres du personnel à l'animation du milieu de vie. | DAH | G | 2019-11-23 | 2017-11-16 | |
| Arthabaska-Érable | Visite évaluation MSSS | Lyster (anciennement Quatre-Vents) | 2016-11-24 | 8 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement afin que les lieux soient sécuritaires. | DAH | G | 2019-11-23 | 2017-01-11 | |
| Énergie | Visite évaluation MSSS | Lafèche | 2017-02-01 | 1 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à offrir un milieu de vie de qualité tel que préconisé dans les orientations ministérielles. | DAH | G | 2020-01-31 | 2017-03-13 | |

Tableau intégré - Visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie en CHSLD

Comité de vigilance et de la qualité

Recommandations et suivis - 2018-2019

Information mise à jour 2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | **Gris** : Terminé
Orange : Nouveau

| | | | | | | État des suivis | | | | |
|-----------------|------------------------|--------------------|-------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------|---------------------|----------------|-------------|
| RLS | Type de visite | Installation | Date de la visite | # rec. | Recommandations | Responsable | Évolution du dossier | Fin estimé du cycle | Terminé (date) | Commentaire |
| Énergie | Visite évaluation MSSS | Lafèche | 2017-02-01 | 2 | Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens pour améliorer l'offre des activités de loisir. | DAH | G | 2020-01-31 | 2019-01-17 | |
| Énergie | Visite évaluation MSSS | Lafèche | 2017-02-01 | 3 | Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens pour favoriser l'implication des autres membres du personnel à l'animation du milieu de vie. | DAH | V | 2020-01-31 | | |
| Trois-Rivières | Visite évaluation MSSS | Cloutier-du-Rivage | 2017-05-17 | 1 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement afin que les lieux rappellent un milieu de vie familial. | DAH | G | 2020-05-16 | 2018-10-24 | |
| Haut St-Maurice | Visite évaluation MSSS | Haut-Saint-Maurice | 2017-10-11 | 1 | Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement afin que les lieux soient sécuritaires. | DAH | G | 2020-10-10 | 2018-10-30 | |

Tableau intégré - Visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie en RI-RTF

Comité de vigilance et de la qualité

Recommandations et suivis - 2019-2020

Information mise à jour 2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ

| **Gris** : Terminé | **Orange** : Nouveau

État des suivis

| RLS/ Service régional | Type de visite | Installation | Date visite | Thème | # rec. | Recommandations | Responsable | Évolution du dossier | Échéancier | Terminé (date) | Commentaire |
|--------------------------|------------------------|-------------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------|------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| Services régionaux DITSA | Visite évaluation MSSS | RI-RTF Programme DI-TSA | 2015-01-29 | Pratiques organisationnelles, administratives et professionnelles. | 1 | Le MSSS recommande que l'établissement prenne davantage les moyens pour assurer la qualité des services rendus aux usagers confiés à une ressource. | Direction du Programme DITSADP | V | 2017-04-12 | | 4 des 9 actions planifiées pour répondre à cette recommandation sont terminées |
| Services régionaux DITSA | Visite évaluation MSSS | RI-RTF Programme DI-TSA | 2015-01-29 | Pratiques organisationnelles, administratives et professionnelles. | 2 | Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens pour améliorer davantage son partenariat avec la ressource et en assurer le maintien. | Direction du Programme DITSADP | V | 2017-04-12 | | 3 des 7 actions planifiées pour répondre à cette recommandation sont terminées |
| Services régionaux DITSA | Visite évaluation MSSS | RI-RTF Programme DI-TSA | 2015-01-29 | Pratiques organisationnelles, administratives et professionnelles. | 3 | Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens afin de bonifier les procédures concernant les activités de suivi professionnel des usagers portant sur l'intégration dans la ressource et leur départ de la ressource. | Direction du Programme DITSADP | V | 2017-04-12 | | 1 des 4 actions planifiées pour répondre à cette recommandation sont terminées |

Tableau intégré - Résidences privées pour aînés

Recommandations et suivis - 2018-2019

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour **2019-09-18**

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ
 | Gris : Terminé | **Orange** : Nouveau ou modifié

État des suivis

| # | Nom de la RPA | Places | NA | Direction Responsable2 | État | Échue | Évolution du dossier | Date début | Date fin | Commentaire |
|-----|------------------------------|--------|----|--------------------------------------------------------------|-----------|-------|----------------------|------------|------------|--------------------------------|
| 627 | La Villa de l'Or Blanc | 9 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2017-12-11 | 2021-12-10 | |
| 638 | Les Douceurs d'Autrefois | 9 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | V | 2015-05-02 | 2019-05-01 | en processus de renouvellement |
| 669 | Résidence des Oeillets | 9 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | V | 2015-05-02 | 2019-05-01 | en processus de renouvellement |
| 675 | Les Résidences la Villa inc. | 39 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2017-12-10 | 2021-12-09 | |
| 677 | Résidence Daniela | 23 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | O | 2014-11-21 | 2018-11-20 | en processus de renouvellement |
| 732 | Château Belly | 20 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | V | 2015-05-02 | 2019-05-01 | en processus de renouvellement |
| 737 | Havre Saint-Maurice | 24 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2015-02-27 | 2023-02-26 | |
| 768 | Villa de l'Érable | 81 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2018-04-09 | 2022-04-08 | |
| 770 | Résidence St-François | 9 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2015-03-19 | 2023-03-18 | |
| 826 | Résidence des GÉRANIUMS | 25 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2018-02-28 | 2022-02-27 | |
| 830 | Résidences Cardinal-Roy inc. | 200 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2017-07-22 | 2021-07-21 | |

Tableau intégré - Résidences privées pour aînés

Recommandations et suivis - 2018-2019

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour **2019-09-18**

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ
 | Gris : Terminé | **Orange** : Nouveau ou modifié

État des suivis

| # | Nom de la RPA | Places | NA | Direction Responsable2 | État | Échue | Évolution du dossier | Date début | Date fin | Commentaire |
|------|------------------------------------|--------|----|--------------------------------------------------------------|-----------|-------|----------------------|------------|------------|--------------------------------|
| 838 | Résidence Ste-Famille | 99 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2015-01-15 | 2023-01-14 | |
| 860 | Les Résidences Fernand Blais | 60 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2017-10-10 | 2021-10-09 | |
| 864 | Résidence L.M. | 60 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2018-02-27 | 2022-02-26 | |
| 915 | Villa du Boisé | 36 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2016-11-27 | 2020-11-26 | |
| 919 | Résidence La Péradienne Lise Jacob | 9 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | V | 2015-07-31 | 2019-07-30 | en processus de renouvellement |
| 932 | Villa du Lys Blanc | 9 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | V | 2015-05-01 | 2019-04-30 | en processus de renouvellement |
| 950 | Maison Ste-Claire | 32 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | G | 2015-04-10 | 2019-04-09 | en processus de renouvellement |
| 974 | Villa Soleil | 44 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | V | 2015-10-17 | 2019-10-16 | en processus de renouvellement |
| 991 | Résidence Chaîné | 12 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2015-01-15 | 2023-01-14 | |
| 993 | Résidence Aux Traits d'Or | 13 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | V | 2015-04-10 | 2019-04-09 | en processus de renouvellement |
| 1001 | Le Jardin de Rêves | 15 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2015-03-19 | 2023-03-18 | |

Tableau intégré - Résidences privées pour aînés

Recommandations et suivis - 2018-2019

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour **2019-09-18**

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ
 | Gris : Terminé | **Orange** : Nouveau ou modifié

État des suivis

| # | Nom de la RPA | Places | NA | Direction Responsable2 | État | Échue | Évolution du dossier | Date début | Date fin | Commentaire |
|------|------------------------------------|--------|----|--------------------------------------------------------------|-----------|-------|----------------------|------------|------------|--------------------------------|
| 1002 | Résidence Le Reflet du Sud | 18 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2018-02-18 | 2022-02-17 | |
| 1006 | Résidence Johanne et Gilles | 24 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | V | 2015-06-20 | 2019-06-19 | en processus de renouvellement |
| 1007 | Domaine Centre Ville | 15 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2017-11-22 | 2021-11-21 | |
| 1008 | Castel des Cèdres | 19 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | V | 2015-07-31 | 2019-07-30 | en processus de renouvellement |
| 1010 | La Mère Veilleuse Résidence inc. | 19 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | V | 2015-06-05 | 2019-06-04 | en processus de renouvellement |
| 1011 | Résidence l'Harmonie | 21 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2017-11-22 | 2021-11-21 | |
| 1014 | Résidence du Boisé Ensoleillé inc. | 24 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2015-02-28 | 2023-02-27 | |
| 1015 | Résidence St-Georges | 29 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | V | 2015-05-02 | 2019-05-01 | en processus de renouvellement |
| 1016 | La Tortulinoise inc. | 30 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2017-10-31 | 2021-10-30 | |
| 1017 | Domaine du Parc (2007) inc. | 101 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | V | 2015-02-07 | 2019-02-06 | en processus de renouvellement |
| 1022 | Villa du Rocher | 75 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2017-08-02 | 2021-08-01 | |

Tableau intégré - Résidences privées pour aînés

Recommandations et suivis - 2018-2019

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour **2019-09-18**

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ
 | Gris : Terminé | **Orange** : Nouveau ou modifié

État des suivis

| # | Nom de la RPA | Places | NA | Direction Responsable2 | État | Échue | Évolution du dossier | Date début | Date fin | Commentaire |
|------|----------------------------------------------------|--------|----|--------------------------------------------------------------|-----------|-------|----------------------|------------|------------|--------------------------------|
| 1024 | Les Résidences Des Chênes de Shawinigan | 115 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2015-04-25 | 2023-04-24 | |
| 1025 | Résidence Christ-Roi | 98 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2015-01-29 | 2023-03-18 | |
| 1026 | Résidence-Val-Mauricie | 66 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2017-10-31 | 2021-10-30 | |
| 1027 | Résidence de L'Arche | 118 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2015-02-07 | 2023-02-06 | |
| 1029 | Chartwell Domaine Cascade résidence pour retraités | 240 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | V | 2015-06-04 | 2019-06-03 | en processus de renouvellement |
| 1032 | L'Étoile des Neiges | 9 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2018-01-16 | 2022-01-15 | |
| 1041 | Résidence la Belle époque | 10 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | V | 2015-06-20 | 2019-06-19 | en processus de renouvellement |
| 1056 | Villa Mille Soleils inc. | 43 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | V | 2015-05-01 | 2019-04-30 | en processus de renouvellement |
| 1058 | Résidence LeCaxton | 25 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | V | 2015-03-18 | 2019-03-17 | en processus de renouvellement |
| 1074 | La Maison la Petite Plaisance | 5 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | V | 2015-02-07 | 2019-02-06 | en processus de renouvellement |

Tableau intégré - Résidences privées pour aînés

Recommandations et suivis - 2018-2019

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour **2019-09-18**

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ
 | Gris : Terminé | **Orange** : Nouveau ou modifié

État des suivis

| # | Nom de la RPA | Places | NA | Direction Responsable2 | État | Échue | Évolution du dossier | Date début | Date fin | Commentaire |
|------|--------------------------------|--------|----|--------------------------------------------------------------|-----------|-------|----------------------|------------|------------|--------------------------------|
| 1079 | Résidence Ste-Julie | 34 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | V | 2015-04-10 | 2019-04-09 | en processus de renouvellement |
| 1083 | Résidence La Belle Époque | 40 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2015-02-06 | 2023-02-05 | |
| 1084 | Résidence le Jardin (SHCCQ) | 58 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | V | 2015-05-15 | 2019-05-14 | en processus de renouvellement |
| 1085 | Résidence Albert Guimond | 93 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | V | 2015-01-16 | 2019-01-15 | en processus de renouvellement |
| 1086 | Résidence Richelieu | 352 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2017-02-13 | 2021-02-11 | |
| 1087 | Résidence de Sienne (2013) | 56 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | V | 2011-11-26 | 2019-11-25 | en processus de renouvellement |
| 1088 | Résidence Valeo Jean XXIII | 103 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2014-03-18 | 2022-03-17 | |
| 1089 | Les Jardins Laviolette | 511 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | V | 2015-02-28 | 2019-02-27 | en processus de renouvellement |
| 1090 | La Sittelle sur Saint-Laurent | 140 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2016-06-20 | 2020-06-19 | |
| 1091 | Les Marronniers Trois-Rivières | 129 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2015-02-06 | 2023-02-05 | |

Tableau intégré - Résidences privées pour aînés

Recommandations et suivis - 2018-2019

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour **2019-09-18**

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ
 | Gris : Terminé | **Orange** : Nouveau ou modifié

État des suivis

| # | Nom de la RPA | Places | NA | Direction Responsable2 | État | Échue | Évolution du dossier | Date début | Date fin | Commentaire |
|------|--------------------------------------------------------------|--------|----|--------------------------------------------------------------|-----------|-------|----------------------|------------|------------|--------------------------------|
| 1097 | Résidence du Couvent | 108 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | V | 2015-04-29 | 2019-04-28 | en processus de renouvellement |
| 1101 | Manoir Victoria inc. | 55 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2015-04-10 | 2023-04-09 | |
| 1110 | Chartwell Notre-Dame Victoriaville, résidence pour retraités | 286 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | V | 2015-04-11 | 2019-04-10 | en processus de renouvellement |
| 1112 | Résidence des Bois-Francis | 49 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2017-12-10 | 2021-12-09 | |
| 1115 | Le Centre L'Assomption (St-Léonard-d'Aston) | 41 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2014-11-21 | 2022-11-20 | |
| 1117 | La Villa du Papillon Bleu | 19 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | V | 2015-05-15 | 2019-05-14 | en processus de renouvellement |
| 1124 | Les Résidences Chambertin | 20 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | G | 2015-06-05 | 2019-06-04 | en processus de renouvellement |
| 1125 | Centre d'hébergement de Nicolet | 97 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | V | 2015-04-25 | 2019-04-24 | en processus de renouvellement |
| 1132 | Villa Domaine St-Grégoire S.E.N.C. | 325 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2018-01-16 | 2022-02-06 | |
| 1133 | Résidence Gentilly | 50 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | V | 2015-05-15 | 2019-05-14 | en processus de renouvellement |
| 1134 | La Villa Les Cygnes | 20 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2018-03-18 | 2022-03-17 | |

Tableau intégré - Résidences privées pour aînés

Recommandations et suivis - 2018-2019

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour **2019-09-18**

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ
 | Gris : Terminé | **Orange** : Nouveau ou modifié

État des suivis

| # | Nom de la RPA | Places | NA | Direction Responsable2 | État | Échue | Évolution du dossier | Date début | Date fin | Commentaire |
|------|----------------------------------|--------|----|--------------------------------------------------------------|-----------|-------|----------------------|------------|------------|--------------------------------|
| 1139 | Résidence de Manseau | 17 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | V | 2015-11-26 | 2019-11-25 | en processus de renouvellement |
| 1140 | Résidence Au Soleil Levant | 70 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | J | 2015-03-18 | 2019-03-17 | en processus de renouvellement |
| 1261 | Résidence de la Montagne | 10 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | V | 2015-02-27 | 2019-02-26 | en processus de renouvellement |
| 1263 | Villa Marie-Ange | 15 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | V | 2015-05-13 | 2019-05-12 | en processus de renouvellement |
| 1384 | Les Résidences Mon Parent inc. | 59 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | V | 2015-10-17 | 2019-10-16 | en processus de renouvellement |
| 1455 | Résidence le Temps de Vivre enr. | 8 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2015-01-15 | 2023-01-14 | |
| 1464 | Résidence 600 Bousquet | 132 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2016-09-26 | 2022-04-08 | |
| 1527 | Résidence Provencher | 21 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | G | 2015-04-09 | 2019-04-08 | en processus de renouvellement |
| 1623 | Manoir Drummond | 70 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2018-01-14 | 2022-01-13 | |
| 1656 | Manoir St-Jacques inc. | 80 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | V | 2015-06-05 | 2019-06-04 | en processus de renouvellement |
| 1701 | Résidence Geneviève | 9 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2015-03-18 | 2023-03-17 | |

Tableau intégré - Résidences privées pour aînés

Recommandations et suivis - 2018-2019

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour **2019-09-18**

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ
 | Gris : Terminé | **Orange** : Nouveau ou modifié

État des suivis

| # | Nom de la RPA | Places | NA | Direction Responsable2 | État | Échue | Évolution du dossier | Date début | Date fin | Commentaire |
|------|------------------------------------------------|--------|----|--------------------------------------------------------------|-----------|-------|----------------------|------------|------------|--------------------------------|
| 1724 | La Villa du Boulevard S.E.N.C. | 9 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2018-01-16 | 2022-01-15 | |
| 1751 | Résidence St-Laurent (Louiseville) inc. | 57 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | V | 2016-01-11 | 2020-01-11 | en processus de renouvellement |
| 1757 | Villa du Beucage | 4 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2015-04-09 | 2023-04-08 | |
| 2118 | Résidence Tardif inc. | 49 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | V | 2015-06-19 | 2019-06-18 | en processus de renouvellement |
| 2120 | Manoir J.C. Paquin | 10 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | G | 2015-04-09 | 2019-04-08 | en processus de renouvellement |
| 2122 | Les Résidences France et Yvon Héroux | 20 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | J | 2015-04-09 | 2019-04-08 | en processus de renouvellement |
| 2124 | Résidence Louise Doyon | 4 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2017-10-10 | 2021-10-09 | |
| 2148 | Résidence Cormier | 9 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2017-11-22 | 2021-11-21 | |
| 2170 | Chartwell L'Ermitage, résidence pour retraités | 250 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2017-07-23 | 2021-07-22 | |
| 3760 | La Villa St-Narcisse enr. | 23 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | V | 2015-06-04 | 2019-06-03 | en processus de renouvellement |
| 3763 | Maison Valeo Jean XXIII | 3 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | V | 2015-04-10 | 2019-10-16 | en processus de renouvellement |

Tableau intégré - Résidences privées pour aînés

Recommandations et suivis - 2018-2019

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour **2019-09-18**

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ
 | Gris : Terminé | **Orange** : Nouveau ou modifié

État des suivis

| # | Nom de la RPA | Places | NA | Direction Responsable2 | État | Échue | Évolution du dossier | Date début | Date fin | Commentaire |
|------|---------------------------------------|--------|----|--------------------------------------------------------------|-----------|-------|----------------------|------------|------------|--------------------------------|
| 3767 | La Résidence Dublin d'Inverness | 9 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | V | 2015-07-31 | 2019-07-30 | en processus de renouvellement |
| 3771 | Centre d'hébergement St-Joseph | 108 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2016-11-16 | 2020-11-15 | |
| 3772 | Centre d'Hébergement St-Frédéric | 128 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2016-10-31 | 2020-10-30 | |
| 3774 | Les Jardins de la Cité | 512 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | V | 2015-10-17 | 2019-10-16 | en processus de renouvellement |
| 4025 | Auberge du Bon Conseil | 106 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | J | 2015-04-09 | 2019-04-08 | en processus de renouvellement |
| 4029 | Résidence St-Jean | 9 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2017-11-18 | 2021-11-17 | |
| 4299 | Résidence Myosotis | 70 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2017-07-22 | 2021-07-21 | |
| 4302 | Société Alzheimer du Centre-du-Québec | 13 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2014-06-20 | 2022-06-19 | |
| 4306 | Résidence 4 saisons inc. | 11 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2018-04-09 | 2022-04-08 | |
| 4333 | Résidence St-Cyrille enr. | 33 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | J | 2015-03-19 | 2019-03-18 | en processus de renouvellement |
| 4348 | Au Jardin Fleuri | 9 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2018-01-16 | 2022-01-15 | |

Tableau intégré - Résidences privées pour aînés

Recommandations et suivis - 2018-2019

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour **2019-09-18**

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ
 | Gris : Terminé | **Orange** : Nouveau ou modifié

État des suivis

| # | Nom de la RPA | Places | NA | Direction Responsable2 | État | Échue | Évolution du dossier | Date début | Date fin | Commentaire |
|------|-------------------------------------|--------|----|--------------------------------------------------------------|-----------|-------|----------------------|------------|------------|--------------------------------|
| 4367 | Le Renaissance (La Tuque) 2000 inc. | 106 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2017-08-08 | 2021-08-07 | |
| 4369 | Résidence Bord de l'Eau | 9 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | V | 2015-06-20 | 2019-06-19 | en processus de renouvellement |
| 4374 | Manoir DeBigarré | 255 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | G | 2015-05-15 | 2019-05-14 | en processus de renouvellement |
| 4428 | Maison Niverville | 17 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2018-03-19 | 2022-03-18 | |
| 4435 | Résidence Chez Monique | 6 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2015-02-27 | 2023-02-26 | |
| 4477 | Résidence Yamachiche | 25 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | V | 2015-07-31 | 2019-07-30 | en processus de renouvellement |
| 4633 | Terrasses Dominicaines 2016 inc. | 107 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2017-12-10 | 2021-12-09 | |
| 4751 | Les Résidences du Manoir TRO | 308 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2017-10-10 | 2021-10-09 | |
| 4840 | Les Berges du St-Laurent | 73 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | J | 2015-05-15 | 2019-05-14 | en processus de renouvellement |
| 4879 | Résidence Marcelle B. Lemay inc. | 14 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | J | 2015-05-15 | 2019-05-14 | en processus de renouvellement |
| 4880 | Résidence le Duplessis | 240 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | V | 2015-06-19 | 2019-06-18 | en processus de renouvellement |

Tableau intégré - Résidences privées pour aînés

Recommandations et suivis - 2018-2019

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour **2019-09-18**

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ
 | Gris : Terminé | **Orange** : Nouveau ou modifié

État des suivis

| # | Nom de la RPA | Places | NA | Direction Responsable2 | État | Échue | Évolution du dossier | Date début | Date fin | Commentaire |
|------|-----------------------------------|--------|----|--------------------------------------------------------------|-----------|-------|----------------------|------------|------------|--------------------------------|
| 5248 | Les Jardins du Parc Linéaire inc. | 300 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2017-10-30 | 2021-10-29 | |
| 5320 | Résidence Jardins du Campanile | 448 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2017-10-11 | 2021-10-10 | |
| 5330 | Résidence La Liberté inc. | 122 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2017-12-10 | 2021-12-09 | |
| 5424 | La Belle-Humeur | 7 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2017-10-10 | 2021-10-09 | |
| 5487 | Les Terrasses de la Fonderie | 731 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | V | 2015-07-31 | 2019-07-30 | en processus de renouvellement |
| 5498 | Résidence St-Louis-de-Gonzague | 95 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2018-02-07 | 2022-02-06 | |
| 5553 | Résidence La Providence | 200 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2015-04-09 | 2023-04-08 | |
| 5573 | Les Suites du Manoir | 30 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | G | 2015-05-01 | 2019-04-30 | en processus de renouvellement |
| 5648 | Résidence St-Joseph | 3 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | G | 2015-04-09 | 2019-04-08 | en processus de renouvellement |
| 5714 | Cénacle St-Pierre | 38 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | V | 2016-01-05 | 2020-01-04 | en processus de renouvellement |
| 5715 | Résidence Béthanie | 32 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | V | 2015-10-17 | 2019-10-16 | en processus de renouvellement |

Tableau intégré - Résidences privées pour aînés

Recommandations et suivis - 2018-2019

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour **2019-09-18**

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ
 | Gris : Terminé | **Orange** : Nouveau ou modifié

