

# **TABLEAU INTÉGRÉ DU SUIVI DES PLANS D'AMÉLIORATION COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ 2016-2017**

---

Produit par la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et  
de l'éthique – Mars 2017

[www.ciusssmcq.ca](http://www.ciusssmcq.ca)

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

**Québec** 

# Table des matières

---

	<b>Page</b>
<a href="#">Synthèse de l'évolution des suivis</a>	3
<a href="#">État d'avancement global (Bilan)</a>	4
<a href="#">Protecteur du citoyen</a>	10
<a href="#">Agrément</a>	17
<a href="#">Inspection professionnelle</a>	29
<a href="#">CHSLD en suivi</a>	48
<a href="#">RI-RTF</a>	77
<a href="#">Résidences privées pour aînés (RPA)</a>	80
<a href="#">Autres plans d'action :</a>	99
- Vérificateur général Québec	99
- Plan d'action événements survenus à Cooke	102
- Plan opérationnel mesures de contrôle	105
- Plan d'action uniformisé AVC-AIT	107
Plan d'action en prévention des chutes	118
<a href="#">Suivi implantation meilleures pratiques</a>	123
<a href="#">Coroner</a>	127
<a href="#">Événements sentinelles</a>	131

## Tableau intégré du suivi des plans d'amélioration

### Synthèse de l'évolution des suivis 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Mise à jour du tableau: 2017-03-31

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

Recommandations Plan d'action	Évolution du taux d'avancement								Progression	Commentaire
	2015-2016	2016-2017								
	31-mars-16	CVQ 27-04-2016	CVQ 08-06-2016	CVQ 21-09-2016	CVQ 16-11-2016	CVQ 25-01-2017	CVQ 29-03-2017			
Protecteur du citoyen	79 % (11/14)	27 % (3/11)	55 % (6/11)	78 % (14/18)	56 % (18/32)	100 % (32/32)	94% (34/36)		De nouveaux rapports font fluctuer le taux de réalisation.	
Agrément - conditions prioritaires	93 % (56/60)	93 % (56/60)	93 % (56/60)	93 % (56/60)	93 % (56/60)	93 % (56/60)	98% (59/60)		il reste une seule condition à répondre.	
Agrément - recommandations priorités élevées et POR	74 % (302/406)	76 % (307/406)	76 % (309/406)	96 % (390/406)	96 % (391/406)	97 % (393/406)	99,8% (405/406)			
Inspections professionnelles	14 % (9/63)	17 % (11/63)	19 % (14/73)	38 % (28/73)	62 % (46/74)	62 % (46/74)	78% (58/74)			
Visite en CHSLD	40 % (52/131)	40 % (52/131)	30 % (45/150)	27 % (48/175)	28 % (58/210)	38 % (72/189)	50 % (94/188)		Mise à jour des rapports en suivi. Des actions sont en cours de réalisation ou déjà réalisées. L'état d'avancement est évalué lors de la prochaine visite de suivi.	
Visite en RI-RTF	0 % (0/17)	0 % (0/17)	0 % (0/17)	35 % (6/17)	35 % (6/17)	35 % (6/17)	35 % (6/17)			
Autres plans d'actions	65 % (90/138)	71 % (98/138)	85 % (117/138)	89 % (123/138)	89 % (123/138)	81 % (135/167)	82% (138/168)		Ajout d'un nouveau plan d'action qui fait fluctuer le taux d'avancement.	
Résidences pour aînées - Échues (Objectif "0", soit aucun certificat échu)	5 % (12/212)	2 % (6/211)	2 % (5/211)	1 % (1/210)	1 % (1/206)	0,5 % (1/203)	0%			
Suivi implantation des meilleures pratiques	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	15% (2/13)	13% (2/16)		Les 2 publications reportées (en attente du MSSS) sont exclues pour le calcul du taux d'avancement.	
Rapport du coroner	91 % (20/22)	0 % (0/2)	25 % (2/8)	89 % (8/9)	64 % (9/14)	100 % (14/14)	93% (14/15)		La réception d'un nouveau rapport fait diminuer le taux d'avancement.	
Événements sentinelles	65 % (119/182)	64 % (134/209)	55 % (64/117)	59 % (118/201)	63 % (158/249)	69 % (191/278)	70% (216/310)		Le tableau comprend également les événements survenus en 2015-2016 dont le suivi n'était pas complété au 1er avril 2016.	

° Notez que le taux d'avancement est influencé par l'ajout de nouveaux rapports entre les rencontres, ce qui peut parfois provoquer la diminution de taux d'avancement, et ce, même si des actions supplémentaires sont complétées.

° Notez également qu'en raison du changement d'année financière au 31 mars, les plans d'action complétés ainsi que les actions réalisées dans l'année précédente ont été retirés du Tableau intégré du suivi des plans d'amélioration pour 2016-2017.

## Tableau intégré du suivi des plans d'amélioration

## Bilan - État d'avancement des suivis - 2016-2017

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
Frais d'ambulance NR: 14-18233	2015-09-28	2016-03-31	1	1	100%	
Frais d'ambulance NR: 14-19277	2015-10-02	2016-03-31	3	3	100%	
Réclamation objet perdu ou brisé NR: 15-08234	2015-12-08	2016-01-08	2	2	100%	
Réclamation objet perdu ou brisé NR: 15-07527	2016-04-04	2016-05-04	3	3	100%	
Frais d'ambulance NR: 15-08199	2016-03-23	2016-04-15	2	2	100%	
Organisme communautaire NR-16-01378	2016-07-01	2016-07-21	3	3	100%	
Réclamation objet perdu ou brisé NR-16-06052	2016-08-30	2016-12-02	4	4	100%	
Soins et services des Services régionaux jeunesse NR-15-0674	2016-09-13	2016-11-15	5	5	100%	
Soins et services des Services régionaux jeunesse NR-15-01813	2016-08-04	2016-09-30	3	3	100%	Dossier terminé
Frais d'ambulance NR-15-14496	2016-08-10	2016-08-30	1	1	100%	Dossier terminé
Soins et services des Services régionaux jeunesse NR-15-09438	2016-09-27	2016-10-27	5	5	100%	
Soins et services - produits d'incontinence NR-16-14176	2017-02-27	2017-03-31	2	0	0%	Rapport d'intervention concernant 8 établissements
Soins et services des Services régionaux jeunesse NR