État des suivis

| # | Nom de la RPA | Places | NA | Direction Responsable2 | État | Échue | Évolution du dossier | Date début | Date fin | Commentaire |
|------|----------------------------------------------------------------|--------|----|--------------------------------------------------------------|-----------|-------|----------------------|------------|------------|--------------------------------|
| 5744 | Carpe Diem - Centre de ressources Alzheimer, Maison Carpe Diem | 14 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | V | 2015-06-20 | 2019-06-19 | en processus de renouvellement |
| 5776 | Pavillon Marie-Reine-des-Coeurs | 23 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | V | 2015-07-31 | 2019-07-30 | en processus de renouvellement |
| 5784 | Villa St-Charles | 38 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | G | 2015-04-09 | 2019-04-08 | en processus de renouvellement |
| 5826 | Résidence Joëlle Ricard | 9 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | V | 2015-07-31 | 2019-07-30 | en processus de renouvellement |
| 5861 | Villa des Sablois | 14 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | V | 2015-10-17 | 2019-10-17 | en processus de renouvellement |
| 5871 | La Maison Claire Daniel inc. | 16 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | V | 2015-10-17 | 2019-10-17 | en processus de renouvellement |
| 5894 | Résidence Martine Dupont | 12 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | V | 2015-07-30 | 2019-07-29 | en processus de renouvellement |
| 5907 | Résidence Jeanne l'Archevêque | 30 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | V | 2015-11-25 | 2019-11-24 | en processus de renouvellement |
| 5924 | Résidence de l'Arche | 14 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2018-02-16 | 2022-02-15 | |
| 5928 | La Maisonnée d'Antan | 9 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2017-02-12 | 2021-02-11 | |
| 5963 | Résidence Boisé Fleuri | 16 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2017-02-12 | 2021-02-11 | |

Tableau intégré - Résidences privées pour aînés

Recommandations et suivis - 2018-2019

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour **2019-09-18**

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ
 | Gris : Terminé | **Orange** : Nouveau ou modifié

État des suivis

| # | Nom de la RPA | Places | NA | Direction Responsable2 | État | Échue | Évolution du dossier | Date début | Date fin | Commentaire |
|------|--------------------------------------|--------|----|--------------------------------------------------------------|-----------|-------|----------------------|------------|------------|--------------------------------|
| 5980 | Maison Mava | 6 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2017-03-06 | 2021-03-05 | |
| 5995 | Résidence Notre-Dame | 29 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2016-11-16 | 2020-11-15 | |
| 6052 | Résidence des Prés | 11 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2017-05-20 | 2021-05-19 | |
| 6111 | Villa Louiseville | 90 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2017-07-29 | 2021-07-28 | |
| 6125 | Maison d'Antan | 9 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | V | 2016-03-21 | 2020-03-20 | en processus de renouvellement |
| 6141 | Château Marysia de Vassimmeuble inc. | 23 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2017-10-16 | 2021-10-15 | |
| 6171 | Résidence d'Hérouxville | 10 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2015-04-02 | 2023-04-01 | |
| 6172 | Résidence des Jardins les Becquets | 85 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2015-02-26 | 2023-02-25 | |
| 6180 | Les Jardins Latourelle (2014) inc. | 43 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2018-02-26 | 2022-02-25 | |
| 6211 | Résidence St-Pie X | 9 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2016-06-20 | 2020-06-19 | |
| 6245 | Villa du Parc | 150 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | V | 2015-05-07 | 2019-05-06 | en processus de renouvellement |

Tableau intégré - Résidences privées pour aînés

Recommandations et suivis - 2018-2019

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour **2019-09-18**

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ
| Gris : Terminé | **Orange** : Nouveau ou modifié

État des suivis

| # | Nom de la RPA | Places | NA | Direction Responsable2 | État | Échue | Évolution du dossier | Date début | Date fin | Commentaire |
|------|-----------------------------------|--------|----|--------------------------------------------------------------|-----------|-------|----------------------|------------|------------|--------------------------------|
| 6365 | Le Coin St-Paul | 260 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2016-11-27 | 2020-11-26 | |
| 6382 | Les Résidences du Manoir Cap inc. | 290 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2016-06-20 | 2020-06-19 | |
| 6397 | Résidence Le Vieux Presbytère | 10 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2016-09-26 | 2020-09-25 | |
| 6399 | Maison Barthélémy-Caron | 20 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | V | 2016-03-21 | 2020-03-21 | en processus de renouvellement |
| 6411 | Résidence Place Belvédère inc. | 525 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2016-09-26 | 2020-09-25 | |
| 6446 | Villa Le Reflet | 59 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | V | 2016-05-04 | 2020-05-03 | en processus de renouvellement |
| 6467 | Résidence Bois de Rose inc. | 31 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2016-10-31 | 2020-10-30 | |
| 6476 | Résidence France Lafontaine | 8 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | V | 2016-05-04 | 2020-05-03 | en processus de renouvellement |
| 6489 | La Seigneurie le Victorin | 265 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2016-11-16 | 2020-11-15 | |
| 6543 | Résidence Laveault | 32 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2016-10-31 | 2020-10-30 | |
| 6548 | Le Havre du Faubourg inc. | 315 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2016-09-26 | 2020-09-25 | |

Tableau intégré - Résidences privées pour aînés

Recommandations et suivis - 2018-2019

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour **2019-09-18**

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ
 | Gris : Terminé | **Orange** : Nouveau ou modifié

État des suivis

| # | Nom de la RPA | Places | NA | Direction Responsable2 | État | Échue | Évolution du dossier | Date début | Date fin | Commentaire |
|------|---------------------------------------------|--------|----|--------------------------------------------------------------|-----------|-------|----------------------|------------|------------|--------------------------------|
| 6565 | Résidence Jazz Drummondville | 978 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | V | 2015-07-31 | 2019-07-30 | en processus de renouvellement |
| 6573 | Maison du Golf | 17 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2016-12-19 | 2020-12-18 | |
| 6597 | Résidence Le 7e Ciel | 35 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2014-06-18 | 2022-06-17 | |
| 6598 | Résidence St-Joseph de Nicolet inc. | 70 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2017-02-25 | 2021-02-24 | |
| 6665 | Villa St-Georges inc. (Bloc 1) Villas 1-2-6 | 180 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2014-12-17 | 2022-11-19 | |
| 6666 | Villa St-Georges inc. (Bloc 2) Villas 3-4-5 | 175 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2014-12-17 | 2022-01-19 | |
| 6667 | Villa St-Georges inc. (Bloc 3) Villas 7-8 | 137 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2014-12-17 | 2022-01-19 | |
| 7077 | Place Piché | 29 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | G | 2015-01-30 | 2019-01-29 | en processus de renouvellement |
| 7079 | La Villa du Parc (2012) | 20 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2014-06-18 | 2022-06-17 | |
| 7136 | Résidence de Grand-Mère inc. | 121 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | échue | V | 2015-06-17 | 2019-06-16 | en processus de renouvellement |
| 7164 | Résidence du Verger | 7 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | V | 2015-12-17 | 2019-12-16 | en processus de renouvellement |

Tableau intégré - Résidences privées pour aînés

Recommandations et suivis - 2018-2019

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour **2019-09-18**

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ
 | Gris : Terminé | **Orange** : Nouveau ou modifié

État des suivis

| # | Nom de la RPA | Places | NA | Direction Responsable2 | État | Échue | Évolution du dossier | Date début | Date fin | Commentaire |
|------|-------------------------------------|--------|----|--------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------|----------------------|------------|------------|--------------------------------|
| 7173 | Résidence Grande-Carrière | 9 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | V | 2015-12-08 | 2019-12-07 | en processus de renouvellement |
| 7177 | Résidence aux Toits Verts | 9 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | V | 2015-02-19 | 2019-12-07 | en processus de renouvellement |
| 7189 | Les Résidences René-Léosa | 24 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | V | 2016-03-27 | 2020-02-22 | en processus de renouvellement |
| 7217 | Résidence des Bâisseurs | 120 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2016-07-05 | 2020-07-04 | |
| 7222 | Résidence Cockburn | 9 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | V | 2016-03-29 | 2020-03-28 | en processus de renouvellement |
| 7223 | Résidence Diane Lespérance | 6 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2016-09-21 | 2020-09-20 | |
| 7271 | Pavillon Chapleau | 55 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2016-06-20 | 2020-06-19 | |
| 7280 | Pavillon Rigaud | 70 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2017-10-10 | 2021-10-09 | |
| 7281 | Les Résidences du Manoir TR inc. | 310 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2017-10-10 | 2021-10-09 | |
| 7295 | Maison des aînés Tapiskwan Obedjwan | 20 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | Attestation temporaire prolongée | échue | J | 2016-11-01 | 2018-12-31 | en processus de renouvellement |
| 7309 | La Résidence de l'Espérance | 4 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2018-02-09 | 2022-02-08 | |

Tableau intégré - Résidences privées pour aînés

Recommandations et suivis - 2018-2019

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour **2019-09-18**

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ
 | Gris : Terminé | **Orange** : Nouveau ou modifié

État des suivis

| # | Nom de la RPA | Places | NA | Direction Responsable2 | État | Échue | Évolution du dossier | Date début | Date fin | Commentaire |
|------|----------------------------------|--------|----|--------------------------------------------------------------|------------------------|-------|----------------------|------------|------------|--------------------------------|
| 7313 | Résidence le Béli inc | 191 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2017-12-15 | 2021-12-14 | |
| 7340 | Résidence Jean-Marc Pintal | 2 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | certifiée | non | G | 2017-12-15 | 2022-12-14 | |
| 7358 | L'Oasis d'ABEE | 12 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | Attestation temporaire | échue | V | 2018-03-03 | 2019-03-02 | en processus de renouvellement |
| 7359 | La Petite Rivière du Nord | 4 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | Attestation temporaire | échue | G | 2018-03-07 | 2019-03-06 | en processus de renouvellement |
| 7385 | Résidence La Grande Famille | 9 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | Attestation temporaire | non | V | 2018-10-01 | 2019-09-30 | en processus de renouvellement |
| 7389 | Résidence des Bâisseurs La Tuque | 138 | | Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien | Attestation temporaire | non | V | 2018-10-01 | 2019-09-30 | en processus de renouvellement |

Tableau intégré - Ressources d'hébergement en dépendance (RHD)

Recommandations et suivis - 2018-2019

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ
 | Gris : Terminé | **Orange** : Nouveau ou modifié

État des suivis

| # | Nom de la RHD | Places | Catégorie de services | Direction Responsable | État | Échue | Évolution du dossier | Date début | Date fin | Commentaire |
|---|------------------------------------------------------|--------|------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------|-------|----------------------|------------|------------|-------------|
| | Centre d'hébergement aux Rayons du Soleil (phase II) | 17 | Réinsertion sociale | Direction Programme santé mentale adulte et Dépendance | En renouvellement | non | G | 2016-01-11 | 2020-01-10 | |
| | Centre l'autre côté de l'ombre | 72 | Thérapie réinsertion sociale | Direction Programme santé mentale adulte et Dépendance | certifiée | non | G | 2017-05-09 | 2021-05-08 | |
| | Le Grand Chemin | 14 | Thérapie jeunesse | Direction Programme santé mentale adulte et Dépendance | Certifiée | non | V | 2019-04-01 | 2023-03-31 | |
| | Maison Carignan | 98 | Thérapie | Direction Programme santé mentale adulte et Dépendance | certifiée | non | G | 2016-10-03 | 2020-10-02 | |
| | Maison de thérapie Victoriaville-Arthabaska (MDTVA) | 35 | Thérapie | Direction Programme santé mentale adulte et Dépendance | Certifiée | oui | V | 2017-11-15 | 2021-11-14 | |
| | Maison de Transition de la Batiscan | 9 | Thérapie | Direction Programme santé mentale adulte et Dépendance | certifiée | non | G | 2017-01-15 | 2021-01-14 | |
| | Maison Jean Lepage | 45 | Thérapie | Direction Programme santé mentale adulte et Dépendance | certifiée | non | G | 2017-03-02 | 2021-03-01 | |
| | Pavillon de l'Assuétude, Shawinigan | 44 | Thérapie | Direction Programme santé mentale adulte et Dépendance | En renouvellement | non | G | 2016-10-03 | 2020-10-02 | |
| | Pavillon de l'Assuétude, St-Guillaume | 45 | Thérapie | Direction Programme santé mentale adulte et Dépendance | En renouvellement | non | g | 2015-11-10 | 2019-11-09 | |

Tableau intégré - Autres plans d'actions et autres recommandations reçues

Comité de vigilance et de la qualité

Recommandations et suivis - 2019-2020

Information mise à jour

2019-09-18

Légende : Vert : Évolution normale | Jaune : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au (CVQ) | Rouge : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | Gris : Terminé | Orange : Nouveau ou modifié

| | | | | | | | | État des suivis | | | |
|------------|-------------------------------------|--------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------|------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RLS | Nom du plan d'action ou rapport | Installation | Date rapport/PA | Objectifs/ Source des recommandations | # rec. | Actions | Responsable | Évolution du dossier | Échéancier | Terminé (date) | Commentaire |
| CIUSSS MCQ | Vérificateur général du Québec | CIUSSS MCQ | 2015-05-25 | Aux établissements: Revoir et clarifier dans les ententes les rôles attendus de chaque type de professionnels qui sont financés et mettre en place des contrôles afin de s'assurer que les compétences du personnel clinique sont utilisées de manière optimale dans les GMF. | 11 | ·Les guides d'intégration des professionnels ont été annexés au Programme de financement et de soutien professionnel GMF. ·Élaborer un processus régional de suivi des activités réalisées par le personnel clinique financé. Les activités réalisées par le personnel clinique financé doivent être conformes au contenu des guides d'intégration des professionnels. | DSASC DSP-PC DSI DSM | G | 2020 | En continu | Plusieurs actions réalisées: •Descriptions de fonctions élaborées et diffusées; Guides d'intégration envoyés aux médecins et adjoints adm.; •Fichier de suivi statistiques des interventions réalisées par les professionnels en fonction - Fait par l'ensemble des GMF depuis octobre 2017. •Travaux en cours avec la DQEPE pour développer des indicateurs de suivis; •Mentors disponibles pour les TS. •Suivi effectué en continu par les gestionnaires |
| CIUSSS MCQ | Plan d'action Prévention des chutes | CIUSSS MCQ | 2016-11-29 | Adopter le cadre de référence intitulé Modèle dynamique de prévention des chutes pour élaborer un programme ainsi qu'évaluer et améliorer un programme existant. | 1 | Recension des outils existants. | DSI | G | 2016-08-30 | 2016-08-30 | Réalisé dans le cadre des travaux d'agrément |
| CIUSSS MCQ | Plan d'action Prévention des chutes | CIUSSS MCQ | 2016-11-29 | Adopter le cadre de référence intitulé Modèle dynamique de prévention des chutes pour élaborer un programme ainsi qu'évaluer et améliorer un programme existant. | 1 | Analyse de la documentation. | DSM DSI (SAPA) | G | 2017-03-31 | 2018-04-30 | Réalisé |
| CIUSSS MCQ | Plan d'action Prévention des chutes | CIUSSS MCQ | 2016-11-29 | Adopter le cadre de référence intitulé Modèle dynamique de prévention des chutes pour élaborer un programme ainsi qu'évaluer et améliorer un programme existant. | 1 | Rédaction d'un programme harmonisé de prévention des chutes. | DSM | R | 2017-12-30 | | Les travaux débuteront au début de l'année 2018. Ces travaux ne sont pas priorités par la DSM actuellement (2019-02-28) |
| CIUSSS MCQ | Plan d'action Prévention des chutes | CIUSSS MCQ | 2016-11-29 | Adopter le cadre de référence intitulé Modèle dynamique de prévention des chutes pour élaborer un programme ainsi qu'évaluer et améliorer un programme existant. | 1 | Rédaction d'une règle de pratiques professionnelles (RDP) encadrant la prévention des chutes. | DSM DSI (SAPA) | G | 2017-10-31 | 2018-02-27 | La RDP est adoptée |

Tableau intégré - Autres plans d'actions et autres recommandations reçues

Comité de vigilance et de la qualité

Recommandations et suivis - 2019-2020

Information mise à jour

2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au (CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | Gris : Terminé | **Orange** : Nouveau ou modifié

| | | | | | | | | État des suivis | | | |
|------------|-------------------------------------|--------------|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------|------------|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RLS | Nom du plan d'action ou rapport | Installation | Date rapport/PA | Objectifs/ Source des recommandations | # rec. | Actions | Responsable | Évolution du dossier | Échéancier | Terminé (date) | Commentaire |
| CIUSSS MCQ | Plan d'action Prévention des chutes | CIUSSS MCQ | 2016-11-29 | Adopter le cadre de référence intitulé Modèle dynamique de prévention des chutes pour élaborer un programme ainsi qu'évaluer et améliorer un programme existant. | 1 | Rédaction d'une règle de pratiques professionnelles encadrant sur le suivi postchute. | DSM DSI (SAPA) | G | 2017-10-31 | 2018-02-27 | La RDP est adoptée |
| CIUSSS MCQ | Plan d'action Prévention des chutes | CIUSSS MCQ | 2016-11-29 | Recommandation du MSSS - non spécifiée | 2 | Processus de consultation de la documentation clinique (règle de pratiques professionnelles). | DSM DSI (SAPA) | G | 2017-07-31 | 2018-02-27 | La RDP a été adoptée après consultation |
| CIUSSS MCQ | Plan d'action Prévention des chutes | CIUSSS MCQ | 2016-11-29 | Recommandation du MSSS - non spécifiée | 2 | Processus de consultation du programme de prévention des chutes. | DSM | G | 2017-09-30 | 2018-02-27 | La RDP a été adoptée après consultation |
| CIUSSS MCQ | Plan d'action Prévention des chutes | CIUSSS MCQ | 2016-11-29 | Recommandation du MSSS - non spécifiée | 2 | Adoption des règles des pratiques professionnelles par les instances concernées. | CII CM | G | 2017-09-30 | | Adoptées par les instances |
| CIUSSS MCQ | Plan d'action Prévention des chutes | CIUSSS MCQ | 2016-11-29 | Recommandation du MSSS - non spécifiée | 2 | Adoption du programme de prévention des chutes. | DSM | R | 2017-12-31 | | Les travaux débiteront au début de l'année 2018. Ces travaux ne sont pas priorités par la DSM actuellement (2019-02-28) |
| CIUSSS MCQ | Plan d'action Prévention des chutes | CIUSSS MCQ | 2016-11-29 | Recommandation du MSSS - non spécifiée | 2 | Diffusion des règles de pratiques professionnelles et de soins infirmiers | DSI DSM | G | 2018-09-30 | | RPP diffusée en novembre 2018 |
| CIUSSS MCQ | Plan d'action Prévention des chutes | CIUSSS MCQ | 2016-11-29 | Recommandation du MSSS - non spécifiée | 2 | Diffusion du programme de prévention des chutes. | DSM | R | 2018-06-30 | | Les travaux débiteront au début de l'année 2018. Ces travaux ne sont pas |
| CIUSSS MCQ | Plan d'action Prévention des chutes | CIUSSS MCQ | 2016-11-29 | Implanter la pratique des tournées intentionnelles. | 3 | Recension des écrits et analyse de la documentation. | DSI (SAPA) | G | 2016-12-31 | 2016-12-13 | |
| CIUSSS MCQ | Plan d'action Prévention des chutes | CIUSSS MCQ | 2016-11-29 | Implanter la pratique des tournées intentionnelles. | 3 | Rédaction de la documentation clinique. | DSI (SAPA) | G | 2017-03-31 | | Réalisé |
| CIUSSS MCQ | Plan d'action Prévention des chutes | CIUSSS MCQ | 2016-11-29 | Implanter la pratique des tournées intentionnelles. | 3 | Gestion d'un projet pilote en courte durée et un projet pilote en longue durée (A3) | DSI (SAPA) | G | 2017-03-31 | | Projet pilote en courte durée terminé Projet pilote en longue durée : comité de travail s'est réuni à quelques reprises. Rapport du comité de travail soumis aux DA |
| CIUSSS MCQ | Plan d'action Prévention des chutes | CIUSSS MCQ | 2016-11-29 | Implanter la pratique des tournées intentionnelles. | 3 | Réalisation du projet pilote en fonction du plan d'action établi. | DSI (SAPA) | G | 2018-01-30 | | Voir case ci-dessus |

Tableau intégré - Autres plans d'actions et autres recommandations reçues

Recommandations et suivis - 2019-2020

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour

2019-09-18

Légende : Vert : Évolution normale | Jaune : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au (CVQ) | Rouge : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | Gris : Terminé | Orange : Nouveau ou modifié

| | | | | | | | | État des suivis | | | |
|------------|-------------------------------------|--------------|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------|------------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RLS | Nom du plan d'action ou rapport | Installation | Date rapport/PA | Objectifs/ Source des recommandations | # rec. | Actions | Responsable | Évolution du dossier | Échéancier | Terminé (date) | Commentaire |
| CIUSSS MCQ | Plan d'action Prévention des chutes | CIUSSS MCQ | 2016-11-29 | Implanter la pratique des tournées intentionnelles. | 3 | Déployer dans les autres secteurs d'activité. | DSI (SAPA) | V | 2020-03-31 | | Courte durée : à l'automne 2018 à l'HCM Shawinigan Longue durée : à discuter mais possiblement à reporter ultérieurement |
| CIUSSS MCQ | Plan d'action Prévention des chutes | CIUSSS MCQ | 2016-11-29 | Poursuivre et intensifier le déploiement de l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA). | 4 | Réaliser le plan d'action du CIUSSS MCQ. | | G | | | Inscrit au plan d'action prévention des chutes mais suivi par d'autres mécanisme |
| CIUSSS MCQ | Plan d'action Prévention des chutes | CIUSSS MCQ | 2016-11-29 | Utiliser les outils disponibles pour repérer et évaluer systématiquement le risque de chute des personnes âgées qui se présentent à l'urgence. | 5 | Recension des outils existants. | DSI | G | 2016-09-30 | 2016-09-30 | |
| CIUSSS MCQ | Plan d'action Prévention des chutes | CIUSSS MCQ | 2016-11-29 | Utiliser les outils disponibles pour repérer et évaluer systématiquement le risque de chute des personnes âgées qui se présentent à l'urgence. | 5 | Analyse de la documentation. | DSI | G | 2016-10-31 | 2016-10-31 | |
| CIUSSS MCQ | Plan d'action Prévention des chutes | CIUSSS MCQ | 2016-11-29 | Utiliser les outils disponibles pour repérer et évaluer systématiquement le risque de chute des personnes âgées qui se présentent à l'urgence. | 5 | Déterminer l'outil à utiliser pour l'ensemble des urgences. | DSI (SAPA et Soins critiques) | G | 2017-03-31 | | Réalisé |
| CIUSSS MCQ | Plan d'action Prévention des chutes | CIUSSS MCQ | 2016-11-29 | Utiliser les outils disponibles pour repérer et évaluer systématiquement le risque de chute des personnes âgées qui se présentent à l'urgence. | 5 | Implanter l'outil. | DSI (Soins critiques) | J | 2017-06-30 | | Implantation réalisée partiellement dans les urgences selon les territoires |
| CIUSSS MCQ | Plan d'action Prévention des chutes | CIUSSS MCQ | 2016-11-29 | Utiliser les outils disponibles pour repérer et évaluer systématiquement le risque de chute des personnes âgées qui se présentent à l'urgence. | 5 | Effectuer des audits avant et après l'implantation. | DSI (Soins critiques) | J | 2017-10-31 | | Février 2017 (avant) Juin 2017 (après) Réalisé uniquement dans les secteurs où l'outil est implanté. |
| CIUSSS MCQ | Plan d'action Prévention des chutes | CIUSSS MCQ | 2016-11-29 | Utiliser les outils disponibles pour repérer et évaluer systématiquement le risque de chute des personnes âgées qui se présentent à l'urgence. | 5 | Apporter des correctifs. | gest. Secteur | J | En continu | | Harmonisation de la pratique avec l'implantation de la RPP |
| CIUSSS MCQ | Plan d'action Prévention des chutes | CIUSSS MCQ | 2016-11-29 | Identifier les facteurs de risque du délirium à l'admission des usagers et de façon continue. | 6 | Réaliser le plan d'action de l'AAPA. | | G | | | Inscrit au plan d'action prévention des chutes mais suivi par d'autres mécanisme |

Tableau intégré - Autres plans d'actions et autres recommandations reçues

Recommandations et suivis - 2019-2020

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour

2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au (CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | **Gris** : Terminé | **Orange** : Nouveau ou modifié

| | | | | | | | | État des suivis | | | |
|------------|-------------------------------------|--------------|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------|---------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RLS | Nom du plan d'action ou rapport | Installation | Date rapport/PA | Objectifs/ Source des recommandations | # rec. | Actions | Responsable | Évolution du dossier | Échéancier | Terminé (date) | Commentaire |
| CIUSSS MCQ | Plan d'action Prévention des chutes | CIUSSS MCQ | 2016-11-29 | Établir un calendrier de remplacement pour le matériel et les équipements jugés non adaptés et non sécuritaires. | 7 | Créer un comité de travail portant sur les risques organisationnels. | Gest. Risques | G | 2016-12-31 | 2016-12-13 | |
| CIUSSS MCQ | Plan d'action Prévention des chutes | CIUSSS MCQ | 2016-11-29 | Établir un calendrier de remplacement pour le matériel et les équipements jugés non adaptés et non sécuritaires. | 7 | Établir les critères de non-conformité du matériel en fonction de divers risques organisationnels : 2016-2017 : Risques de piégeage dans les ridelles de lits 2017-2018 : Mesures de contrôle et mesures alternatives 2018-2019 : Autre matériel et équipement | DSM DSI (SAPA) Dir. Logis. | J | Non déterminé | | Chaque risque organisationnel sera analysé. Un plan d'action spécifique sera élaboré selon chacune des analyses. Les travaux sont en cours pour les risques de piégeage dans les irdelles (documents encadrement clinique, recension inventaire, et priorisation des besoins de remplacement. Pour les mesures de contrôle et les mesures alternatives, plusieurs secteurs ont déjà des mécanismes de suivi, il faudra cependant harmoniser les processus. |
| CIUSSS MCQ | Plan d'action Prévention des chutes | CIUSSS MCQ | 2016-11-29 | Déterminer des indicateurs communs afin de suivre les taux de chutes à l'échelle nationale. | 8 | Les indicateurs seront déterminés par la Table ministérielle sur la qualité et la sécurité des soins et services. | MSSS | G | | | N'est pas de la responsabilité CIUSSS MCQ |
| CIUSSS MCQ | Plan d'action Prévention des chutes | CIUSSS MCQ | 2016-11-29 | Créer une pratique organisationnelle requise (POR) sur la prévention des chutes à l'urgence. | 9 | Actualiser le plan d'action d'Agrément (POR). | | G | | | Inscrit au plan d'action prévention des chutes mais suivi par d'autres mécanisme |
| CIUSSS MCQ | Plan d'action Prévention des chutes | CIUSSS MCQ | 2016-11-29 | Harmoniser le mode d'évaluation des causes de décès, notamment pour ceux liés à une chute. | 10 | En 2015, le MSSS a rencontré le bureau du coroner afin que celui-ci utilise la grille suggérée par le Groupe d'Experts lors de l'évaluation des décès reliés à une chute. Le Table ministérielle sur la qualité et la sécurité des soins et service est en attente du positionnement quant à cette recommandation. Le CIUSSS MCQ s'ajustera aux recommandations du MSSS. | MSSS Bur. Coroner | G | | | Responsabilité du MSSS et Bur. Coroner. |
| CIUSSS MCQ | Plan d'action Prévention des chutes | CIUSSS MCQ | 2016-11-29 | Diffuser un guide de pratique clinique portant sur la prévention des chutes. | 11 | Voir section de rédaction du programme. | NA | G | | | Cette recommandation du MSSS est traitée par des actions précédentes. |

Tableau intégré - Autres plans d'actions et autres recommandations reçues

Recommandations et suivis - 2019-2020

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour

2019-09-18

Légende : Vert : Évolution normale | Jaune : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au (CVQ) | Rouge : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | Gris : Terminé | Orange : Nouveau ou modifié

| | | | | | | | | État des suivis | | | |
|------------|-----------------------------------------|--------------|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------|------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RLS | Nom du plan d'action ou rapport | Installation | Date rapport/PA | Objectifs/ Source des recommandations | # rec. | Actions | Responsable | Évolution du dossier | Échéancier | Terminé (date) | Commentaire |
| CIUSSS MCQ | Plan d'action - Recommandations du CUCI | NA | 2016-2017 | Que l'implantation de l'alimentation en vrac pour les résidents des CHSLD soit poursuivie dans les installations concernées (secteur de l'Énergie). | 1 | <p>1. Finalisation des travaux conjoints, Direction de la logistique (DL) et Direction SAPA, pour statuer sur les orientations relativement au mode de distribution alimentaire en CHSLD au CIUSSS MCQ.</p> <p>2. Présentation et travaux conjoints avec les comités de résidents pour la planification et le déploiement du mode de distribution retenu dans les différents centres.</p> | SAPA DL | V | Été 2018 | | <p>Recommandation reçue en 2016-2017:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les orientations de distribution recommandées par les directions adjointes SAPA sont en processus de décision auprès des instances décisionnelles du CIUSSS. • Les directions adjointes SAPA en assureront le cheminement. • Les CR seront impliqués selon le déploiement dans les différents centres. <p>La révision des besoins est en cours avec SAPA et DL pour mettre à jour les coûts non récurrents du projet pour le CHSM et le CHL. Le tout devrait être présenté à l'été 2019.</p> |

Tableau intégré - Autres plans d'actions et autres recommandations reçues

Recommandations et suivis - 2019-2020

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour

2019-09-18

Légende : Vert : Évolution normale | Jaune : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au (CVQ) | Rouge : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | Gris : Terminé | Orange : Nouveau ou modifié

| | | | | | | | | État des suivis | | | |
|------------|-----------------------------------------|--------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------|-------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RLS | Nom du plan d'action ou rapport | Installation | Date rapport/PA | Objectifs/ Source des recommandations | # rec. | Actions | Responsable | Évolution du dossier | Échéancier | Terminé (date) | Commentaire |
| CIUSSS MCQ | Plan d'action - Recommandations du CUCI | NA | 2016-2017 | Que soit implanté, dans les installations qui n'en possède pas, une salle d'activités pour les résidents, mais adaptée à leurs conditions et facile d'accès. | 2 | <p>1. La disponibilité des salles d'activités pour les résidents sera évaluée dans le cadre des travaux actuellement en cours relativement à la préparation d'un plan directeur immobilier pour le volet hébergement de longue durée. Les opportunités d'aménagement étant cependant assujetties aux règles, orientations et priorités ministérielles en regard des investissements immobilières en CHSLD.</p> <p>2. La Direction des services techniques s'assurera que l'information pertinente soit communiquée au comité des usagers.</p> <p>3. Réalisation des travaux et aménagement des salles d'activités en hébergement.</p> | DST SAPA | V | Indéterminé | | <p>Recommandation reçue en 2016-2017.</p> <p>En cours. Plusieurs étapes sont franchies dans ce dossier. Le projet est autorisé, mais certains services doivent d'abord être relocalisés. Le projet chemine et un projet d'appel d'offre en espace locatif a été produit et sera présenté au MSSS en mai 2019. Une approbation sera ensuite attendue pour sortir en appel d'offre.</p> <p>Considérant les délais de réalisation, le comité de résident du Centre Laflèche a proposé que la salle d'activités soit aménagée temporairement au rez-de-chaussées plutôt qu'au 5e étage. Une analyse de faisabilité est en cours par la DST et la chef du centre d'hébergement du centre. Une salle d'activités transitoire a été créée au RDC et les activités du 5e étage ont été transférées au RDC. La salle est utilisée depuis février 2019.</p> |

Tableau intégré - Autres plans d'actions et autres recommandations reçues

Recommandations et suivis - 2019-2020

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour

2019-09-18

Légende : Vert : Évolution normale | Jaune : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au (CVQ) | Rouge : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | Gris : Terminé | Orange : Nouveau ou modifié

| | | | | | | | | État des suivis | | | |
|------------|-----------------------------------------|--------------|------------------|--------------------------------------------------------------------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------|------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RLS | Nom du plan d'action ou rapport | Installation | Date rapport/ PA | Objectifs/ Source des recommandations | # rec. | Actions | Responsable | Évolution du dossier | Échéancier | Terminé (date) | Commentaire |
| CIUSSS MCQ | Plan d'action - Recommandations du CUCI | NA | 2017-2018 | Libérer la chambre d'un défunt 24 heures après le constat médical. | 3 | <p>Situation actuelle présentée par la DPSAPA:</p> <ol style="list-style-type: none"> Dans une perspective de respect et de réponse aux besoins de l'ensemble des usagers du CIUSSS MCQ, il est également important de donner accès dans les meilleurs délais possible à une personne âgée dans le besoin. L'orientation à savoir que le chambre soit libérée dans les 24 heures suivant le décès est donc maintenue et les familles en sont informées dès l'admission. Le délai pour le constat de décès demeure toutefois à améliorer dans certaines situations. <p>Actions proposées: Révision du processus de constat des décès afin de permettre un constat à distance avec la contribution des infirmières en CHSLD, ce qui contribuera à la prise en charge des corps plus rapidement par les entreprises funéraires.</p> | SAPA DSI | V | Été 2018 | | <p>En cours</p> <p>Actions réalisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> Rencontre tenue le 14 novembre 2017 sur les différentes exigences (Association des Thanatologues du Québec, Collège des médecins, OIIQ), entre la DSI, le co-directeur Médical et DA-Hébergement. Sensibilisation auprès des médecins en CHSLD dans le cadre d'une tournée des équipes médicales pratiquant en CHSLD du CIUSSS-MCQ. Une mesure des délais lors d'un décès a été réalisée dans les derniers mois pour dresser un portrait objectif de la situation. <p>Aucun avancement dans le cas de la déclaration de décès.</p> |

Tableau intégré - Autres plans d'actions et autres recommandations reçues

Recommandations et suivis - 2019-2020

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour

2019-09-18

Légende : Vert : Évolution normale | Jaune : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au (CVQ) | Rouge : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | Gris : Terminé | Orange : Nouveau ou modifié

| | | | | | | | | État des suivis | | | |
|------------|-----------------------------------------|--------------|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------------|------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RLS | Nom du plan d'action ou rapport | Installation | Date rapport/PA | Objectifs/ Source des recommandations | # rec. | Actions | Responsable | Évolution du dossier | Échéancier | Terminé (date) | Commentaire |
| CIUSSS MCQ | Plan d'action - Recommandations du CUCI | CHSLD Cooke | 2018-2019 | Permettre accès internet (WIFI) aux résidents en CHSLD pour faciliter la communication avec les proches, et stimuler leurs facultés intellectuelles | 4 | <p>Situation actuelle:</p> <ul style="list-style-type: none"> Il est généralement possible pour un résident de se faire brancher l'accès internet par un fournisseur privé. Pour le territoire d'Arthabaska-Érable, la fondation de l'Ermitage a proposé de financer un accès WIFI dans les salons communs des centres d'hébergement qu'elle dessert. Une rencontre a eu lieu avec la Direction des ressources informationnelles et une évaluation de la faisabilité du projet est en cours. <p>Action proposée :</p> <p>Mise en place d'un comité afin d'évaluer la faisabilité d'étendre l'accès au WIFI à l'ensemble des CHSLD du CIUSSS MCQ.</p> | DRI DPSAPA | V | 2018-12-31 | | <p>En cours</p> <p>Des démarches ont permis la mise sur pied du comité de travail, composé de représentants de la DRI, de l'hébergement et d'une représentante de la DQEPE responsable des liens avec les CU et CR.</p> <p>L'installation de l'infrastructure matérielle a été complétée par le fournisseur le 3 mai dernier. L'accès internet est maintenant fonctionnel à la résidence le Roseau. À la résidence de Warwick, l'accès internet sera fonctionnel le 16 mai, alors qu'à la résidence le Chêne, ce sera fonctionnel lorsque le fournisseur internet aura effectué le branchement.</p> <p>Au niveau clinique, des comités sont voie de formation. Une conférence de presse est chapeautée par la Fondation l'Ermitage et marquera le lancement officiel.</p> |

Tableau intégré - Autres plans d'actions et autres recommandations reçues

Recommandations et suivis - 2019-2020

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour

2019-09-18

Légende : Vert : Évolution normale | Jaune : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au (CVQ) | Rouge : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | Gris : Terminé | Orange : Nouveau ou modifié

| | | | | | | | | État des suivis | | | |
|------------|-----------------------------------------|--------------|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------|------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RLS | Nom du plan d'action ou rapport | Installation | Date rapport/ PA | Objectifs/ Source des recommandations | # rec. | Actions | Responsable | Évolution du dossier | Échéancier | Terminé (date) | Commentaire |
| CIUSSS MCQ | Plan d'action - Recommandations du CUCI | CIUSSS MCQ | 2018-2019 | Que les comités des usagers soient mentionnés sur le site du CIUSSS MCQ dans la rubrique : «plaintes sur les soins et services offerts au CIUSSS MCQ» comme ressource pouvant l'accompagner dans sa démarche de porter plainte | 5 | Le suivi sera intégré au plan de communication du CUCI. Principales actions : • S'assurer de la capacité des CU de réaliser l'accompagnement aux plaintes et soutenir le développement de leur expertise au besoin; • Ajout d'une référence aux comités des usagers dans la section des plaintes sur le site Internet; • Responsabilité des présidents des comités de s'assurer que les informations de leur comité sont à jour sur le site Internet | CPQS DRHCAJ (commu.) Collaborateurs: CUCI DQEPE | V | 2019-03-31 | | Il a été convenu avec le CUCI de reporté ce dossier après les fêtes, considérant les nombreux dossiers en cours impliquant le CUCI. |

Tableau intégré - Autres plans d'actions et autres recommandations reçues

Recommandations et suivis - 2019-2020

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour

2019-09-18

Légende : Vert : Évolution normale | Jaune : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au (CVQ) | Rouge : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | Gris : Terminé | Orange : Nouveau ou modifié

| | | | | | | | | État des suivis | | | |
|------------|-----------------------------------------|------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------|------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RLS | Nom du plan d'action ou rapport | Installation | Date rapport/PA | Objectifs/ Source des recommandations | # rec. | Actions | Responsable | Évolution du dossier | Échéancier | Terminé (date) | Commentaire |
| CIUSSS MCQ | Plan d'action - Recommandations du CUCI | CH Cooke CH Lafèche | 2018-2019 | Que les salles d'activités des Centres d'hébergement Cooke à Trois-Rivières et Centre Lafèche à Grand-Mère soient mieux situées afin d'en permettre une évacuation rapide et facile en cas de désastres (plan prévu depuis 2012) | 6 | <p><u>Centre d'hébergement Cooke :</u> Actions réalisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La salle a été vérifiée et est conforme aux exigences légales prescrites (plan de mesures d'urgence, conformité des issues, etc.) • Les intervenants concernés ont reçu les instructions sur les mesures d'urgence. • Une présentation a été faite au CR sur les mesures de sécurité en place. <p>Action proposée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le CR avisera la gestionnaire responsable s'il constate des écarts dans l'application des consignes de sécurité (ex. ne pas allumer de bougie, etc.) <p><u>Centre d'hébergement Lafèche :</u> Action proposée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La faisabilité de déplacer la salle d'activité au rez-de-chaussée, en attendant la réalisation des travaux d'aménagement d'une nouvelle salle, est en cours, tel que mentionné à la recommandation #2 reçue en 2016-2017. | DST SAPA Collaborateurs: Comités de résidents | G | 2018-12-31 | | Terminé – en continu L'état d'avancement de cette recommandation est présenté à la recommandation #2, une recommandation reçue l'an dernier dont le suivi se poursuit. |

Tableau intégré - Autres plans d'actions et autres recommandations reçues

Recommandations et suivis - 2019-2020

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour

2019-09-18

Légende : Vert : Évolution normale | Jaune : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au (CVQ) | Rouge : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | Gris : Terminé | Orange : Nouveau ou modifié

| | | | | | | | | État des suivis | | | |
|------------|-----------------------------------------|--------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------|------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RLS | Nom du plan d'action ou rapport | Installation | Date rapport/PA | Objectifs/ Source des recommandations | # rec. | Actions | Responsable | Évolution du dossier | Échéancier | Terminé (date) | Commentaire |
| CIUSSS MCQ | Plan d'action - Recommandations du CUCI | Comité des usagers de Trois-Rivières | 2018-2019 | Travailler de concert avec la CPQS sur un Projet-Pilote concernant des cas traceurs, c'est-à-dire suivre un usager dans son parcours de soins afin de sonder sa satisfaction face aux services reçus. | 7 | <ul style="list-style-type: none"> Tenir une rencontre sur les modalités d'évaluation de l'expérience usager et de la satisfaction qui sont déjà mises en place au CIUSSS MCQ; Évaluer la pertinence et la faisabilité du projet pilote proposé, en tenant compte des modalités d'évaluation actuelles; Convenir de la collaboration et de la complémentarité entre les CU, la CPQS et le CIUSSS MCQ en matière d'évaluation de l'expérience usagers et de leur satisfaction. | CPQS CUCI Collaborateur: DQEPE | G | 2018-12-31 | 2018-11-05 | terminé – Projet reporté par le CUCI à l'an prochain. Actions réalisées : <ul style="list-style-type: none"> Rencontre tenue le 13 septembre 2018 avec l'exécutif du CUCI, la CPQS et l'équipe Qualité de la DQEPE sur les modalités d'évaluation de l'expérience usager et de la satisfaction. La rencontre s'est conclue sur la possibilité d'un projet-pilote entre la CPQS et les CU, dans lequel les sondages réalisés par les CU seraient en lien avec des plaintes traitées l'année précédente, de manière à sonder la satisfaction des usagers suite à la mise en place des mesures d'amélioration recommandées par la CPQS. La proposition a été présentée à l'ensemble des membres du CUCI le 5 novembre 2018. Le CUCI a reçu favorablement la proposition de ce projet-pilote. Par contre, le CUCI a convenu à l'unanimité de reporter leur participation en octobre 2019, si le projet leur semble toujours pertinent. |

Tableau intégré - Autres plans d'actions et autres recommandations reçues

Recommandations et suivis - 2019-2020

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour

2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au (CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | **Gris** : Terminé | **Orange** : Nouveau ou modifié

| | | | | | | | | État des suivis | | | |
|------------|-----------------------------------------------------|---------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------|------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RLS | Nom du plan d'action ou rapport | Installation | Date rapport/PA | Objectifs/ Source des recommandations | # rec. | Actions | Responsable | Évolution du dossier | Échéancier | Terminé (date) | Commentaire |
| CIUSSS MCQ | Plan d'action - Recommandations du CUCI | CIUSSS MCQ | 2018-2019 | Demande une meilleure identification visuelle des Comités des Usagers et de Comité de Résidents : hypothèse de solution proposée à l'affichage traditionnel : demandons une "identification électronique" dans les endroits les plus visités par les usagers; soit les salles d'attentes. | 8 | Le suivi sera intégré au plan de communication du CUCI. Principales actions : • Faire le portrait des moyens de communication et de promotion utilisés par les CU et identifier les moyens les plus efficaces; • Formation d'un groupe de travail composé du CUCI (3 à 5 membres) et du service des communications; • Élaboration et réalisation d'un plan d'actions en fonction des objectifs de communications visés par le CUCI et les CU. | DRHCAJ (comm.) CUCI Collaborateur: DQEPE | V | 2019-04-30 | | En cours •Deux rencontres du groupe de travail tenues à l'automne (12-10-2018 et 07-12-2018) •Cueillette d'information réalisée pour dresser un portrait des moyens de communication et de promotion utilisés par les CU et CR. •Plan d'action élaboré par le groupe de travail et entériné par le CUCI lors d'une rencontre le 10-12-2018. • Adoption par le CUCI du plan de communication visant tenir une campagne promotionnelle régionale à l'automne 2019, Cette vise à rendre visible les comités des usagers à l'interne et à l'externe. •La réalisation du plan d'action sera actualisée en fonction de la disponibilité et de la capacité des comités. |
| CIUSSS MCQ | Plan d'action suite aux événements au CH Ste-Thècle | CH Ste-Thècle | 2018-01-30 | Déterminer les facteurs de risque d'escalade chez les résidents ayant une problématique SCPD (symptômes comportementaux et psychologiques de la démence), effectuer les plans d'action préventifs de l'escalade de ces comportements perturbateurs. | A1 | | Liane Magnan | G | 2018-02-08 | 2018-02-09 | |

Tableau intégré - Autres plans d'actions et autres recommandations reçues

Comité de vigilance et de la qualité

Recommandations et suivis - 2019-2020

Information mise à jour

2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au (CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | **Gris** : Terminé | **Orange** : Nouveau ou modifié

| RLS | Nom du plan d'action ou rapport | Installation | Date rapport/PA | Objectifs/ Source des recommandations | # rec. | Actions | Responsable | État des suivis | | | |
|------------|-----------------------------------------------------|---------------|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------|------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | | | | | Évolution du dossier | Échéancier | Terminé (date) | Commentaire |
| CIUSSS MCQ | Plan d'action suite aux événements au CH Ste-Thècle | CH Ste-Thècle | 2018-01-30 | Réviser le fonctionnement des portes magnétiques dans ce corridor | | <ul style="list-style-type: none"> Retirer la serrure magnétique sur les portes afin de les maintenir débarrées en tout temps; Diffuser une note de service conjointe (DSI-DSM) sur l'obligation de maintenir les portes ouvertes; Faire un retour en équipe sur cette obligation à une fréquence convenue. | ST DSI-DSM DPSAPA | G | 2018-02-08 | 2018-01-30 | |
| CIUSSS MCQ | Plan d'action suite aux événements au CH Ste-Thècle | CH Ste-Thècle | 2018-01-30 | Commander de toiles-civières de mobilisation pour le lève-personne (demande d'achat) | C1 | | Nancy Laplante | G | 2018-03-31 | 2018-02-28 | |
| CIUSSS MCQ | Plan d'action suite aux événements au CH Ste-Thècle | CH Ste-Thècle | 2018-01-30 | Identifier le lève-personne ayant la capacité de descendre au sol et diffuser l'information. | C2 | | Liane Magnan | G | 2018-01-30 | 2018-02-02 | |
| CIUSSS MCQ | Plan d'action suite aux événements au CH Ste-Thècle | CH Ste-Thècle | 2018-01-30 | Prioriser le déploiement de la formation SCPD pour le territoire de la Vallée-de-la-Batiscan (4 centres) 50% juin 2018 - 100% 1er avril 2019; | D1 | | Nancy Laplante | V | 2019-04-01 | | En cours |
| CIUSSS MCQ | Plan d'action suite aux événements au CH Ste-Thècle | CH Ste-Thècle | 2018-01-30 | Élaboration d'un mandat par la DSI visant le coaching clinique des habilités de gestion des SCPD pour l'équipe de soins, par le biais d'ateliers incluant des mises en situation pratique et des rencontres d'équipe. | D2 | | DSI | V | 2019-04-01 | | Débuté le 12 avril 8 à 10 rencontres prévues fréquence 1 fois par mois |
| CIUSSS MCQ | Plan d'action suite aux événements au CH Ste-Thècle | CH Ste-Thècle | 2018-01-30 | Rediffuser la règle de soins infirmiers portant sur les interventions en cas de chute; | E1 | | DSI | G | 2018-02-08 | | |
| CIUSSS MCQ | Plan d'action suite aux événements au CH Ste-Thècle | CH Ste-Thècle | 2018-01-30 | Former le personnel sur les techniques de mobilisation en effectuant des mises en situation et des exercices pratiques sur le terrain. | E2 | | TRP | G | | 2018-05-31 | Activité réalisée en mai |
| CIUSSS MCQ | Plan d'action suite aux événements au CH Ste-Thècle | CH Ste-Thècle | 2018-01-30 | Analyser la faisabilité d'aménager une chambre Snoezelen sur l'unité. | PAA1 | | Nancy Laplante | G | | | Non possible car lieu non conforme et disponibilité RH (PAB) |
| CIUSSS MCQ | Plan d'action suite aux événements au CH Ste-Thècle | CH Ste-Thècle | 2018-01-30 | Analyse la faisabilité d'ajouts de caméras supplémentaires afin de couvrir les zones non couvertes par le système actuel. | PAA2 | | DST / DRI | J | | | |

Tableau intégré - Implantation des meilleures pratiques

BILAN de l'implantation

Légende : Gris : Terminé ou non suivi par le comité | Orange : Nouveau | Vert : Évolution normale | Jaune : Évolution modérée (aucun suivi requis) | Rouge : Dossier critique à discuter au prochain comité | Bleu: Suivi reporté.

Comité d'intégration clinique

Mise à jour : 2019-08-01

État d'avancement présenté au CIC 2X par an

| Meilleures pratiques | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|------------|-----------------------|-------------------------|-------------------|--------------|--------------------------------------|-----------|------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom du Guide ou du plan d'action | Année | Provenance | Réception | Analyse de pertinence | Colonne1 | Appr. autre inst. | Direction | Responsable | Évolution | Colonne2 | Échéancier | Commentaire |
| | | | | Date CIC | conclusion | | | | | État d'avancement estimé (%) | | |
| Les niveaux de soins: normes et standards de qualité et dépliant d'information pour le grand public. | 2016-2017 | INESSS | 2016-03-21 | 2016-06-08 | à venir | NA | DSPPC DSI | Dre Marianne Lemay Josée Simoneau | V | 50% | | <p>□ Discussion entre DSI et DSP. Convenu d'un comité à mettre en place. La composition est déterminée mais pas encore officiellement entérinée par les directions impliquées.</p> <p>□ Cette publication vise l'harmonisation des niveaux de soins et l'utilisation d'un formulaire standard pour l'ensemble du Québec.</p> <p>La Dre Marianne Lemay est la DSP adjointe nommée sur le comité des niveaux de soins.</p> <p>Dernière mise à jour de l'état d'avancement fait en janvier 2018</p> |
| Orientations ministérielles pour les services destinés aux personnes atteintes de maladies rénales | 2016-2017 | INESSS | 2016-03-21 | 2016-03-31 | implantation pertinente | NA | DSASC | Karine Lampron | V | 64% | 2019-03-31 | <p>Plan d'action en cours de réalisation et révision effectuée.</p> <p>➤ Progression de 40 à 64% depuis la dernière mise à jour.</p> <p>Malgré la progression constante du plan d'action, les cibles ministérielles seront difficiles à atteindre pour 2019-03-31</p> |
| Algorithmes d'investigation, de traitement et de suivi pour le cancer du côlon | | INESSS | 2016-08-29 | 2016-09-26 | à venir | | DSPPC | Dr Christian Vinette | G | 100% | | <p>En attente des orientations retenues. Cet avis n'a pas été présenté lors des rencontres du Comité de pertinence clinique.</p> |
| Addenda - Usage optimal à long terme des inhibiteurs de la pompe à protons | 2016-2017 | INESSS | 2016-11-21 | NA | Non pertinent | NA | DSPPC | | G | NA | 2016-11-21 | <p>Transmis au comité des chefs de départements. Non pertinent à ce moment-ci p.c.q. pas de résistance à la bactérie</p> |

Tableau intégré - Implantation des meilleures pratiques

Mise à jour : 2019-08-01

BILAN de l'implantation

État d'avancement présenté au CIC 2X par an

Légende : Gris : Terminé ou non suivi par le comité | Orange : Nouveau | Vert : Évolution normale | Jaune : Évolution modérée (aucun suivi requis) | Rouge : Dossier critique à discuter au prochain comité | Bleu: Suivi reporté.

| Meilleures pratiques | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|------------|-----------------------|-------------------------|-------------------------|-----------|--------------------------------------|-----------|------------------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom du Guide ou du plan d'action | Année | Provenance | Réception | Analyse de pertinence | Colonne1 | Appr. autre inst. | Direction | Responsable | Évolution | Colonne2 | Échéancier | Commentaire |
| | | | | Date CIC | conclusion | | | | | État d'avancement estimé (%) | | |
| Normes relatives aux traitements de reperfusion de l'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST) au Québec | 2016-2017 | INESSS | 2016-10-17 | 2016-11-21 | pertinent | Comité pertinence DSPPC | DSI | Josée Simoneau | G | 100% | | Ces lignes directrices de l'INESSS ont été présentées au comité régional de cardiologie en 2017-2018 et ont fait l'objet d'une résolution le 15 février 2017 et du 19 septembre 2017. Par la suite, cette dernière a été déposée au CE CMDP qui a entériné celle-ci le 10 avril 2018. De nouveaux contournements et IPIM ont été mis en place avec les acteurs concernés le 4 juin 2018 inspirées des meilleures pratiques. Reste l'évaluation à faire en 2018-2019. ⚡Progression de 75% à 100% |
| Protocole médical et ordonnance collective nationale sur l'ajustement de la warfarine et les analyses de laboratoire | 2016-2017 | INESSS | 2016-06-20 | 2016-11-21 | Implantation pertinente | NA | DSM DSASC | Département Pharmacie - Alain Bureau | G | 100% | | Les pharmaciens procèdent à l'ajustement par le biais de la Loi 41 et non par le protocole. Toutefois, nous devons évaluer avec Mme Karine Lampron de la DSI le recours au protocole et à l'OC par les infirmières de GMF. Suite à la publication du guide sur les ordonnances collectives par le CMQ le 3 mai, l'INESSS va revoir cette ordonnance nationale. |
| Protocole médical et ordonnance collective nationale sur Ajustement des antihyperglycémiant ou de l'insuline et analyses de laboratoire pour le suivi du diabète de type 2 | 2016-2017 | INESSS | 2016-10-18 | 2016-11-21 | Implantation pertinente | NA | DSASC | Karine Lampron | G | 100% | 2016-02-20 | Diffusion faite. ↑ Progression de 0 à 100% depuis la dernière mise à jour. |

Tableau intégré - Implantation des meilleures pratiques

Mise à jour : 2019-08-01

BILAN de l'implantation

État d'avancement présenté au CIC 2X par an

Légende : Gris : Terminé ou non suivi par le comité | Orange : Nouveau | Vert : Évolution normale | Jaune : Évolution modérée (aucun suivi requis) | Rouge : Dossier critique à discuter au prochain comité | Bleu: Suivi reporté.

| Meilleures pratiques | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|----------------------------|-----------------------|-------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------|-----------------|-----------|------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom du Guide ou du plan d'action | Année | Provenance | Réception | Analyse de pertinence | Colonne1 | Appr. autre inst. | Direction | Responsable | Évolution | Colonne2 | Échéancier | Commentaire |
| | | | | Date CIC | conclusion | | | | | État d'avancement estimé (%) | | |
| Addenda Avis sur les mesures relatives au remboursement des bandelettes | 2016-2017 | INESSS | 2017-11-16 (2016-07-29) | 2016-11-21 | Pertinent | Comité de pertinence clinique | DSPPC DSI DSM (pharmacie) DSASC | NA | G | 100% | Terminé | Lors de la publication initiale de cet avis (2016-07-29), le MSSS avait reporté son application suite à la déclaration de praticiens au regard de situations cliniques particulières. Cet addenda apporte donc des précisions supplémentaires, de concert avec le MSSS et la RAMQ, concernant le remboursement des bandelettes pour des situations particulières, lorsque justifié au plan clinique. À diffuser pour information aux médecins et professionnels concernés. Transmis par courriel le 28-12-2017 à Dr. Leblanc et Marie-Josée Hupé (CPC); à Alain Bureau, à Karine Lampron et à Élise Leclair. |
| Retraitement des sondes d'échographie et des sondes pour compteur gamma intra-opératoire | 2016-2017 | INSPQ | 2016-10-20 | 2016-11-21 | Implantation pertinente | NA | DSASC | Philippe Lottin | V | 95% | | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Les spécialités touchées sont: la radiologie, la gynécologie+PMA et l'urologie ✓ Gynéco+PMA de Trois-Rivières: L'analyse des différentes options est terminée et un appel d'offre est en cours pour l'achat d'appareil. Plan d'installation discuté avec la chef de service. ✓ Tout est conforme pour la gynécologie dans les autres installations du CIUSSS MCQ. ✓ Urologie: Retraitement avec un appareil automatisé, conforme. ✓ Radiologie: Tout est conforme pour le CIUSSS MCQ. <p>⇒ Estimation d'avancement maintenue à 95%.</p> |
| Guide de pratique clinique sur la réadaptation des adultes ayant subi un TCC modéré à grave | 2016-2017 | INESSS | 2016-09-26 | 2016-11-21 | Reporté | NA | DPDITSADP | Lyne Girard | B | NA | 2016-11-21 | Toujours en attente du suivi du MSSS Guide comprend 266 recommandations. L'INESSS évalue la faisabilité et la priorisation des recommandations, puis déposera une stratégie d'implantation au MSSS. En attente de la stratégie du MSSS. |

Tableau intégré - Implantation des meilleures pratiques

Mise à jour : 2019-08-01

BILAN de l'implantation

État d'avancement présenté au CIC 2X par an

Légende : Gris : Terminé ou non suivi par le comité | Orange : Nouveau | Vert : Évolution normale | Jaune : Évolution modérée (aucun suivi requis) | Rouge : Dossier critique à discuter au prochain comité | Bleu: Suivi reporté.

| Meilleures pratiques | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|------------|-----------------------|---------------|--------------------|-----------|----------------------|-----------|------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom du Guide ou du plan d'action | Année | Provenance | Réception | Analyse de pertinence | Colonne1 | Appro. autre inst. | Direction | Responsable | Évolution | Colonne2 | Échéancier | Commentaire |
| | | | | Date CIC | conclusion | | | | | État d'avancement estimé (%) | | |
| Note informative: Cellules tumorales circulantes dans les cas de cancer du sein : utilisation clinique du test CellSearch® | 2016-2017 | INESSS | 2016-09-22 | 2017-01-30 | Non pertinent | NA | DSSCO | Sylvie Limoges | G | NA | 2017-02-13 | Suite une analyse plus approfondie et une vérification auprès du Dr Christian Carrier, chef de service de l'hématologie, les services d'hématologie du CIUSSS MCQ n'utilisent pas les tests CellSearch® relativement aux décisions et suivis des usagères atteintes d'un cancer du sein. |
| Protocole médical et ordonnance collective nationale sur l'ajustement de la médication antihypertensive et les examens paracliniques pour le suivi de l'hypertension artérielle. | 2016-2017 | INESSS | 2016-06-20 | 2017-01-30 | Pertinent | NA | DSASC | Karine Lampron | G | 100% | | Diffusion faite. ↑ Progression de 0 à 100% depuis la dernière mise à jour. |
| Algorithmes d'investigation, de traitement et de suivi du lymphome de Hodgkin | 2016-2017 | INESSS | 2016-12-12 | 2017-01-30 | Pertinent | NA | DSSCO | Sylvie Limoges | G | 100% | 2017-03-30 | Il s'agit d'un outil interactif qui vise à faciliter la prise en charge des patients atteints du lymphome de Hodgkin en considérant à la fois les meilleures données probantes disponibles et la pratique clinique actuelle au Québec (consensus d'experts). SUIVI: Dr Christian Carrier, chef de l'oncologie médicale, va transmettre les recommandations de l'INESSS à ses adjoints qui en assureront la diffusion et la mise en application auprès de leurs collègues du service (courriel 2017-03-30) |
| Guide d'usage optimal - Rhinosinusite aiguë chez l'adulte | 2016-2017 | INESSS | 2016-11-14 | 2017-01-30 | Non pertinent | NA | DSPPC | Dr Christian Vinette | G | NA | 2017-06-13 | Le comité de pertinence clinique ne juge pas pertinent de diffuser le document. Les orientations ne sont pas applicables en pratique. |

Tableau intégré - Implantation des meilleures pratiques

Mise à jour : 2019-08-01

BILAN de l'implantation

État d'avancement présenté au CIC 2X par an

Légende : Gris : Terminé ou non suivi par le comité | Orange : Nouveau | Vert : Évolution normale | Jaune : Évolution modérée (aucun suivi requis) | Rouge : Dossier critique à discuter au prochain comité | Bleu: Suivi reporté.

| Meilleures pratiques | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|------------|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------|-------------|--------------------------------------|------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom du Guide ou du plan d'action | Année | Provenance | Réception | Analyse de pertinence | Colonne1 | Appro. autre inst. | Direction | Responsable | Évolution | Colonne2 | Échéancier | Commentaire | |
| | | | | Date CIC | conclusion | | | | | État d'avancement estimé (%) | | | |
| Utilisation de l'imagerie par résonance magnétique en présence de douleurs musculosquelettiques chez les personnes adultes du Québec (volet 1, 2 et 3) | 2016-2017 | INESSS | 2017-01-20 | 2017-02-27 | Pertinent Non applicable en raison de l'entente entre le MSSS et la FMSQ | | Comité pertinence DSPPC | DSM | Gilles Hudon Dr Christian Vinette | G | NA | Suite à l'entente intervenue entre la FMSQ et le MSSS en février 2018, il était stipulé que pour l'IRM et le SCAN, des algorithmes de décision seraient développés par l'Association des radiologistes du Québec (ARQ), conjointement avec le MSSS. Nous sommes toujours dans l'attente de ces documents. Par conséquent, Dr Leblanc, président du comité régional de pertinence clinique, a décidé de surseoir aux travaux du sous-comité qui avait été mis sur pied, pour attendre ces deux algorithmes. Le tout afin d'éviter de faire travailler les médecins de la région inutilement. Le suivi de cette publication n'est donc plus applicable | |
| Indications de la tomographie par émission de positrons en oncologie - Cancer du poumon | 2016-2017 | INESSS | 2017-01-27 | 2017-02-27 | Pertinent | | Comité pertinence DSPPC | DSSCO | Sylvie Limoges | G | NA | 2017-05-30 | Le comité de pertinence clinique a déterminé la pertinence de diffuser l'information lors de la rencontre du 30 mai 2017. Le document sera diffusé. |
| Avis sur la standardisation des pratiques relatives aux allergies au bêta-lactames | 2016-2017 | INESSS | 2017-02-22 | 2017-03-27 | Pertinent | | Comité pertinence DSPPC | DSPPC | Dr Christian Vinette | G | 100% | | Suivi du CIC: suivi par DSPPC et transmission au comité de pharmacologie. |
| Ordonnance collective nationale: Initier l'acétaminophène pour le traitement de la fièvre chez une personne recevant des soins palliatifs. | 2017-2018 | INESSS | 2017-04-05 | 2017-05-23 | à venir | | NA | DSI | Élise Leclair | B | NA | Aucun | Suivi CIC: DSI mandatée Suite à la publication du guide sur les ordonnances collectives par le CMQ le 3 mai, l'INESSS va revoir cette ordonnance nationale (DSI en attente). Actuellement, nous utilisons les OC pour le traitement de la fièvre déjà disponible dans l'établissement |
| Administrer les médicaments prescrits dans le cadre d'une ordonnance individuelle en cas de détresses chez une personne recevant des soins palliatifs | 2017-2018 | INESSS | 2017-04-20 | 2017-05-23 | à venir | | NA | DSI | Élise Leclair | B | NA | 2019-12-31 | Suivi CIC: DSI mandatée Suite à la publication du guide sur les ordonnances collectives par le CMQ le 3 mai, l'INESSS va revoir cette ordonnance nationale (DSI en attente). |
| Ordonnance collective nationale et Protocole médical: Initier un traitement pour les nausées chez une personne recevant des soins palliatifs | 2017-2018 | INESSS | 2017-04-25 | 2017-05-23 | à venir | | NA | DSI | Élise Leclair | B | NA | 2020-12-31 | Suivi CIC: DSI mandatée Suite à la publication du guide sur les ordonnances collectives par le CMQ le 3 mai, l'INESSS va revoir cette ordonnance nationale (DSI en attente). |

Tableau intégré - Implantation des meilleures pratiques

Mise à jour : 2019-08-01

BILAN de l'implantation

État d'avancement présenté au CIC 2X par an

Légende : Gris : Terminé ou non suivi par le comité | Orange : Nouveau | Vert : Évolution normale | Jaune : Évolution modérée (aucun suivi requis) | Rouge : Dossier critique à discuter au prochain comité | Bleu: Suivi reporté.

| Meilleures pratiques | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|------------|-----------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|----------------------|-----------|------------------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom du Guide ou du plan d'action | Année | Provenance | Réception | Analyse de pertinence | Colonne1 | Appr. autre inst. | Direction | Responsable | Évolution | Colonne2 | Échéancier | Commentaire |
| | | | | Date CIC | conclusion | | | | | État d'avancement estimé (%) | | |
| Traitement pharmacologique des infections transmissibles sexuellement et par le sang - Approche syndromique: <ul style="list-style-type: none"> • Guides et normes • Guide - Aide à la décision • Algorithme décisionnel pour le traitement épidémiologique des partenaires asymptomatiques (Chlamydia trachomatis Neisseria gonorrhoeae) | 2017-2018 | INESSS | 2017-04-24 | 2017-05-23 | à venir | Comité pertinence DSPPC | Direction Santé publique | Chantal Raymond | G | 100% | | SUIVI CIC du 23 mai: les documents seront acheminés à la Direction de Santé publique et le guide sur le traitement pharmacologique sera présenté au comité de pertinence clinique. Document transmis pour suivi le 12 juin 2017. Suivi complété par la Direction de santé publique. |
| Utilisation de la thérapie à pression négative dans les plaies complexes: état de la question (Note de synthèse) | 2017-2018 | UETMIS CHUM | 2017-05-11 | NA | Pertinent | NA | DSI | Élise Provencher | G | NA | | Le document a été transmis à Élise Provencher, conseillère cadre en soins infirmiers - continuum soins ambulatoires et stomathérapie rive-sud. Les recommandations émises par l'INESSS sont appliquées. Il n'y a cependant pas de document formel sur l'utilisation et la gestion des appareils de TPN. Le document de l'INESSS alimentera la suite des travaux. |
| Immunoglobulines intraveineuses (IgIV) : <ul style="list-style-type: none"> • Guide d'usage en neurologie • Avis sur l'usage optimal des immunoglobulines intraveineuses en neurologie • État des connaissances - Efficacité, innocuité et modalités d'usage des immunoglobulines en neurologie | 2017-2018 | INESSS | 2017-05-23 | NA | À diffuser pour information | NA | DSI | Marie-Josée Tremblay | G | NA | | Documents transmis à Marie-Josée Tremblay pour information et diffusion aux personnes et médecins concernés dans les services de neurologie (courriel le 5 juillet 2017); L'INESSS recommande que le MSSS et HÉMA-Québec, entre autres, coordonnent une stratégie d'implantation et développent des outils administratifs pour en soutenir l'implantation. |

Tableau intégré - Implantation des meilleures pratiques

Mise à jour : 2019-08-01

BILAN de l'implantation

État d'avancement présenté au CIC 2X par an

Légende : Gris : Terminé ou non suivi par le comité | Orange : Nouveau | Vert : Évolution normale | Jaune : Évolution modérée (aucun suivi requis) | Rouge : Dossier critique à discuter au prochain comité | Bleu: Suivi reporté.

| Meilleures pratiques | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|------------|-----------------------|------------|-------------------------|-----------|------------------|-----------|------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom du Guide ou du plan d'action | Année | Provenance | Réception | Analyse de pertinence | Colonne1 | Appr. autre inst. | Direction | Responsable | Évolution | Colonne2 | Échéancier | Commentaire |
| | | | | Date CIC | conclusion | | | | | État d'avancement estimé (%) | | |
| Fibrinolyse coronarienne -- Ordonnance et outil complémentaire à l'intention des établissements et des cliniciens documents complémentaires: ●Rapport en appui à l'ordonnance et à l'outil complémentaire ●Annexes complémentaires du rapport en appui à l'ordonnance et à l'outil complémentaire | 2017-2018 | INESSS | 2017-05-26 | NA | Pertinent | Comité pertinence DSPPC | DSI | Josée Simoneau | G | 100% | | Ces lignes directrices de l'INESSS ont été présentées au comité régional de cardiologie en 2017-2018 et ont fait l'objet d'une résolution le 15 février 2017 et du 19 septembre 2017. Par la suite, cette dernière a été déposée au CE CMDP qui a entériné celle-ci le 10 avril 2018. De nouveaux contournements et IPIM ont été mis en place avec les acteurs concernés le 4 juin 2018 inspirées des meilleures pratiques. La stratégie de fibrinolyse a été privilégiée pour le CSHSM et HDA. Pour l'HSC, un report a été demandé et entériné par CE CMDP. Reste l'évaluation à faire en 2018-2019 (suivi périodique). ⚡Progression de 75% à 100% |
| Trousse d'outils pour soutenir l'implantation des normes de qualité relatives aux traitements de reperfusion de l'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST) | 2017-2018 | INESSS | 2017-06-20 | NA | Pertinent | Comité pertinence DSPPC | DSPPC | Marie-Josée Hupé | V | 75% | | Suivi du CIC: suivi par DSPPC et transmission au comité de pharmacologie. Dernière mise à jour de l'état d'avancement en janvier 2018. |

Tableau intégré - Implantation des meilleures pratiques

Mise à jour : 2019-08-01

BILAN de l'implantation

État d'avancement présenté au CIC 2X par an

Légende : Gris : Terminé ou non suivi par le comité | Orange : Nouveau | Vert : Évolution normale | Jaune : Évolution modérée (aucun suivi requis) | Rouge : Dossier critique à discuter au prochain comité | Bleu: Suivi reporté.

| Meilleures pratiques | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|------------|--------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------|------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom du Guide ou du plan d'action | Année | Provenance | Réception | Analyse de pertinence | Colonne1 | Appro. autre inst. | Direction | Responsable | Évolution | Colonne2 | Échéancier | Commentaire |
| | | | | Date CIC | conclusion | | | | | État d'avancement estimé (%) | | |
| Guide d'usage - Traitement de la diarrhée ou de la colite associé à Clostridium difficile Avis- Usage des probiotiques en prévention des diarrhées associées à Clostridium difficile chez les patients hospitalisés et sous antibiothérapie, au Québec État des connaissances - Efficacité et innocuité des probiotiques en prévention des diarrhées associées à Clostridium difficile | 2017-2018 | INESSS | 2017-06-20 | 2017-08-14 | À diffuser pour information | Comité pertinence DSPPC | DSI DSPPC DSM | Élise Leclair Dr Christian Vinette Alain Bureau | G | NA | | Documents transmis le 20 juillet 2017 à : ●Annie Laberge ●Élise Leclair ●Dr Christian Vinette ●Alain Bureau ●Mathieu Lapointe Pour information et diffusion auprès des professionnels et médecins concernés si pertinent |
| Avis Statine / hypolipémiant et diminution du risque cardiovasculaire Portrait de l'usage des hypolipémiant de 2010 à 2015 | 2017-2018 | INESSS | 2017-06-29 | 2017-08-14 Reporté: 2017-11-06 | Pertinent | Comité pertinence clinique | DSPPC CPC | | G | 100% | | Fiche d'analyse déposée au CIC du 14-08-2017. Suivi du CIC : Demander analyse et suivi par le CPC. Information transmise au Dr Leblanc le 13 novembre 2017 |
| Addenda - Outil d'aide à la décision en cas d'allergie aux pénicillines | 2017-2018 | INESSS | 2017-06-30 | Addenda aux outils présentés le 2017-03-27 | Pertinent | Comité pertinence DSPPC | DSPPC | Dr Christian Vinette Comité pharmacologie et de l'antibiogouvernance | G | | 2017-07-05 | Déjà suivi par le biais de l'Avis sur la standardisation des pratiques relatives aux allergies au bêta-lactames, ci-haut. Il s'agit d'une mise à jour d'un document associé à cet avis. Document transmis le 5 juillet au Dr Vinette qui avait été mandaté par le CIC pour assurer le suivi. |
| Guide d'usage optimal - Exacerbation aiguë de la MPOC (EAMPOC) Rapport en appui au guide Exacerbation aiguë de la maladie pulmonaire obstructive chronique | 2017-2018 | INESSS | 2017-07-06 | NA | À diffuser pour information | Comité pertinence DSPPC | DSASC DSI DSPPC DSM | Karine Lampron Élise Leclair Dr Christian Vinette Alain Bureau | G | NA | 2017-07-20 | Documents transmis le 20 juillet 2017 à : ●Karine Lampron ●Élise Leclair ●Dr Christian Vinette ●Alain Bureau ●Mathieu Lapointe Mise à jour du guide datant de 2009. Transmis pour information et diffusion auprès des professionnels et médecins concernés |

Tableau intégré - Implantation des meilleures pratiques

Mise à jour : 2019-08-01

BILAN de l'implantation

État d'avancement présenté au CIC 2X par an

Légende : Gris : Terminé ou non suivi par le comité | Orange : Nouveau | Vert : Évolution normale | Jaune : Évolution modérée (aucun suivi requis) | Rouge : Dossier critique à discuter au prochain comité | Bleu: Suivi reporté.

| Meilleures pratiques | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|------------|-----------------------|-----------------------------|-------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------|------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom du Guide ou du plan d'action | Année | Provenance | Réception | Analyse de pertinence | Colonne1 | Appro. autre inst. | Direction | Responsable | Évolution | Colonne2 | Échéancier | Commentaire |
| | | | | Date CIC | conclusion | | | | | État d'avancement estimé (%) | | |
| Indications de la tomographie par émission de positrons en oncologie et pour des maladies cardiovasculaires, infectieuses, inflammatoires et neurocérébrales (12 rapports distincts) | 2017-2018 | INESSS | 2017-08-16 | NA | À diffuser pour information | Comité pertinence DSPPC | DSPPC DSI (cardio) DSSCO (cancer) | Marie-Josée Hupé M-J Trembaly S. Limoges | G | NA | 2017-10-13 | Cet Avis de l'INESSS est composé de 12 rapports distincts abordant un thème spécifique. Ces rapports présentent des indications reconnues, non reconnues et en émergence de la TEP-TDM en oncologie, en cardiologie et pour les maladies infectieuses, inflammatoires et neurocérébrales. Transmis pour information et diffusion auprès des professionnels et médecins concernés |
| <ul style="list-style-type: none"> ●Guide d'usage optimal - Bronchite aiguë ●Guide d'usage optimal - Pneumonie acquise en communauté chez l'adulte ● Rapport en appui - Bronchite ● Annexes complémentaires du rapport en appui Bronchite ●Rapport en appui - Pneumonie ●Annexes complémentaires Pneumoie | 2017-2018 | INESSS | 2017-09-28 | NA | À diffuser pour information | Comité pertinence DSPPC | DSPPC DSI DSM | M-J Hupé É Leclair A Lagerge Alain Bureau M Lapointe | G | NA | 2017-10-13 | Guide d'usage optimal -mise à jour. Transmis pour information et diffusion auprès des professionnels et médecins concernés ainsi qu'auprès du PrAG. <ul style="list-style-type: none"> ●DSPPC - M-J Hupé ●DSI - Élise Leclair et Annie Laberge ●DSM - Alain Bureau ●PrAG - Mathieu Lapointe |
| Portrait des fugueurs et des pratiques actuelles en matière de fugues auprès des jeunes hébergés en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation au Québec. | 2017-2018 | INESSS | 2017-09-05 | NA | À diffuser pour information | NA | DPJF DPJ-DP DQEPE | N Garon R Levasseur G Landry C McMahan | G | NA | 2017-10-13 | Ce portrait est une première étape d'un Avis réalisé à la demande du MSSS. Cet avis devrait être publié en janvier 2018. Pour le moment, le portrait est diffusé pour information au Programme jeunesse-famille, à la DPJ, au DA Réadaptation et hébergement, ainsi qu'à la gestion des risques (NathalieGaron, Gina Landry, Robert Levasseur, Claudia McMahan) |

Tableau intégré - Implantation des meilleures pratiques

Mise à jour : 2019-08-01

BILAN de l'implantation

État d'avancement présenté au CIC 2X par an

Légende : Gris : Terminé ou non suivi par le comité | Orange : Nouveau | Vert : Évolution normale | Jaune : Évolution modérée (aucun suivi requis) | Rouge : Dossier critique à discuter au prochain comité | Bleu: Suivi reporté.

| Meilleures pratiques | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|------------|-----------------------|-----------------------------|-------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom du Guide ou du plan d'action | Année | Provenance | Réception | Analyse de pertinence | Colonne1 | Appro. autre inst. | Direction | Responsable | Évolution | Colonne2 | Échéancier | Commentaire |
| | | | | Date CIC | conclusion | | | | | État d'avancement estimé (%) | | |
| Trois portraits touchant le TDAH: ●Portrait de l'usage des médicaments spécifiques au TDAH chez les Québécois de 25 ans et moins; ●Prévalence de l'usage des médicaments spécifiques au TDAH chez les Canadiens de 25 ans et moins; ●Portrait des services psychosociaux utilisés dans le traitement du TDAH chez les Québécois de 25 ans et moins. | 2017-2018 | INESSS | 2017-09-26 | NA | À diffuser pour information | Comité pertinence DSPPC | DPJF DSM DSPPC | J-F Bussière A Bureau M-J Hupé | G | NA | 2017-10-13 | Ce sont des publications préliminaires à l'élaboration d'un Avis de l'INESSS dans lequel seront formulées des recommandations pour une trajectoire optimale de services pour les enfants, les adolescents et les jeunes adultes ayant un TDAH, incluant le médicament. Les publications ont donc été diffusées pour information au DA continuum jeunes en difficulté et santé mentale; au Chef département de pharmacie et à la DSPPC. |
| Guide : Élaboration et adaptation des guides de pratique | 2017-2018 | INESSS | 2017-10-05 | NA | À diffuser pour information | NA | DEURI DSI DSM DQEPE | NA | G | NA | ND | Guide qui présente la méthodologie utilisée par l'INESSS dans sa production de guides de pratiques. Comme le guide peut être utile à titre de référence pour les directions qui élaborent ou adaptent des guides de pratiques, il a été diffusé à la DSM, DSI, DEURI et la DQEPE. |
| Protocole médical: Ajustement d'un antidépresseur de première intention pour le suivi d'un trouble dépressif caractérisé (majeur) ●Protocole médical ●Ordonnance collective individuelle | 2017-2018 | INESSS | 2017-10-13 | 2017-11-06 | Pertinent | Comité pertinence DSPPC | DSPPC CPC | | G | 100% | | Fiche d'analyse déposée au CIC du 06-11-2017. Suivi du CIC : Demander analyse et suivi par le CPC. Information transmise au Dr Leblanc le 13 novembre 2017 Le Protocole médical: apporte des précisions sur l'application de l'ordonnance individuelle d'ajustement et des indications cliniques sur la pratique. |
| Guide d'usage optimal- Cellulite infectieuse chez l'adulte et chez l'enfant; Guide d'usage chez l'adulte; Guide d'usage chez l'enfant; Rapport en soutien aux guides Annexes complémentaires au rapport. | 2017-2018 | INESSS | 2017-10-23 | NA | À diffuser pour information | Comité pertinence DSPPC | DSASC DSI DSPPC DSM | Dr Michel Leblanc Élise Leclair Annie Laberge Alain Bureau Mathieu Lapointe | G | NA | 2017-10-26 | Documents transmis le 26 octobre 2017 à : ●Dr Michel Leblanc, comité pertinence clinique ●Élise Leclair et Annie Laberge, DSI ●Alain Bureau et Mathieu Lapointe, DSM ●Mathieu Lapointe Transmis pour information et diffusion si pertinent auprès des professionnels et médecins concernés |

Tableau intégré - Implantation des meilleures pratiques

Mise à jour : 2019-08-01

BILAN de l'implantation

État d'avancement présenté au CIC 2X par an

Légende : Gris : Terminé ou non suivi par le comité | Orange : Nouveau | Vert : Évolution normale | Jaune : Évolution modérée (aucun suivi requis) | Rouge : Dossier critique à discuter au prochain comité | Bleu: Suivi reporté.

| Meilleures pratiques | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|------------|-----------------------|-----------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------|-------------|-----------|------------------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom du Guide ou du plan d'action | Année | Provenance | Réception | Analyse de pertinence | Colonne1 | Appro. autre inst. | Direction | Responsable | Évolution | Colonne2 | Échéancier | Commentaire |
| | | | | Date CIC | conclusion | | | | | État d'avancement estimé (%) | | |
| Avis - Organisation du continuum et de la dispensation des services aux enfants âgés de 2 à 9 ans présentant un trouble développemental du langage (trouble primaire du langage) | 2017-2018 | INESSS | 2017-10-31 | 2018-01-15 | Pertinent | NA | DPDITSADP | Lyne Girard | V | 30% | | <ul style="list-style-type: none"> Suivi de l'analyse: Des travaux sont déjà en cours afin de revoir le continuum langagier chez les enfants en regard de l'avis de l'INESSS et des 13 recommandations portant sur l'amélioration de l'organisation des services, la révision des pratiques d'intervention et les délais d'attente. ÉTAPE 1: Appropriation des recommandations par les chefs de services (FAIT:décembre 2017) ÉTAPE 2: - Établir le cadre conceptuelle de la clientèle 0-7 ans présentant des besoins au niveau de la parole, du langage et de la communication (Fait: mai 2018) . -Établir la clientèle et les objectifs opérationnels selon chacun des niveaux (Fait: mai 2018) ÉTAPE 3: Révision du continuum langagier (cartographier et opérationnaliser) en regard de l'avis de l'INESSS afin d'améliorer l'accès aux services. (En cours: 30%) <p>➤Progression de 10% à 30%</p> |
| Publication de l'outil de transfert de connaissances : Outil de soutien à l'implantation des meilleures pratiques issues du Plan d'action en transfert des connaissances en traumatologie | 2017-2018 | INESSS | 2017-11-06 | NA | À diffuser pour information | NA | DPSASC DPDITSADP DSM DSI DSPPC DEURI DQEPE | NA | G | | Terminé | <p>Le document concerne la traumatologie mais les outils de transfert des connaissances sont applicables à d'autres thèmes.</p> <p>Document transmis aux directions concernées par la traumatologie (DPSASC et DPDITSADP) et à celles qui soutiennent les activités de transfert de connaissances: DSM, DSI, DSPPC, DEURI et la DQEPE.</p> |

Tableau intégré - Implantation des meilleures pratiques

Mise à jour : 2019-08-01

BILAN de l'implantation

État d'avancement présenté au CIC 2X par an

Légende : Gris : Terminé ou non suivi par le comité | Orange : Nouveau | Vert : Évolution normale | Jaune : Évolution modérée (aucun suivi requis) | Rouge : Dossier critique à discuter au prochain comité | Bleu: Suivi reporté.

| Meilleures pratiques | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------------------|------------|-----------------------|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|-----------|------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom du Guide ou du plan d'action | Année | Provenance | Réception | Analyse de pertinence | Colonne1 | Appro. autre inst. | Direction | Responsable | Évolution | Colonne2 | Échéancier | Commentaire |
| | | | | Date CIC | conclusion | | | | | État d'avancement estimé (%) | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ●Guide d'usage optimal Infection urinaire chez l'adulte et Rapport en soutien au guide d'usager optimal ●Guide posologique des antibiotiques utilisés en première ligne chez l'adulte ●Guide posologique des antibiotiques utilisés en première ligne chez l'enfant | 2017-2018 | INESSS | 2017-11-16 | NA | À diffuser pour information | NA | CPC DSPPC DSI DSM | NA | G | 100% | Terminé | <p>Documents transmis le 17 novembre 2017 à :</p> <ul style="list-style-type: none"> ●Dr Michel Leblanc, comité pertinence clinique ●Élise Leclair et Annie Laberge, DSI ●Alain Bureau et Mathieu Lapointe, DSM <p>Transmis pour information et diffusion si pertinent auprès des professionnels et médecins concernés</p> |
| Maintien d'une réserve d'antiviraux contre l'influenza en prévision d'une pandémie de grippe | 2017-2018 | INESSS | 2017-11-21 | NA | À diffuser pour information | Comité de pertinence clinique | DSM (pharmacie) CPC | NA | G | 100% | Terminé | À diffuser pour information si intérêt. Cette publication s'adresse au MSSS et vise à le guider dans son processus décisionnel concernant le maintien d'une réserve d'antiviraux. Transmis par courriel pour information à Alain Bureau et Marie-Josée Hupé (DSPPC) |
| Pertinence de l'introduction d'un procédé d'inactivation des pathogènes pour les produits sanguins labiles au Québec | 2017-2018 | INESSS | 2017-11-28 | NA | À diffuser pour information | NA | DSM | Nancy Demers | G | 100% | Terminé | Avis de l'INESSS qui s'adresse au MSSS, concernant la pertinence de recourir à un procédé d'inactivation des pathogènes pour les produits sanguins labiles au Québec. Au terme de son analyse, l'INESSS ne le recommande pas à ce moment-ci. Avis diffusé pour information à Nancy Demers, des services transfusionnels. |
| Évaluation des modèles de soins ambulatoires de greffe de cellules souches hématopoïétiques | 2017-2018 | UETMIS du CHU de Québec | 15-12-2017 | NA | À diffuser pour information | | DSSCO | Sylvie Limoges Anne-Marie Grenier | G | 100% | Terminé | Publication concernant l'organisation des services en oncologie et qui adresse des recommandations au CHU de Québec. Diffusée pour information le 28-12-2017 à Sylvie Limoges, Dre Anne-Marie Grenier. |

Tableau intégré - Implantation des meilleures pratiques

Mise à jour : 2019-08-01

BILAN de l'implantation

État d'avancement présenté au CIC 2X par an

Légende : Gris : Terminé ou non suivi par le comité | Orange : Nouveau | Vert : Évolution normale | Jaune : Évolution modérée (aucun suivi requis) | Rouge : Dossier critique à discuter au prochain comité | Bleu: Suivi reporté.

| Meilleures pratiques | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|------------|-----------------------|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------|-----------|------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom du Guide ou du plan d'action | Année | Provenance | Réception | Analyse de pertinence | Colonne1 | Appr. autre inst. | Direction | Responsable | Évolution | Colonne2 | Échéancier | Commentaire |
| | | | | Date CIC | conclusion | | | | | État d'avancement estimé (%) | | |
| État des connaissances Stratégies d'optimisation de la pertinence des requêtes concernant l'IRM et la TDM | 2017-2018 | INESSS | 2018-01-03 | NA | À diffuser pour information | Comité de pertinence clinique | DSM DSPPC | | G | 100% | Terminé | Publication qui dresse un état des connaissances sur les enjeux liés à l'utilisation des appareils d'imagerie au Canada et à l'étranger. Malheureusement, la littérature scientifique apporte peu d'éléments de preuve soutenant des initiatives d'amélioration. Par contre, des actions potentielles sont suggérées à partir de l'état des connaissances réalisé. Cette publication est donc transmise pour information aux directions concernées, soit la DSM et la DSPPC. Transmis à M. Gilles Hudon et Marie-Josée Hupé le 8 janvier 2018, ainsi qu'au Dr Leblanc pour info au comité de pertinence clinique. |
| Utilisation des données cliniques issues des dossiers médicaux électroniques à des fins de recherche et d'amélioration continue de la qualité des soins et services de première ligne - AVIS INESSS 2018-01-08 | 2017-2018 | INESSS | 2018-01-08 | NA | À diffuser pour information | NA | DRI DSM DSPPC DEURI DQEPE | | G | 100% | Terminé | Recommandations adressées au MSSS pour optimiser les retombées de l'implantation des DME en première ligne au Québec, notamment en favorisant l'utilisation des données pour fins de recherche et d'amélioration des services et des pratiques. Diffusion pour information à DRI, DSM (archives), DSPPC, DEURI, DQEPE le 15-02-2018 |
| Rapport final d'activités - Plan d'action en transfert des connaissances en traumatologie | 2017-2018 | INESSS | 2018-01-30 | NA | À diffuser pour information | NA | DPSASC DPDITSADP DSM DSI DSPPC DEURI DQEPE | | G | 100% | Terminé | Publication transmise pour information aux directions du continuum en traumatologie et les directions pouvant être intéressées par les stratégies de transfert des connaissances. Diffusé pour info le 2018-02-15 à Gilles Hudon, Élise Leclair, Lyne Roberge, Nathalie Boisvert, Guylaine De Montigny, Chantal Carignan. |

Tableau intégré - Implantation des meilleures pratiques

Mise à jour : 2019-08-01

BILAN de l'implantation

État d'avancement présenté au CIC 2X par an

Légende : Gris : Terminé ou non suivi par le comité | Orange : Nouveau | Vert : Évolution normale | Jaune : Évolution modérée (aucun suivi requis) | Rouge : Dossier critique à discuter au prochain comité | Bleu: Suivi reporté.

| Meilleures pratiques | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|------------|-----------------------|-----------------------------|-------------------|-----------|--------------------------------------|-----------|------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom du Guide ou du plan d'action | Année | Provenance | Réception | Analyse de pertinence | Colonne1 | Appr. autre inst. | Direction | Responsable | Évolution | Colonne2 | Échéancier | Commentaire |
| | | | | Date CIC | conclusion | | | | | État d'avancement estimé (%) | | |
| Traitement chirurgical du cancer de l'œsophage: Qualité et accessibilité au Québec | 2017-2018 | INESSS | 2018-01-22 | NA | Non pertinent | NA | DSSCO | Sylvie Limoges Anne-Marie Grenier | G | 100% | Terminé | Le MSSS a demandé à l'INESSS de se prononcer sur les normes de qualité auxquelles doivent se conformer les centres désignés et plus précisément, sur le volume minimal d'activités et la composition de l'équipe interdisciplinaire. Au terme de son analyse, l'INESSS émet huit recommandations dont le déploiement de centres d'excellence en oesophagectomie concentrés dans un minimum de centres au Québec. Avis transmis à Sylvie Limoges et Dre Anne-Marie Grenier pour analyse (sommes-nous un centre désigné?) et suivi s'il y a lieu, le 14-02-2018. Conclusion: pas de chirurgie de l'oesophage au CIUSSS MCO. |
| État des connaissances - Accès équitable aux services de psychothérapie | 2017-2018 | INESSS | 2018-01-25 | NA | À diffuser pour information | NA | DPSMD | Christine Laliberté | G | 100% | Terminé | Le MSSS a mandaté l'INESSS afin d'être éclairé sur les enjeux organisationnels et économiques qui permettraient d'améliorer l'accès aux services de psychothérapie pour la population québécoise. |

Tableau intégré - Implantation des meilleures pratiques

Mise à jour : 2019-08-01

BILAN de l'implantation

État d'avancement présenté au CIC 2X par an

Légende : Gris : Terminé ou non suivi par le comité | Orange : Nouveau | Vert : Évolution normale | Jaune : Évolution modérée (aucun suivi requis) | Rouge : Dossier critique à discuter au prochain comité | Bleu: Suivi reporté.

| Meilleures pratiques | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|------------|-----------------------|------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------|------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom du Guide ou du plan d'action | Année | Provenance | Réception | Analyse de pertinence | Colonne1 | Appr. autre inst. | Direction | Responsable | Évolution | Colonne2 | Échéancier | Commentaire |
| | | | | Date CIC | conclusion | | | | | État d'avancement estimé (%) | | |
| <p>Avis - Usage optimal des antipsychotiques et la prise en charge non pharmacologique des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs qui résident en centre d'hébergement et des soins de longue durée</p> <p>État des connaissances - Usage optimal des antipsychotiques et prise en charge non pharmacologique des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs qui résident en centre d'hébergement et de soins de longue durée</p> <p>-Déprescription des antipsychotiques chez les personnes qui ont des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) et qui résident en CHSLD</p> <p>-Usage approprié des antipsychotiques chez les personnes qui ont des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) et qui résident en CHSLD</p> <p>-Fiche d'accompagnement (En soutien aux outils de déprescription et d'usage approprié des antipsychotiques chez les personnes qui ont des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) et qui résident en CHSLD</p> | 2017-2018 | INESSS | 2018-01-20 | 2018-04-09 | à venir | NA | Direction adjointe SAPA – Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien. | Chantal Bournival | V | 55% | 2021 | <p>Une fiche sera déposée au prochain CIC pour orientation. De fait, bien que la publication et les outils élaborés concernent l'usage d'antipsychotiques en CHSLD, d'autres directions que la DPSAPA sont tout de même concernées, soit la DSM, la DSI et la DSPPC.</p> <p>SUIVI du CIC:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Direction mandatée DA-Ass. Qualité, gestion mécanisme d'accès et soutien. ○ Un chargé de projet devra être nommé pour la phase 2, puisque 13 CHSLD démarreront le projet. ○ La fondation associée au projet donnera un montant de 10 000\$ par unité CHSLD en soutien au déploiement du projet. <p>2018-10-01: Phase 1 réalisée à 80% Phase 2: planification terminée, 10 CHSLD seront partie prenante de la phase 2. Formation des ASI et gestionnaires en cours.</p> <p>➤Progression de 0% à 50%</p> <p>2019-04-01: Phase 1 réalisée à 100% - 75% des résidents admissibles à la déprescription s'est vu cesser son AP, 25% s'est vu le réduire. Phase 2: 11 CHSLD en déploiement. Formation en cours. Début 1 avril de la cohorte le 1er avril. Chargée de projet = Michèle Lemay. Collaborateurs importants= Michael Arquin</p> |

Tableau intégré - Implantation des meilleures pratiques

Mise à jour : 2019-08-01

BILAN de l'implantation

État d'avancement présenté au CIC 2X par an

Légende : Gris : Terminé ou non suivi par le comité | Orange : Nouveau | Vert : Évolution normale | Jaune : Évolution modérée (aucun suivi requis) | Rouge : Dossier critique à discuter au prochain comité | Bleu: Suivi reporté.

| Meilleures pratiques | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|------------|-----------------------|-----------------------------|-------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------|-----------|------------------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom du Guide ou du plan d'action | Année | Provenance | Réception | Analyse de pertinence | Colonne1 | Appr. autre inst. | Direction | Responsable | Évolution | Colonne2 | Échéancier | Commentaire |
| | | | | Date CIC | conclusion | | | | | État d'avancement estimé (%) | | |
| Deux documents sur l'Utilisation du dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS) pour le dépistage du cancer de la prostate au Québec : •Avis (2 recommandations) •Portrait de l'usage au Québec | 2017-2018 | INESSS | 2018-01-09 | NA | À diffuser pour information | NA | DSPPC | Marie-Josée Hupé | G | 100% | Terminé | Avis de l'INESSS qui comprends 2 recommandations: 1) que le dépistage par l'APS ne soit pas offert aux hommes de façon systématique. 2) que le test soit disponible dans un contexte de dépistage pour les hommes asymptomatiques, âgés de 55 à 69 ans, ayant une espérance de vie de plus de 10 ans et qui désirent se prévaloir de ce test après avoir reçu toute l'information nécessaire à une prise de décision éclairée. Diffusé pour évaluer la pertinence et pour suivi à Sylvie Limoges et Dre Anne-Marie Grenier le 14-02-2018. Conclusion: utilisé davantage en 1ere ligne. Info transmise à M J Hupé pour diffusion aux médecins concernés le 2018-03-08. |
| Avis - Principales indications de l'IRM mammaire dans le contexte de l'investigation et de la planification du traitement du cancer du sein. | 2017-2018 | INESSS | 2018-02-16 | NA | À diffuser pour information | NA | DSSCO DSM DSPPC | Sylvie Limoges Anne-Marie Grenier Gilles Hudon M-J Hupé | G | 100% | 2018-03-26 | Publication transmise pour information aux directions concernées et pour diffusion aux professionnels et médecins concernés. Transmis le 26-03-2018 à G. Hudon; M-J Hupé; S.Limoges et Dre A-M Grenier |
| État des pratiques - Traumatologie pédiatrique: clientèle admise dans les installations désignées du réseau de traumatologie entre 2010 et 2015. | 2017-2018 | INESSS | 2018-02-19 | NA | À diffuser pour information | NA | DPDITSADP DSASC | Lyne Girard Nathalie Boisvert | G | 100% | 2018-03-26 | Publication transmise pour information aux directions concernées et pour diffusion aux professionnels et médecins concernés si pertinent. Transmis le 26-03-2018 à Lyne Girard et Nathalie Boisvert. |
| Portrait des pratiques au Québec visant la transition à la vie adulte des jeunes vivant en milieu de vie substitué au Québec | 2017-2018 | INESSS | 2018-02-19 | NA | À diffuser pour information | NA | DPJF | Nathalie Garon | G | 100% | 2018-03-26 | Publication transmise pour information à la direction concernée, le 26-03-2018. Cette publication présente un portrait des pratiques qui servira à l'élaboration d'un guide de pratiques par le MSSS et l'INESSS. |
| Traumatisme craniocérébral léger: Mise à jour des connaissances en préparation à la révision des orientations ministérielles pour le traumatisme craniocérébral léger. | 2017-2018 | INESSS | 2018-03-19 | NA | À diffuser pour information | NA | DPDITSADP DSASC | Lyne Girard Nathalie Boisvert | G | 100% | 2018-03-26 | Publication transmise pour information aux directions concernées, le 26-03-2018. Cette publication servira à la révision des orientations du MSSS.. |

Tableau intégré - Implantation des meilleures pratiques

Mise à jour : 2019-08-01

BILAN de l'implantation

État d'avancement présenté au CIC 2X par an

Légende : Gris : Terminé ou non suivi par le comité | Orange : Nouveau | Vert : Évolution normale | Jaune : Évolution modérée (aucun suivi requis) | Rouge : Dossier critique à discuter au prochain comité | Bleu: Suivi reporté.

| Meilleures pratiques | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|------------|-----------------------|-----------------------------|-------------------|-----------|--------------------------|-----------|------------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom du Guide ou du plan d'action | Année | Provenance | Réception | Analyse de pertinence | Colonne1 | Appr. autre inst. | Direction | Responsable | Évolution | Colonne2 | Échéancier | Commentaire |
| | | | | Date CIC | conclusion | | | | | État d'avancement estimé (%) | | |
| Avis concernant l'évaluation de 10 analyses pour la mise à jour du Répertoire québécois et système de mesure des procédures de biologie médicale | 2017-2018 | INESSS | 2018-03-12 | NA | À diffuser pour information | NA | DSM DSPPC | Gilles Hudon M-J Hupé | G | 100% | 2018-03-26 | Avis qui s'adresse au MSSS. Transmis pour information seulement. |
| Guide pratique en soutien à la prise en charge et à l'intervention de santé publique lors de signalements et d'épisodes de surdoses de drogues | 2017-2018 | INSPQ | 2018-03-30 | 2017-12-04 | Pertinent | NA | DSPPR | Dre Linda Milette | G | 80% | | Statu quo. Un guide du MSSS avec des actions à implanter dans plusieurs domaines est en implantation (Stratégie nationale 2018-2020 pour prévenir les surdoses d'opioïdes et y répondre) |
| 3 publications sur le TDAH: ●Avis: Trajectoire optimale de services pour les enfants, adolescents et jeunes adultes ayant un trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ou des difficultés apparentées ●État des connaissances: Évaluation de l'efficacité des interventions psychosociales pour les enfants, adolescents et jeunes adultes ayant un TDAH ou des difficultés apparentées; ●État des pratiques: Pharmacocinétiques, efficacité, innocuité et persistance au traitement avec les versions génériques de Concerta comparativement à Concerta | 2017-2018 | INESSS | 2018-03-19 | 2018-04-09 | Pertinent | NA | DPJF | Éric Tremblay | V | NA | | En analyse et suivi L'avis sur la trajectoire optimale de services comprend 4 principes directeurs et 18 recommandations. Une trajectoire optimale est proposée, les acteurs clés à impliquer sont identifiés et des interventions psychosociales et pharmacologiques sont recommandées. Transmis à Nathalie Garon de la Direction programme jeunesse famille pour analyse et suivi le 2018-04-23. Déjà en appui avec les trois publications proposées sur le TDAH |
| Avis La réanimation cardiorespiratoire (RCR) dans le contexte de l'administration de naloxone pour surdosage aux opioïdes dans la communauté | 2017-2018 | INESSS | 2018-03-19 | NA | Pertinent | NA | DSPPR | Dre Linda Milette | G | 100% | | <ul style="list-style-type: none"> ● Ce document est associé au Guide pratique en soutien à la prise en charge et à l'intervention de santé publique lors de signalements et d'épisodes de surdoses de drogues, qui est en implantation. ● Information sur le RCR traitée lors de formations offertes aux principaux acteurs concernés les 15 et 19 mars dernier. ● Aucun autre suivi nécessaire pour le moment. Le document est conservé en référence. |

Tableau intégré - Implantation des meilleures pratiques

Mise à jour : 2019-08-01

BILAN de l'implantation

État d'avancement présenté au CIC 2X par an

Légende : Gris : Terminé ou non suivi par le comité | Orange : Nouveau | Vert : Évolution normale | Jaune : Évolution modérée (aucun suivi requis) | Rouge : Dossier critique à discuter au prochain comité | Bleu: Suivi reporté.

| Meilleures pratiques | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|------------|-----------------------|-----------------------------|--------------------|-------------------------------|--------------------------------|-----------|------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom du Guide ou du plan d'action | Année | Provenance | Réception | Analyse de pertinence | Colonne1 | Appro. autre inst. | Direction | Responsable | Évolution | Colonne2 | Échéancier | Commentaire |
| | | | | Date CIC | conclusion | | | | | État d'avancement estimé (%) | | |
| Guide d'usage optimal - Infection non compliquée à Chlamydia trachomatis ou à Neisseria gonorrhoeae | 2018-2019 | INESSS | 2018-04-10 | NA | À diffuser pour information | NA | DSI DSM DSPPC DSPRP | | G | 100% | | Transmis pour information et diffusion aux professionnelles, pharmaciens et médecins concernés à Élise Leclair (DSI), Mathieu Lapointe (DSM-pharmacie), Marie-Josée Hupé (DSPPC) et Chantal Raymond (DSPRP), le 23-04-2018. |
| État des pratiques - Usage des opioïdes chez les personnes couvertes par le régime public d'assurances-médicaments du Québec. | 2018-2019 | INESSS | 2018-04-03 | NA | À diffuser pour information | NA | DSPRP DSM DSPPC | | G | 100% | | Document d'information. Transmis pour information et diffusion si pertinent à Mathieu Lapointe (DSM-pharmacie), Chantal Raymond et Dre Linda Milette (DSPRP) et Marie-Josée Hupé, le 23-04-2018. |
| Protocole médical et ordonnance collective pour les infirmières cliniciennes - initier des mesures diagnostiques et un traitement pharmacologique chez une femme présentant des pertes vaginales inhabituelles. | 2018-2019 | INESSS | 2018-04-03 | NA | Pertinent | NA | DSI (DSPRP DPJF DPJ) | Élise Leclair | V | 0% | | Analyse réalisée par DSI (Véronique Larouche) 2018-05-31. SUIVI: Pertinent. DSI en soutien aux différents secteurs concernés. Travaux en cours avec DSPPC (C. Raymond). À venir pour DPJF et CJ lorsqu'ils seront prêts. Travaux toujours en cours en santé préventive (DSPRP). Liaison entre ASI GMF et ASI santé préventive zone nord pour travailler l'OC en commun. Avril 2019: Pas de développement pour le moment. |
| Outil pour faciliter la discussion sur les recommandations de l'INESSS sur le dépistage du cancer de la prostate par dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS) | 2018-2019 | INESSS | 2018-04-30 | NA | À diffuser pour information | NA | DSPPC | Marie-Josée Hupé S. Limoges | G | NA | | Transmis pour information et diffusion aux médecins concernés à Marie-Josée Hupé (DSPPC). Transmis aussi pour information à Sylvie Limoges et Anne-Marie Grenier de la DSSCO. |

Tableau intégré - Implantation des meilleures pratiques

Mise à jour : 2019-08-01

BILAN de l'implantation

État d'avancement présenté au CIC 2X par an

Légende : Gris : Terminé ou non suivi par le comité | Orange : Nouveau | Vert : Évolution normale | Jaune : Évolution modérée (aucun suivi requis) | Rouge : Dossier critique à discuter au prochain comité | Bleu: Suivi reporté.

| Meilleures pratiques | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|------------|-----------------------|-----------------------------|-------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------|------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom du Guide ou du plan d'action | Année | Provenance | Réception | Analyse de pertinence | Colonne1 | Appr. autre inst. | Direction | Responsable | Évolution | Colonne2 | Échéancier | Commentaire |
| | | | | Date CIC | conclusion | | | | | État d'avancement estimé (%) | | |
| Avis sur les éléments facilitant la prise de décision dans le contexte du remplacement du générateur d'un défibrillateur cardiaque implantable. | 2018-2019 | INESSS | 2018-05-07 | NA | Pertinent | NA | DA-PSMCC DPSAPA DSPPC | Josée Simoneau | G | 100% | | 11 recommandations émises. Transmis pour analyse des recommandations sur la trajectoire de cardiologie à Marie-Josée Tremblay; Transmis à Lucie Letendre pour analyse des 2 recommandations portant sur les CHSLD et soins de fin de vie (S. Rouleau; C.Rivard et C. Bournival). Transmis à la DSPPC pour diffusion aux médecins concernés. 2018-07-09 Cet avis a été présenté au comité régional de cardiologie le 2018-09-11 et une correspondance a été transmise aux DA et chefs médicaux et médecins concernés le 2018-09-14 afin que ces derniers voient au déploiement dans leurs secteurs respectifs. |
| Guides d'usage optimal en soins oculaires: ● Traitement de la blépharite ● Traitement du zona ophtalmique ● Traitement des atteintes oculaires à herpès simplex. | 2018-2019 | INESSS | 2018-06-14 | NA | À diffuser pour information | NA | DSPPC DSI DSM | Marie-Josée Hupé Élise Leclair Mathieu Lapointe | G | NA | | Guides qui présentent les bonnes pratiques afin de soutenir et harmoniser la pratique des professionnels concernés. S'adressent à la 1ere ligne dans le cadre du nouveau Règlement qui permet aux optométristes de prescrire des médicaments. Transmis pour diffusion et information à Élise Leclair, DSI; M-J Hupé de la DSPPC et à Mathieu Lapointe de la DSM, le 10 juillet 2018. |
| Guide d'usage optimal Antibio prophylaxie lors des chirurgies orthopédiques propres chez l'enfant et l'adulte (plus le rapport) | 2018-2019 | INESSS | 2018-06-22 | NA | À diffuser pour information | NA | DSSCO DSM | Philippe Lottin Mathieu Lapointe | G | NA | | |

Tableau intégré - Implantation des meilleures pratiques

Mise à jour : 2019-08-01

BILAN de l'implantation

État d'avancement présenté au CIC 2X par an

Légende : Gris : Terminé ou non suivi par le comité | Orange : Nouveau | Vert : Évolution normale | Jaune : Évolution modérée (aucun suivi requis) | Rouge : Dossier critique à discuter au prochain comité | Bleu: Suivi reporté.

| Meilleures pratiques | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|------------|-----------------------|-----------------------------|-------------------|-----------|--------------------------|-----------|------------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom du Guide ou du plan d'action | Année | Provenance | Réception | Analyse de pertinence | Colonne1 | Appr. autre inst. | Direction | Responsable | Évolution | Colonne2 | Échéancier | Commentaire |
| | | | | Date CIC | conclusion | | | | | État d'avancement estimé (%) | | |
| Ordonnance collective et protocole médical - Traitement EAMPOC présumée bactérienne | 2018-2019 | INESSS | 2018-06-28 | NA | Analyse en cours | NA | DSI | Élise Leclair | O | 0% | | Transmis pour analyse de la pertinence et suivi, s'il y a lieu, à Élise Leclair, puisque cela concerne la pratique des infirmières. Aucune demande d'élaboration reçue à ce jour. Début des travaux EAMPOC avec comité stratégique et Kaisen (ad janv 2019), documents présentés seront utilisés au terme du projet .C'est Annie Dubé qui assure le dossier. Avril 2019: Pas de développement pour le moment. |
| Avis concernant l'évaluation de 6 analyses pour la mise à jour du Répertoire québécois et système de mesure des procédures de biologie médicale | 2018-2019 | INESSS | 2018-06-19 | NA | À diffuser pour information | NA | DSM DSPPC | Gilles Hudon M-J Hupé | G | NA | | Transmis à Gilles Hudon, DSM et M-J-Hupé, DSPPC, pour information et diffusion aux professionnels et médecins concernés (2018-07-17) |
| État des pratiques - Standards ministériels d'accès, de qualité, de continuité, d'efficacité et d'efficience du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7. | 2018-2019 | INESSS | 2018-07-10 | NA | Pertinent | NA | DPSMD | Christine Laliberté | O | 70% | | Des leviers d'amélioration sont proposés. Transmis pour analyse de la pertinence et suivi, s'il y a lieu, à Christine Laliberté, 2018-07-17. Note: Normand Vachon était sur le comité de suivi et d'autres personnes du CIUSSS ont été impliquées sur le comité d'excellence clinique, telles que Jacinthe Cloutier et Myriam Rousseau L'offre de services actuelle est déjà proche des recommandations. Progression de 0 à 70% |
| Avis- Les meilleures pratiques de prévention et d'intervention en matière de fugues auprès des jeunes hébergés en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation et sa fiche synthèse | 2018-2019 | INESSS | 2018-07-10 | NA | Pertinent | NA | DPJF | Mathieu Bédard | O | 80% | | Cet avis comprend 14 recommandations pour prévenir et intervenir en matière de fugue dans les centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation. La grande majorité des recommandations étaient déjà en place, l'ajout des 2 psychoéducateurs (crédit de développement fugue) a permis de consolider les pratiques. LL 2018-10-12 |

Tableau intégré - Implantation des meilleures pratiques

Mise à jour : 2019-08-01

BILAN de l'implantation

État d'avancement présenté au CIC 2X par an

Légende : Gris : Terminé ou non suivi par le comité | Orange : Nouveau | Vert : Évolution normale | Jaune : Évolution modérée (aucun suivi requis) | Rouge : Dossier critique à discuter au prochain comité | Bleu: Suivi reporté.

| Meilleures pratiques | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|------------|-----------------------|-----------------------------|--------------------|-------------------------------|------------------------------------------|-----------|------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom du Guide ou du plan d'action | Année | Provenance | Réception | Analyse de pertinence | Colonne1 | Appro. autre inst. | Direction | Responsable | Évolution | Colonne2 | Échéancier | Commentaire |
| | | | | Date CIC | conclusion | | | | | État d'avancement estimé (%) | | |
| Avis - Évaluation de deux produits sanguins stables pour la mise à jour de la <i>Liste des produits du système du sang du Québec</i> | 2018-2019 | INESSS | 2018-07-30 | NA | À diffuser pour information | NA | DSPPC Resp. produits sanguins | Marie-Josée Hupé Marie-Claude Denommé | G | NA | | Transmis pour information et diffusion si pertinent à M-J Hupé et M-C Denommé le 28-09-2018 |
| État des pratiques - Régulation des lieux d'habitation collectifs privés pour aînés | 2018-2019 | INESSS | 2018-08-10 | NA | À diffuser pour information | NA | DPSAPA | Chantal Bournival | G | NA | | Transmis pour information et diffusion si pertinent à Chantal Bournival le 28-09-2018 |
| Dépliant d'information - Traumatisme craniocérébral léger: Conseil pour la reprise graduelle des activités intellectuelles, physiques et sportives | 2018-2019 | INESSS | 2018-08-22 | NA | à diffuser pour information | NA | DSRP | Serge Nadeau Dre Anne-Marie Grenier | G | NA | | Transmis pour information et diffusion si pertinent à Serge Nadeau et Dre Anne-Marie Grenier le 04-10-2018 |
| État des connaissances - État des connaissances sur les modes d'organisation des services de soins intensifs | 2018-2019 | INESSS | 2018-08-27 | NA | Pertinent | NA | DSASC | Nathalie Boisvert | V | 80% | | Transmis pour information et diffusion à Nathalie Boisvert le 28-09-2018. Travail en cours pour identifier l'écart entre les pratiques recommandées en soins intensifs selon la littérature et les pratiques actuelles. Au printemps 2019 un document Power Point sera produit à cet effet. |
| Guides et normes - Indicateurs de qualité pour soutenir une organisation de service optimale en soins intensifs au Québec | 2018-2019 | INESSS | 2018-08-27 | NA | Analyse en cours | NA | DSASC | Nathalie Boisvert Marlène Champagne | G | 100% | | Ce guide comprend des indicateurs et des normes de qualité pour l'organisation des services de soins intensifs. Il a été transmis à la DSASC pour analyse de la pertinence le 28-09-2018. SUIVI de la DSASC: L'implantation et l'expérimentation de certains indicateurs de qualité sont déjà débutés au CIUSSS MCQ. Comme l'établissement a participé aux travaux de l'INESSS, il a pu amorcer des travaux avant même cette publication. L'implantation et l'expérimentation d'indicateurs de qualité fait parti d'un processus annuel qui comprend un bilan et la priorisation de nouveaux indicateurs, lesquels sont ajoutés progressivement. Le suivi de cette publication est considéré comme terminé puisque des actions sont intégrées dans la gestion des soins intensifs et que le processus fait l'objet d'amélioration en continue |

Tableau intégré - Implantation des meilleures pratiques

Mise à jour : 2019-08-01

BILAN de l'implantation

État d'avancement présenté au CIC 2X par an

Légende : Gris : Terminé ou non suivi par le comité | Orange : Nouveau | Vert : Évolution normale | Jaune : Évolution modérée (aucun suivi requis) | Rouge : Dossier critique à discuter au prochain comité | Bleu: Suivi reporté.

| Meilleures pratiques | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|------------|-----------------------|-----------------------------|-------------------|---------------|---------------------------------------|-----------|------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom du Guide ou du plan d'action | Année | Provenance | Réception | Analyse de pertinence | Colonne1 | Appr. autre inst. | Direction | Responsable | Évolution | Colonne2 | Échéancier | Commentaire |
| | | | | Date CIC | conclusion | | | | | État d'avancement estimé (%) | | |
| Guide et normes - Exigences relatives aux établissements exploitant une installation de soins aigus dans le réseau québécois de traumatologie | 2018-2019 | INESSS | 2018-09-04 | NA | Analyse en cours | NA | DSASC | Nathalie Boisvert | O | 0 % | | Transmis pour analyse de la pertinence et suivi, s'il y a lieu, à Nathalie Boisvert, le 28-09-2018. Ce guide comprend les exigences relatives aux établissements exploitant une installation de soins aigus en traumatologie. |
| État des pratiques - Pratiques organisationnelles en réadaptation à l'échelle nationale et internationale pour la clientèle adulte présentant une incapacité motrice permanente ou temporaire. | 2018-2019 | INESSS | 2018-09-04 | NA | À diffuser pour information | NA | DP DI-TSA-DP | Lyne Roberge | G | NA | | Transmis pour information et diffusion si pertinent à Lyne Roberge le 28-09-2018. |
| Avis - Transplantation des îlots de Langerhans chez les personnes atteintes de diabète de type 1 instable | 2018-2019 | INESSS | 2018-09-04 | NA | À diffuser pour information | NA | DSASC / DSPPC | Nathalie Boisvert / Marie-Josée Huppé | G | NA | | Transmis pour information et diffusion si pertinent à Nathalie Boisvert et Marie-Josée Huppé le 28-09-2018 |

Tableau intégré - Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ)

Comité de vigilance et de la qualité

Recommandations et suivis - 2018-2019

Information mise à jour 2019-09-18

Légende : Vert : Évolution normale | Jaune : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | Rouge : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | Gris : Terminé | Orange : Nouveau

| | | | | | | | État des suivis | | | | |
|------------|----------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------|----------------|----------------------|--------------------------------------|----------------------------------|-------------------|------------------------------------------------------|
| RLS | Numéro(s) du (ou des) rapport(s) | Réception de l'avis (Date) | Objet de l'enquête | Recommandations de la CDPDJ | Suivi des recommandations | Responsable(s) | Évolution du dossier | Réception des recommandations (Date) | Suivi des recommandations (date) | Date de fermeture | Commentaires |
| | | | | | | | | | | | |
| Shawinigan | J2418_16 J2417_16 | 2017-04-04 | Mère inquiète des services offerts par la ressource de type familial. | En attente, s'il y a lieu. | | DPJ-DP DPJF | G | | | 2019-01-21 | Lettre transmise au requérant par la CDPDJ. |
| La Tuque | J0248_17 J0249_17 | 2017-05-17 | Enfants hébergés en ressource de type familial dans la communauté depuis septembre 2013. | En attente, s'il y a lieu. | | DPJ-DP DPJF | G | | | 2019-03-11 | Ce dossier a été traité à même l'enquête systémique. |

Tableau intégré - Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ)

Comité de vigilance et de la qualité

Recommandations et suivis - 2018-2019

Information mise à jour

2019-09-18

Légende : Vert : Évolution normale | Jaune : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | Rouge : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | Gris : Terminé | Orange : Nouveau

| | | | | | | | État des suivis | | | | |
|----------------|----------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------|--------------------------------------|----------------------------------|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RLS | Numéro(s) du (ou des) rapport(s) | Réception de l'avis (Date) | Objet de l'enquête | Recommandations de la CDPDJ | Suivi des recommandations | Responsable(s) | Évolution du dossier | Réception des recommandations (Date) | Suivi des recommandations (date) | Date de fermeture | Commentaires |
| Trois-Rivières | J0393_17 J0394_17 J0395_17 | 2017-06-14 | Délais avant de débiter l'évaluation du signalement. | Recommande que la DPJ mette en place une stratégie d'encadrement et soutien clinique auprès du personnel des services de Réception et de traitement des signalements (RTS) et évaluation-orientation (É-O), particulièrement pour l'intégration des nouveaux employés et informe la Commission dans les 3 mois suivant la réception des présentes conclusions; Recommande que la DPJ informe la Commission des moyens mis en place pour trouver des solutions durables qui permettront d'évaluer avec diligence les situations d'enfants signalés dans un délai de 3 mois suivant la réception des présentes conclusions; Recommande que le PDG s'assure que la stratégie de dotation pour le personnel de l'équipe É-O de la DPJ tient compte de la hausse du nombre de signalements reçus qui est constatée dans les dernières années et informe la Commission de la stratégie de dotation mise en place dans un délai de 3 mois suivant la réception des présentes conclusions. | Depuis novembre 2018, une communauté de pratique a été mise en place pour soutenir le personnel du RTS. Pour ce qui est du secteur É-O, une personne ressource accompagne désormais tous les nouveaux employés dans un modèle de perceptorat; Un plan d'action a été instauré afin de convenir des modalités relatives à l'organisation des services, l'objectif étant d'optimiser les processus des secteurs RTS-US et É-O (codification des signalements pour toute situation ambiguë, travaux sur les signalements en abus physique, analyse des audits sur le signalement, utilisation du PIIC évaluation pour les code 3); Actions relatives aux ressources humaines (appel d'intérêts auprès des maisons d'enseignement pour embaucher des stagiaires, travail en temps supplémentaire, retraités des 3 dernières années, assigner le personnel en réaffectation à des activités cliniques accessoires, liste de professionnels PAN CIUSSS, soutien de d'autres CISS-CIUSSS, sessions de travail pour rehausser des postes dans des secteurs névralgiques). | DPJ-DP | J | 2018-12-03 | 2019-02-26 | | Réponse à l'exposé factuel transmise le 22 mars 2019 et informations de l'enquêtrice le 7 août 2019 à l'effet que la décision du comité des enquêtes est toujours en cours de rédaction. |
| Victoriaville | J0517_18 J0518_18 J0519_18 J0520_18 | 2018-07-24 | Réouverture et suivi de l'entente conclue le 20 janvier 2018 concernant les contacts des enfants avec des tiers significatifs (préoccupations). | De transmettre à son contentieux la présente conclusion d'enquête; de faire un rappel à l'ensemble des intervenants de l'application des mesures en regard du droit de l'enfant d'être consulté et entendu dans les décisions qui le concernent de même qu'à l'égard du maintien des relations significatives ainsi qu'aux contacts confidentiels et de confirmer à la Commission dans les deux mois de la réception de la présente recommandation. | Présentation des recommandations dans le cadre du comité de gestion conjoint DPJ-DP et DPJF. | 2019-06-12 | V | 2019-05-06 | 2019-06-12 | | |

Tableau intégré - Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ)

Comité de vigilance et de la qualité

Recommandations et suivis - 2018-2019

Information mise à jour

2019-09-18

Légende : Vert : Évolution normale | Jaune : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | Rouge : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | Gris : Terminé | Orange : Nouveau

| | | | | | | | État des suivis | | | | |
|---------------|----------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------|----------------|----------------------|--------------------------------------|----------------------------------|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RLS | Numéro(s) du (ou des) rapport(s) | Réception de l'avis (Date) | Objet de l'enquête | Recommandations de la CDPDJ | Suivi des recommandations | Responsable(s) | Évolution du dossier | Réception des recommandations (Date) | Suivi des recommandations (date) | Date de fermeture | Commentaires |
| Drummondville | J0648_18 | 2018-08-24 | Plusieurs déplacements de ressource, manque de suivi social. | En attente, s'il y a lieu. | | DPJ-DP DPJF | V | | | | Réception de l'exposé factuel amendé le 8 juillet 2019 et réponse transmise à la CDPDJ le 19 juillet 2019. |
| Shawinigan | J0616_18 | 2018-09-06 | Inquiétudes et déplacements de RTF (nous sommes en collaboration au suivi de l'enfant et de la mère et le CIUSSS Montréal est personne autorisée). | En attente, s'il y a lieu. | | DPJ-DP DPJF | J | | | | Documents supplémentaires transmis le 18 mars 2019 à la demande de la CDPDJ. |
| La Tuque | J1935_18 | 2019-03-18 | Suivi inadéquat offert par l'ancienne intervenante au dossier. | Aucune recommandation. | | DPJ-DP DPJF | G | 2019-07-26 | 2019-07-26 | 2019-07-26 | Présentation du plan d'action faisant suite au "Kaisen" relatif à la révision le 10 septembre 2019. |
| Drummondville | J2612_18 | 2019-04-26 | Signalement fermé pour faits non fondés par le CISSS Côte-Nord (contacts père-enfant). | Aucune recommandation. | | DPJ-DP | G | | | 2019-06-17 | Le CISSS Côte-Nord est responsable de l'évaluation. |
| La Tuque | J0013_19 J0022_19 | 2019-05-14 | Qualité des services offerts par la RTF. | En attente, s'il y a lieu. | | DPJ-DP | O | | | | Réponse transmise à la CDPDJ le 5 juin 2019. |
| Bécancour | J0274_19 J0326_19 J0769_19 | 2019-06-04 2019-07-05 (pour un des enfants) | Mère non avisée et non consultée pour les services offerts aux enfants. Difficultés d'un des enfants au CPE (crises). | Aucune recommandation. | | DPJ-DP | G | | | 2019-08-02 | Faire suivre le procès-verbal du 24 juillet 2019 concernant un des enfants à l'enquêtrice. |

Tableau intégré - Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ)

Comité de vigilance et de la qualité

Recommandations et suivis - 2018-2019

Information mise à jour 2019-09-18

Légende : Vert : Évolution normale | Jaune : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | Rouge : Dossier critique à discuter au prochain CVQ | Gris : Terminé | Orange : Nouveau

| | | | | | | | État des suivis | | | | |
|---------------|----------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------|----------------|----------------------|--------------------------------------|----------------------------------|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RLS | Numéro(s) du (ou des) rapport(s) | Réception de l'avis (Date) | Objet de l'enquête | Recommandations de la CDPDJ | Suivi des recommandations | Responsable(s) | Évolution du dossier | Réception des recommandations (Date) | Suivi des recommandations (date) | Date de fermeture | Commentaires |
| Shawinigan | J0304_19 | 2019-07-04 | Liens d'appartenance culturels de l'enfant avec sa RTF (inter-CJ où le CISSS Inuu est personne autorisée). | En attente, s'il y a lieu. | | DPJ-DP | O | | | | Réponse transmise à la CDPDJ le 17 juillet 2019 et poursuite de l'enquête par la CDPDJ reçue le 2 août 2019. |
| Shawinigan | J0504_19 | 2019-07-24 | Absence ou délais trop longs pour bénéficier de services psychologiques | En attente, s'il y a lieu. | | DPJ-DP | O | | | | Date butoir de réponse le 8 août 2019, mais demande de prolongation de délais pour répondre auprès de la CDPDJ en raison des vacances. |
| Drummondville | J0653_19 | 2019-07-30 | Délais pour obtenir un suivi psychologique en lien avec une tentative de suicide. | En attente, s'il y a lieu. | | DPJ-DP | O | | | | Réponse à la CDPDJ au plus tard le 14 août 2019. |

Tableau intégré - Rapport du coroner

Recommandations et suivis - 2018-2019

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour

2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter | **Gris** : Terminé | **Orange** : Nouveau

| | | | | | | | | État des suivis | | | |
|----------------|-----------------|------------------------------|-------------------|-------------------------------------------|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------|------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RLS | Nom du rapport | Installation ou service visé | Date de réception | Conclusion | # | Recommandations | Responsable | Évolution du dossier | Échéancier | Terminé (date) | Commentaires |
| CIUSSS MCQ | 2016-02812 | CH | 2017-12-08 | Décès survenu dans un autre établissement | 1 | Le ministère de la Santé et des Services sociaux croit que l'analyse réalisée par le coroner et les recommandations adressées peuvent être bénéfiques à l'ensemble des établissements susceptibles d'offrir des soins et services à une clientèle qui refuse les transfusions sanguines. | DPEF | G | 2018-02-01 | | Ce rapport concerne un autre établissement mais est transmis à tous les établissements dans une perspective d'amélioration continue. |
| Trois-Rivières | 2016-00276 5237 | CH | 2017-12-18 | décès naturel | 1 | Le coroner recommande d'examiner la qualité des soins prodigués à la patiente, moins de 24 heures avant son décès. | DSASC | G | 2018-03-23 | 2018-03-27 | Lettre reçue du comité exécutif du CMDP indiquant que la qualité des soins offerts a été analysée par un comité de pairs et il en découle que les soins et services ont été prodigués selon les règles de l'art. |
| Drummondville | 2017-02851 5243 | CH | 2018-01-22 | décès naturel | 1 | Le coroner recommande au Comité d'évaluation de l'acte d'évaluer les soins médicaux prodigués et la prise en charge à l'urgence afin de s'assurer qu'ils rencontraient les standards de la pratique. | DSPPC/ CMDP | G | 2018-04-22 | 2018-04-22 | Lettre reçue du CMDP le 4 mai 2018, indiquant que le dossier a été révisé et qu'on ne peut conclure qu'à une mort naturelle. |

Tableau intégré - Rapport du coroner

Recommandations et suivis - 2018-2019

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter | **Gris** : Terminé | **Orange** : Nouveau

| | | | | | | | | État des suivis | | | |
|----------------|------------------|------------------------------|-------------------|------------------|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RLS | Nom du rapport | Installation ou service visé | Date de réception | Conclusion | # | Recommandations | Responsable | Évolution du dossier | Échéancier | Terminé (date) | Commentaires |
| Drummondville | 2017--00516 5259 | CHSLD | 2018-03-06 | décès accidentel | 1 | Le coroner recommande au CIUSSS MCQ de dispenser une formation spéciale aux préposés aux bénéficiaires visant à assurer une meilleure application des procédures de contention (en général qui sont nécessaires dans certains cas précis). | DP-SAPA Hébergement | G | 2018-06-19 | 2018-06-19 | Plan d'action élaboré et la rencontre de suivi est planifiée |
| Trois-Rivières | 2016-01551 5324 | Services sociaux | 2018-07-11 | décès naturel | 1 | Le coroner recommande au CIUSSS MCQ d'évaluer les observations et les interventions de l'équipe de services sociaux ayant effectué le suivi de la famille de la personne décédée en 2015-2016 | DSM | G | 2018-10-11 | 2018-10-16 | Plan d'action élaboré |
| Trois-Rivières | 2017-07797 5260 | CHAUR | 2018-05-29 | décès naturel | 1 | Le coroner recommande au Collège des médecins du Québec et au CIUSSS MCQ d'examiner la qualité de l'acte professionnel posé dans le dossier de l'usager décédé en cours de chirurgie subie au CHAUR le 30 mars 2017. | DSPPC | G | 2018-08-29 | 2019-01-18 | Extrait du procès-verbal du comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique du CIUSSS indiquant qu'il s'agissait d'un cas de complication d'une chirurgie. |
| Drummondville | 2018-04322 5336 | CHSLD | 2018-09-05 | décès accidentel | 1 | Le coroner recommande au Service de la gestion intégrée des risques et de la prestation sécuritaire des soins et des services de réviser le dossier médical, afin d'évaluer si le suivi infirmier fut adéquat | DQEPE | G | 2018-12-05 | 2019-01-18 | Avis clinique reçu de la DSI indiquant que le suivi infirmier fut adéquat et conforme aux standards de la profession. |

Tableau intégré - Rapport du coroner

Recommandations et suivis - 2018-2019

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter | **Gris** : Terminé | **Orange** : Nouveau

| | | | | | | | | État des suivis | | | |
|---------------|-----------------|------------------------------|-------------------|------------------|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------|------------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RLS | Nom du rapport | Installation ou service visé | Date de réception | Conclusion | # | Recommandations | Responsable | Évolution du dossier | Échéancier | Terminé (date) | Commentaires |
| Drummondville | 2018-02094 5398 | CH | 2019-02-07 | décès naturel | 1 | Le coroner recommande que le rapport soit transmis au comité d'évaluation de l'acte médical du CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec aux fins de révision, particulièrement en regard de la surveillance post-biopsie (ou des circonstances favorables ou non du congé donné au patient) | DQEPE | G | 2019-05-08 | 2019-04-02 | Lettre reçue du CEMDP. Extrait du procès-verbal du comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique du CIUSSS indiquant que le congé a été donné de façon sécuritaire, de façon à respecter les normes standards de soins |
| Autre | 2018-00405 5355 | CH | 2019-02-11 | Décès accidentel | 1 | Le coroner recommande que le ministère de la Santé et des Services sociaux prenne connaissance de ce rapport et le diffuse à l'ensemble des directions hospitalières afin qu'elles soient mises au fait des causes et circonstances du présent décès. Elles pourront par la suite s'assurer que chacune des directions des soins infirmiers réitère auprès du personnel soignant infirmiers le caractère impératif et catégorique de l'application rigoureuse des protocoles déjà établis de surveillance après l'administration de narcotiques. Rapport reçu à titre informatif dans un objectif d'amélioration | DSI DSPPC DQEPE | v | 2019-05-12 | | Ce rapport concerne un autre établissement mais est transmis à tous les établissements dans une perspective d'amélioration continue. |
| Drummondville | 2018-02015 5406 | CHSLD | 2019-03-18 | Décès accidentel | 1 | Le coroner recommande au service de gestion intégrée des | CMDP DQEPE | G | 2019-06-16 | | En cours de suivi par la DQEPE et CEMDP |

Tableau intégré - Rapport du coroner

Recommandations et suivis - 2018-2019

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour

2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter | **Gris** : Terminé | **Orange** : Nouveau

| | | | | | | | État des suivis | | | | |
|-------------------|-----------------|------------------------------|-------------------|---------------|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------|------------|----------------|--------------|
| RLS | Nom du rapport | Installation ou service visé | Date de réception | Conclusion | # | Recommandations | Responsable | Évolution du dossier | Échéancier | Terminé (date) | Commentaires |
| Drummondville | 2018-00961 5404 | CH | 2019-03-21 | Décès naturel | | Le coroner demande à la Direction des soins infirmiers du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS-MCQ) et au Comité de l'urgence de l'Hôpital Sainte-Croix du CIUSSS-MCQ d'évaluer les soins médicaux prodigués au patient, ainsi que sa prise en charge à l'urgence les 18 et 19 janvier 2018, afin d'apporter les correctifs nécessaires s'il y a lieu afin qu'une situation similaire ne se répète pas. | DSI DSASC | G | 2019-06-19 | | |
| Arthabaska-Érable | 2017-05901 5422 | CH | 2019-03-26 | Non précisé | | Je recommande que les circonstances entourant le décès du patient tel que consigné au dossier médical fassent l'objet d'une étude approfondie du Comité d'évaluation de l'acte médical de l'établissement de santé concerné. Je recommande que les conclusions de cette étude de même que les mesures entreprises en découlant soient transmises à la direction hospitalière. Je recommande que le Collège des médecins évalue la qualité des soins prodigués au patient les 3 et 4 novembre 2017 à l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska. | CMDP Collège des médecins DSI | G | 2019-06-24 | | |

Tableau intégré - Rapport du coroner

Recommandations et suivis - 2018-2019

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter | **Gris** : Terminé | **Orange** : Nouveau

| | | | | | | | | État des suivis | | | |
|-----|----------------|------------------------------|-------------------|------------|---|-----------------|-------------|----------------------|------------|----------------|--------------|
| RLS | Nom du rapport | Installation ou service visé | Date de réception | Conclusion | # | Recommandations | Responsable | Évolution du dossier | Échéancier | Terminé (date) | Commentaires |

Tableau intégré - Rapport du coroner

Recommandations et suivis - 2019-2020

Information mise à jour le 2019-07-26

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque et ne nécessite aucun suivi au CVQ) | **Rouge** : Dossier critique à discuter | **Gris** : Terminé | **Orange** : Nouveau

| | | | | | | | | État des suivis | | | |
|---------------|-----------------|------------------------------|-------------------|-------------------|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------|------------|----------------|--------------|
| RLS | Nom du rapport | Installation ou service visé | Date de réception | Conclusion | # | Recommandations | Responsable | Évolution du dossier | Échéancier | Terminé (date) | Commentaires |
| Drummondville | 2018-04171 5440 | CH | 2019-04-29 | Mort accidentelle | 1 | Je recommande au Collège des médecins du Québec de revoir le dossier de la patente pour les événements survenus les 22 et 23 juin 2018 afin de prendre les actions appropriées. Je recommande au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'Hôpital Sainte-Croix de revoir le dossier du patient pour les événements survenus les 22 et 23 juin 2018, afin de prendre les actions appropriées. | Collège des médecins CMDP | G | 2019-07-28 | 2019-07-24 | |
| Drummondville | 2018-01291 5436 | RI | 2019-05-17 | Mort naturelle | 1 | Je recommande au a la Direction de l'établissement La Villa du Boisé de: prendre connaissance de ce rapport, réviser avec son personnel les modalités d'évaluation de l'état des bénéficiaires lors des tournées de soir et de nuit lorsque ces derniers dorment, réviser les pratiques et les modalités d'alerte au personnel infirmier sur appel lors d'incidents survenant en leur absence. | DQEPE | O | 2019-08-15 | | |

Tableau Intégré - Événements sentinelles 2017-2018, 2018-2019 et 2019-2020

Recommandations et suivis 2017-2018, 2018-2019 et 2019-2020

Données confidentielles

Légende : Vert : Évolution normale | Jaune : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque) | Rouge : Dossier critique à discuter au prochain Comité GDR | Gris : Terminé | Orange : Nouveau

Mis à jour 2019-09-18

| | | | | | | | | État de l'enquête | | | | Suivi détaillé des mesures | | | |
|------------------|------------------------------------------------------------------|------------------|---------------|---------------------|-----------------|----------------------------|-------------------|-------------------|------------------------------------|-------------------------|----------------------------------|----------------------------|--|--|--|
| Numéro d'enquête | Direction | Type d'événement | Divulgaration | Statut de l'enquête | Date fin prévue | Avancement réalisé / total | Taux d'avancement | Mesures | Direction responsable de la mesure | Échéancier de la mesure | État de réalisation de la mesure | | | | |
| 1718-228 | Direction du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée | Traitement | Non | En suivi d'analyse | | / 0 | | | | | | | | | |
| 1718-283 | Direction du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée | Chute | Oui | En cours d'analyse | | / 0 | | | | | | | | | |
| 1819-030 | Direction du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée | Chute | Non | En cours d'analyse | | / 0 | | | | | | | | | |
| 1819-031 | Direction du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée | Chute | Non | En cours d'analyse | | / 0 | | | | | | | | | |
| 1819-032 | Direction du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée | Chute | Non | En cours d'analyse | | / 0 | | | | | | | | | |
| 1819-033 | Direction du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée | Autre | Non | En suivi d'analyse | | / 0 | | | | | | | | | |
| 1819-036 | Direction du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée | Chute | Non | En cours d'analyse | | / 0 | | | | | | | | | |
| 1819-049 | Direction du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée | Chute | Non | En suivi d'analyse | | / 0 | | | | | | | | | |
| 1819-051 | Direction des services ambulatoires et des soins critiques | Traitement | Oui | En cours de MEO | | / 0 | | | | | Recommandations GDR transmises | | | | |
| 1819-058 | Direction du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée | Chute | Non | En cours d'analyse | | / 0 | | | | | | | | | |

Tableau Intégré - Événements sentinelles 2017-2018, 2018-2019 et 2019-2020

Recommandations et suivis 2017-2018, 2018-2019 et 2019-2020

Données confidentielles

Légende : Vert : Évolution normale | Jaune : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque) | Rouge : Dossier critique à discuter au prochain Comité GDR | Gris : Terminé | Orange : Nouveau

Mis à jour 2019-09-18

| | | | | État de l'enquête | | | | Suivi détaillé des mesures | | | |
|------------------|------------------------------------------------------------------|------------------|-------------|---------------------|-----------------|----------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------|----------------------------------|
| Numéro d'enquête | Direction | Type d'événement | Divulgation | Statut de l'enquête | Date fin prévue | Avancement réalisé / total | Taux d'avancement | Mesures | Direction responsable de la mesure | Échéancier de la mesure | État de réalisation de la mesure |
| 1819-062 | Direction du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée | Autre | Oui | Terminé 2018-11-30 | | / 0 | | | | | |
| 1819-063 | Direction des services spécialisés chirurgicaux et oncologiques | Autre | Non | En suivi d'analyse | | / 0 | | | | | |
| 1819-069 | Direction du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée | Autre | Oui | En suivi d'analyse | | / 0 | | | | | |
| 1819-075 | Direction du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée | Autre | Non | En cours d'analyse | | / 0 | | | | | |
| 1819-085 | Direction du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée | Médicament | Oui | En suivi d'analyse | | / 0 | | Être disponible et en support auprès des équipes de PAB de la ressource. | DPSAPA | | |
| | | | | | | | | Faire un rappel auprès des équipes que toutes les étapes pour la vérification des 5 bons doivent être faites avec l'entête du dispill par la personne qui administre la médication. Cette vérification doit être faite immédiatement avant l'administration. | DPSAPA | | |
| | | | | | | | | Faire une mise à jour sur une base régulière des photos utilisées pour l'identification des patients. S'assurer que la photo reflète bien l'état actuel du patient | DPSAPA | | |
| | | | | | | | | Rajouter dans la formation sur la Loi 90 un volet d'enseignement et un volet d'évaluation sur la double identification du patient. | DPSAPA | | |

Tableau Intégré - Événements sentinelles 2017-2018, 2018-2019 et 2019-2020

Recommandations et suivis 2017-2018, 2018-2019 et 2019-2020

Données confidentielles

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain Comité GDR | **Gris** : Terminé | **Orange** : Nouveau

Mis à jour 2019-09-18

| État de l'enquête | | | | | | | | Suivi détaillé des mesures | | | |
|-------------------|------------------------------------------------------------------|------------------|---------------|---------------------|-----------------|----------------------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------|----------------------------------|
| Numéro d'enquête | Direction | Type d'événement | Divulgaration | Statut de l'enquête | Date fin prévue | Avancement réalisé / total | Taux d'avancement | Mesures | Direction responsable de la mesure | Échéancier de la mesure | État de réalisation de la mesure |
| | | | | | | | | Faire un rappel auprès de ses équipes de préposés aux bénéficiaires de s'assurer de la présence d'une éducatrice spécialisée avant de débiter l'administration de la médication. Principalement sur les unités comprenant une clientèle avec des problèmes de c | DPSAPA | | |
| 1819-101 | Direction Programme santé mentale adulte et dépendance | Autre | Non | En suivi d'analyse | | / 0 | | | | | |
| 1819-102 | Direction des soins infirmiers | Médicament | Non | En cours d'analyse | | / 0 | | | | | |
| 1819-103 | Direction du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée | Chute | Non | En cours d'analyse | | / 0 | | | | | |
| 1819-111 | Direction du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée | Chute | Non | En suivi d'analyse | | / 0 | | | | | |
| 1819-126 | Direction des services ambulatoires et des soins critiques | Traitement | Oui | Terminé 2019-04-04 | | / 0 | | Aucune action Enquête préventive réalisée | | | |
| 1819-127 | Direction des services ambulatoires et des soins critiques | Autre | Non | Terminé 2019-03-22 | | / 0 | | Aucune action retenue au plan d'action | | | |
| 1819-130 | Direction des soins infirmiers | Chute | Non | En suivi d'analyse | | / 0 | | | | | |
| 1819-132 | Direction des services multidisciplinaires | Laboratoire | Non | En cours de MEO | | / 0 | | | | | |
| 1819-136 | Direction du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée | Chute | Non | En cours d'analyse | | / 0 | | | | | |
| 1819-137 | Direction du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée | Chute | Non | En cours d'analyse | | / 0 | | | | | |

Tableau Intégré - Événements sentinelles 2017-2018, 2018-2019 et 2019-2020

Recommandations et suivis 2017-2018, 2018-2019 et 2019-2020

Données confidentielles

Légende : Vert : Évolution normale | Jaune : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque) | Rouge : Dossier critique à discuter au prochain Comité GDR | Gris : Terminé | Orange : Nouveau

Mis à jour 2019-09-18

| | | | | État de l'enquête | | | | Suivi détaillé des mesures | | | |
|------------------|------------------------------------------------------------------|------------------|-------------|---------------------|-----------------|----------------------------|-------------------|-------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------|----------------------------------|
| Numéro d'enquête | Direction | Type d'événement | Divulgation | Statut de l'enquête | Date fin prévue | Avancement réalisé / total | Taux d'avancement | Mesures | Direction responsable de la mesure | Échéancier de la mesure | État de réalisation de la mesure |
| 1819-138 | Direction du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée | Chute | Non | En cours d'analyse | | / 0 | | | | | |
| 1819-141 | Direction du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée | Chute | Non | En cours d'analyse | | / 0 | | | | | |
| 1819-142 | Direction du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée | Chute | Non | En cours d'analyse | | / 0 | | | | | |
| 1819-144 | Direction du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée | Chute | Non | En suivi d'analyse | | / 0 | | | | | |
| 1819-145 | Direction du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée | Chute | Non | En cours d'analyse | | / 0 | | | | | |
| 1819-148 | Direction Programme jeunesse-famille | Autre | Non | En cours d'analyse | | / 0 | | | | | |
| 1819-149 | Direction Programme jeunesse-famille | Autre | Non | En cours de MEO | | / 0 | | | | | |
| 1819-156 | Direction du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée | Chute | Non | En cours d'analyse | | / 0 | | | | | |
| 1819-157 | Direction du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée | Autre | Non | En cours d'analyse | | / 0 | | | | | |
| 1819-162 | Direction des soins infirmiers | Autre | Non | Terminé 2019-04-23 | | / 0 | | Aucune action retenue par la gestionnaire | | | |
| 1819-164 | Direction du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée | Chute | Non | En suivi d'analyse | | / 0 | | | | | |

Tableau Intégré - Événements sentinelles 2017-2018, 2018-2019 et 2019-2020

Recommandations et suivis 2017-2018, 2018-2019 et 2019-2020

Données confidentielles

Légende : Vert : Évolution normale | Jaune : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque) | Rouge : Dossier critique à discuter au prochain Comité GDR | Gris : Terminé | Orange : Nouveau

Mis à jour 2019-09-18

| État de l'enquête | | | | | | | | Suivi détaillé des mesures | | | |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------|---------------------|-----------------|----------------------------|-------------------|----------------------------|------------------------------------|-------------------------|----------------------------------|
| Numéro d'enquête | Direction | Type d'événement | Divulgation | Statut de l'enquête | Date fin prévue | Avancement réalisé / total | Taux d'avancement | Mesures | Direction responsable de la mesure | Échéancier de la mesure | État de réalisation de la mesure |
| 1819-166 | Direction du programme soutien à l'autonomie de Chute la personne âgée | | Non | En suivi d'analyse | | / 0 | | | | | |
| 1819-167 | Direction du programme soutien à l'autonomie de Chute la personne âgée | | Non | En suivi d'analyse | | / 0 | | | | | |
| 1819-168 | Direction du programme soutien à l'autonomie de Chute la personne âgée | | Non | En suivi d'analyse | | / 0 | | | | | |
| 1819-169 | Direction du programme soutien à l'autonomie de Chute la personne âgée | | Non | En suivi d'analyse | | / 0 | | | | | |
| 1819-170 | Direction du programme soutien à l'autonomie de Chute la personne âgée | | Non | En suivi d'analyse | | / 0 | | | | | |
| 1819-171 | Direction du programme soutien à l'autonomie de Chute la personne âgée | | Non | En cours d'analyse | | / 0 | | | | | |
| 1819-173 | Direction du programme soutien à l'autonomie de Autre la personne âgée | | Non | En cours d'analyse | | / 0 | | | | | |
| 1819-174 | Direction du programme soutien à l'autonomie de Chute la personne âgée | | Non | En cours d'analyse | | / 0 | | | | | |
| 1819-175 | Direction Programme santé mentale adulte et Autre dépendance | | Non | En suivi d'analyse | | / 0 | | | | | |
| 1819-176 | Direction du programme soutien à l'autonomie de Chute la personne âgée | | Non | En cours d'analyse | | / 0 | | | | | |
| 1819-177 | Direction Programme jeunesse-famille | Autre | Non | En suivi d'analyse | | / 0 | | | | | |

Tableau Intégré - Événements sentinelles 2017-2018, 2018-2019 et 2019-2020

Recommandations et suivis 2017-2018, 2018-2019 et 2019-2020

Données confidentielles

Légende : Vert : Évolution normale | Jaune : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque) | Rouge : Dossier critique à discuter au prochain Comité GDR | Gris : Terminé | Orange : Nouveau

Mis à jour 2019-09-18

| État de l'enquête | | | | | | | | Suivi détaillé des mesures | | | |
|-------------------|------------------------------------------------------------------|------------------|--------------|---------------------|-----------------|----------------------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------|----------------------------------|
| Numéro d'enquête | Direction | Type d'événement | Divulgateion | Statut de l'enquête | Date fin prévue | Avancement réalisé / total | Taux d'avancement | Mesures | Direction responsable de la mesure | Échéancier de la mesure | État de réalisation de la mesure |
| 1819-179 | Direction du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée | Chute | Non | En suivi d'analyse | | / 0 | | | | | |
| 1819-180 | Direction Programme santé mentale adulte et dépendance | Autre | Non | En cours d'analyse | | / 0 | | | | | |
| 1819-182 | Direction du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée | Autre | Non | En suivi d'analyse | | / 0 | | Assurer un suivi sur les narcotiques administrés et restants au domicile. | DPSAPA | | |
| | | | | | | | | Utilisation du registre d'administration de la médication de façon obligatoire qui inclut la dernière prescription. | DPSAPA | | |
| | | | | | | | | Établir une procédure qui balise le temps maximal acceptable pour un constat de décès à domicile. Diffuser au corps policier. | DPSAPA | | |
| | | | | | | | | Informers les familles touchées de la procédure. | | | |
| 1819-184 | Direction des services spécialisés chirurgicaux et oncologiques | Chute | Non | En cours d'analyse | | / 0 | | | | | |
| 1819-187 | Direction Programme santé mentale adulte et dépendance | Chute | Oui | Terminé 2019-04-11 | | / 0 | | | | Aucun | |
| 1819-194 | Direction du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée | Chute | Non | En cours d'analyse | | / 0 | | | | | |
| 1819-203 | Direction des services ambulatoires et des soins critiques | Traitement | Oui | En suivi d'analyse | 2019-12-30 | / 0 | | | | | |
| 1819-204 | Direction des services ambulatoires et des soins critiques | Chute | Oui | Terminé 2019-04-04 | | / 0 | | | | Aucune action retenue | |
| 1819-205 | Direction des services multidisciplinaires | Imagerie | Non | En cours d'analyse | | / 0 | | | | | |
| 1819-208 | Direction du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée | Médicament | Non | En cours d'analyse | | / 0 | | | | | |

Tableau Intégré - Événements sentinelles 2017-2018, 2018-2019 et 2019-2020

Recommandations et suivis 2017-2018, 2018-2019 et 2019-2020

Données confidentielles

Légende : Vert : Évolution normale | Jaune : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque) | Rouge : Dossier critique à discuter au prochain Comité GDR | Gris : Terminé | Orange : Nouveau

Mis à jour 2019-09-18

| | | | | État de l'enquête | | | | Suivi détaillé des mesures | | | |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------|-------------------------|-----------------|----------------------------|-------------------|----------------------------|------------------------------------|-------------------------|----------------------------------|
| Numéro d'enquête | Direction | Type d'événement | Divulgation | Statut de l'enquête | Date fin prévue | Avancement réalisé / total | Taux d'avancement | Mesures | Direction responsable de la mesure | Échéancier de la mesure | État de réalisation de la mesure |
| 1819-209 | Direction du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée | Chute | Non | En cours d'analyse | | / 0 | | | | | |
| 1819-210 | Direction du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée | Chute | Non | En cours d'analyse | | / 0 | | | | | |
| 1819-214 | Direction du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée | Chute | Non | En cours d'analyse | | / 0 | | | | | |
| 1819-215 | Direction du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée | Chute | Non | En cours d'analyse | | / 0 | | | | | |
| 1819-216 | Direction du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée | Chute | Non | En cours d'analyse | | / 0 | | | | | |
| 1819-219 | Direction du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée | Chute | Non | En attente rencontre T0 | | / 0 | | | | | |
| 1819-220 | Direction Programme santé mentale adulte et dépendance | Autre | Oui | Terminé 2019-04-11 | | / 0 | | Aucun | | | |
| 1819-222 | Direction des services spécialisés chirurgicaux et oncologiques | RDM / MMU | Oui | En cours de MEO | | / 0 | | | | | |
| 1819-226 | Direction du programme déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique | Chute | Non | En cours d'analyse | | / 0 | | | | | |
| 1819-227 | Direction du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée | Chute | Non | En cours d'analyse | | / 0 | | | | | |

Tableau Intégré - Événements sentinelles 2017-2018, 2018-2019 et 2019-2020

Recommandations et suivis 2017-2018, 2018-2019 et 2019-2020

Données confidentielles

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain Comité GDR | **Gris** : Terminé | **Orange** : Nouveau

Mis à jour 2019-09-18

| État de l'enquête | | | | | | | | Suivi détaillé des mesures | | | |
|-------------------|------------------------------------------------------------------|------------------|---------------|-------------------------|-----------------|----------------------------|-------------------|----------------------------|------------------------------------|-------------------------|----------------------------------|
| Numéro d'enquête | Direction | Type d'événement | Divulgaration | Statut de l'enquête | Date fin prévue | Avancement réalisé / total | Taux d'avancement | Mesures | Direction responsable de la mesure | Échéancier de la mesure | État de réalisation de la mesure |
| 1819-228 | Direction des services ambulatoires et des soins critiques | Traitement | Non | En suivi d'analyse | | / 0 | | | | | |
| 1819-237 | Direction du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée | Chute | Oui | Terminé 2019-05-14 | | / 0 | | | | | |
| 1819-238 | Direction des soins infirmiers | Chute | Oui | Terminé 2019-04-30 | | / 0 | | Aucune mesure | | | |
| 1819-240 | Direction du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée | Chute | Non | En cours d'analyse | | / 0 | | | | | |
| 1819-241 | Direction du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée | Chute | Non | En cours d'analyse | | / 0 | | | | | |
| 1819-242 | Direction du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée | Chute | Non | En cours d'analyse | | / 0 | | | | | |
| 1819-246 | Direction du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée | Chute | Non | En attente rencontre T0 | | / 0 | | | | | |
| 1819-248 | Direction du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée | Chute | Oui | En suivi d'analyse | | / 0 | | | | | |
| 1920-001 | Direction des soins infirmiers | Chute | Oui | Terminé 2019-04-18 | | / 0 | | Aucune action retenue. | | | |
| 1920-006 | Direction des soins infirmiers | Médicament | Oui | En cours d'analyse | | / 0 | | | | | |
| 1920-007 | Direction des services multidisciplinaires | Traitement | Non | En suivi d'analyse | | / 0 | | | | | |
| 1920-008 | Direction du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée | Chute | Oui | Terminé 2019-06-21 | | / 0 | | | | | |
| 1920-010 | Direction des soins infirmiers | Chute | Oui | Terminé 2019-04-12 | | / 0 | | | | | |
| 1920-011 | Direction des services multidisciplinaires | Médicament | Non | En attente rencontre T0 | | / 0 | | | | | |

Tableau Intégré - Événements sentinelles 2017-2018, 2018-2019 et 2019-2020

Recommandations et suivis 2017-2018, 2018-2019 et 2019-2020

Données confidentielles

Légende : Vert : Évolution normale | Jaune : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque) | Rouge : Dossier critique à discuter au prochain Comité GDR | Gris : Terminé | Orange : Nouveau

Mis à jour 2019-09-18

| | | | | | | | | État de l'enquête | | | | Suivi détaillé des mesures | | | |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------|---------------------|-----------------|----------------------------|-------------------|-------------------|------------------------------------|-------------------------|----------------------------------|----------------------------|--|--|--|
| Numéro d'enquête | Direction | Type d'événement | Divulgaration | Statut de l'enquête | Date fin prévue | Avancement réalisé / total | Taux d'avancement | Mesures | Direction responsable de la mesure | Échéancier de la mesure | État de réalisation de la mesure | | | | |
| 1920-012 | Direction de la santé publique et responsabilité populationnelle | Traitement | Oui | En cours de MEO | | / 0 | | | | | | | | | |
| 1920-013 | Direction du programme déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique | Autre | Non | En cours d'analyse | | / 0 | | | | | | | | | |
| 1920-014 | Direction Programme santé mentale adulte et dépendance | Autre | Non | En suivi d'analyse | | / 0 | | | | | | | | | |
| 1920-018 | Direction Programme santé mentale adulte et dépendance | Autre | Non | En cours d'analyse | | / 0 | | | | | | | | | |
| 1920-019 | Direction Programme santé mentale adulte et dépendance | Autre | Non | Terminé 2019-06-10 | | / 0 | | Aucun | | | | | | | |
| 1920-020 | Direction des services multidisciplinaires | Équipement | Non | En cours de MEO | | / 0 | | | | | | | | | |
| 1920-021 | Direction Programme santé mentale adulte et dépendance | Autre | Non | En cours d'analyse | | / 0 | | | | | | | | | |
| 1920-023 | Direction Programme santé mentale adulte et dépendance | Autre | Non | En suivi d'analyse | | / 0 | | | | | | | | | |
| 1920-024 | Direction du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée | Chute | Oui | Terminé 2019-07-22 | | / 0 | | | | | | | | | |
| 1920-025 | Direction du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée | Diète | Oui | Terminé 2019-06-21 | | / 0 | | | | | | | | | |
| 1920-026 | Direction des services multidisciplinaires | Traitement | Non | En cours d'analyse | | / 0 | | | | | | | | | |
| 1920-027 | Direction des services multidisciplinaires | Équipement | Non | En cours de MEO | | / 0 | | | | | | | | | |

Tableau Intégré - Événements sentinelles 2017-2018, 2018-2019 et 2019-2020

Recommandations et suivis 2017-2018, 2018-2019 et 2019-2020

Données confidentielles

Légende : Vert : Évolution normale | Jaune : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque) | Rouge : Dossier critique à discuter au prochain Comité GDR | Gris : Terminé | Orange : Nouveau

Mis à jour 2019-09-18

| | | | | | | | | État de l'enquête | | | | Suivi détaillé des mesures | | | |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------|-------------------------|-----------------|----------------------------|-------------------|-------------------|------------------------------------|-------------------------|----------------------------------|----------------------------|--|--|--|
| Numéro d'enquête | Direction | Type d'événement | Divulgaration | Statut de l'enquête | Date fin prévue | Avancement réalisé / total | Taux d'avancement | Mesures | Direction responsable de la mesure | Échéancier de la mesure | État de réalisation de la mesure | | | | |
| 1920-029 | Direction Programme santé mentale adulte et dépendance | Autre | Non | En cours d'analyse | | / 0 | | | | | | | | | |
| 1920-030 | Direction Programme santé mentale adulte et dépendance | Autre | Non | En cours d'analyse | | / 0 | | | | | | | | | |
| 1920-031 | Direction Programme santé mentale adulte et dépendance | Autre | Non | En cours d'analyse | | / 0 | | | | | | | | | |
| 1920-033 | Direction du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée | Chute | Non | En cours d'analyse | | / 0 | | | | | | | | | |
| 1920-035 | Direction Programme jeunesse-famille | Agression | Non | En attente rencontre T0 | | / 0 | | | | | | | | | |
| 1920-036 | Direction du programme déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique | Autre | Non | En cours d'analyse | | / 0 | | | | | | | | | |
| 1920-037 | Direction des services ambulatoires et des soins critiques | Autre | Non | En cours d'analyse | | / 0 | | | | | | | | | |
| 1920-038 | Direction Programme santé mentale adulte et dépendance | Autre | Non | En suivi d'analyse | | / 0 | | | | | | | | | |
| 1920-039 | Direction du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée | Chute | Non | En cours d'analyse | | / 0 | | | | | | | | | |
| 1920-040 | Direction du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée | Autre | Non | En cours de MEO | | / 0 | | | | | | | | | |
| 1920-042 | Direction Programme santé mentale adulte et dépendance | Autre | Non | En cours d'analyse | | / 0 | | | | | | | | | |
| 1920-044 | Direction Programme santé mentale adulte et dépendance | Agression | Non | En cours d'analyse | | / 0 | | | | | | | | | |

Tableau Intégré - Événements sentinelles 2017-2018, 2018-2019 et 2019-2020

Recommandations et suivis 2017-2018, 2018-2019 et 2019-2020

Données confidentielles

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain Comité GDR | **Gris** : Terminé | **Orange** : Nouveau

Mis à jour 2019-09-18

| État de l'enquête | | | | | | | | Suivi détaillé des mesures | | | |
|-------------------|------------------------------------------------------------------|------------------|--------------|-------------------------|-----------------|----------------------------|-------------------|----------------------------|------------------------------------|-------------------------|----------------------------------|
| Numéro d'enquête | Direction | Type d'événement | Divulgateion | Statut de l'enquête | Date fin prévue | Avancement réalisé / total | Taux d'avancement | Mesures | Direction responsable de la mesure | Échéancier de la mesure | État de réalisation de la mesure |
| 1920-047 | Direction Programme jeunesse-famille | Agression | Non | En cours d'analyse | | / 0 | | | | | |
| 1920-049 | Direction Programme jeunesse-famille | Autre | Non | En attente rencontre T0 | | / 0 | | | | | |
| 1920-050 | Direction des services multidisciplinaires | Équipement | Non | En cours d'analyse | | / 0 | | | | | |
| 1920-051 | Direction des services multidisciplinaires | Laboratoire | Non | En cours d'analyse | | / 0 | | | | | |
| 1920-052 | Direction des services ambulatoires et des soins critiques | Traitement | Non | En cours d'analyse | | / 0 | | | | | |
| 1920-055 | Direction du programme soutien à l'autonomie de la personne âgée | Chute | Non | En attente rencontre T0 | | / 0 | | | | | |

Tableau Intégré 2019-2020 - Événements sentinelles

Recommandations et suivis 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Mise à jour 2019-09-18

Légende : **Vert** : Évolution normale | **Jaune** : Évolution modérée ou aucun développement (sans risque) | **Rouge** : Dossier critique à discuter au prochain Comité GDR | **Gris** : Terminé | **Orange** : N

| | | | | | | | | | | | État des suivis | | | |
|--------------------------------------------------------------------|------------------|------------------|---------------------------------|----------------------|--------------------|--------------------|------------------|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Direction | Numéro d'enquête | Type d'événement | Description synthèse | Divulgateur réalisée | Assurance informée | Enquête préventive | Plainte possible | Coroner avisé | Mesures prises par l'unité COMPLETÉES | Mesures à prendre par l'unité À VENIR | Évolution | Échéancier | Terminé (Date) | Commentaires |
| Direction des services multidisciplinaires | 1617-011 | Laboratoire | Eau déminéralisée contaminée | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | Débrancher de façon permanente le colorateur de routine du système d'eau distillée et l'installer sur le réseau de la ville. | Coordonner les activités entre les 2 secteurs d'activités (planifier horaire/Fréquence) Repérer tous les raccords du circuit Valider la conformité de l'eau avant de partir les décolorations de biopsie (Tests de conformité correspondent-ils aux normes du laboratoire?) Installer un filtre résine sur 2 éviers pour éviter le problème de Cl- Changer le système d'eau alimentant le laboratoire. | J | | | Rencontre septembre 2016 avec les secteurs concernés pour actualiser les actions. En attente du retour GBM Relance : 2017-01-09 Relance : 2017-02-13 Relance : 2017-07-03 Relance 2017-12-04 : En attente d'installation du nouveau circuit. |
| Direction du programme SAPA | 1617-045 | Autre | Pléage de lit | Oui | Non | Oui | Non | N/A | Identifier des critères afin d'évaluer les besoins en ridelles Évaluer les besoins en ridelles pour chaque résident Placer le lit au plus bas, sauf pour les résidents qui font une demande d'avoir le lit plus haut (identifier au plan de travail) Tournées de surveillance ciblées Implantation « Projet bonne nuit » sur toutes les unités (respect du sommeil selon la volonté des résidents inscrit sur le plan de travail). Baliser les pratiques d'utilisation des ridelles au niveau du CIUSSS MCQ | comité de travail mandaté par le comité de GDR Fonds prévus au plan triennal pour l'achat de lit | V | | En cours | Rencontre de suivi volet CIUSSS le 4 oct 2016. Recensement des lits pour l'ensemble des installations du CIUSSS afin d'avoir une vue d'ensemble. État de situation présentée au CGR le 1er novembre 2016. Processus en cours suivi fait avec le comité de gestion des risques. Recensement des lits à effectuer avec la direction des services techniques et la gestion des risques. Renouvellement du parc de lits se fera progressivement au cours des prochaines années. Inventaire à faire afin de déterminer la séquence du remplacement. 2017-04-24 Étude qui se poursuit |
| Direction des services professionnels et de la pertinence clinique | 1617-213 | Équipement | Pression neutre dans les salles | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | Inspecter système de ventilation afin de trouver la cause du problème. Modifier le système afin de mettre aux normes le système de façon temporaire. Prendre la mesure dans les salles toutes les semaines et au besoin. | Faire évaluer le système de ventilation par des ingénieurs afin de planifier les solutions à prévoir au système de ventilation / climatisation des salles d'opérations. Déposer les plans et devis et être prêt à partir en appel d'offre; Analyser les besoins en lien avec la mise à niveau du système de ventilation. Demander du financement pour mettre à niveau ou améliorer le système afin que les mesures soient prises en temps réel et que des alarmes. Le projet est présentement inscrit au PCFI 2017-2018 sous le numéro 51680. | V | 2019-02-19 | En cours | 2017-12-04 : Mise à jour des actions 2018-07-16 : Mise à jour des échéanciers, en attente de financement (MSSS). Prochaine rencontre : Février 2019 |
| Direction des soins infirmiers | 1617-222 | Médicament | Médication non cessée | Oui | N/A | N/A | Non | N/A | Modifier les règles de communications et clarifier les informations à transmettre entre l'USI et l'unité de médecine : Rédiger une note de service pour les unités de soins impliquées dans l'échange d'informations (unités de télémétrie et USI) MARS 2017 Diffuser les règles de communications et clarifier les informations à transmettre entre l'USI et l'unité de médecine. JUILLET 2017 Rédiger une procédure de télémétrie harmonisée précisant l'accès, la responsabilité de surveillance, les communications entre unités, les procédures lors de code bleu, d'arrêt de télémétrie, de gestion de priorité et l'entretien nettoyage. (2018-07-19) | Bâtir une formation sur la surveillance par télémétrie soit disponible au Plan de développement des compétences et disponible aux intervenants cliniques impliqués dans le processus; Offrir une formation sur l'administration des médicaments à risque élevé au plan de développement des compétences aux intervenants cliniques; Uniformiser les guides d'administration des médicaments intraveineux et les surveillances requises Décembre 2017 : Consultation de la règle d'administration des mdx à HR Élaborer une règle sur l'utilisation des médicaments à risque élevé qui guiderait les intervenants cliniques sur l'administration sécuritaire des médicaments à haut risque; (MARS 2018) Action à long terme : Évaluer les critères d'administration des perfusions de médicaments à haut risque doivent sur les unités de médecine au CIUSSS | V | | En cours | rencontre de prévue 2017-03-02 Relance : 2017-07-03 Relance pour politique : octobre 2017 Actions en cours : 2017-12-04 Rencontre de suivi : juin 2018_actions en cours |
| Direction du programme SAPA | 1617-270 | Chute | Chute avec fracture | Oui | N/A | N/A | Non | N/A | Aviser la résidente d'attendre le transport et demander de l'aide au besoin | Réparer le trottoir | R | Printemps 2017 | En cours | |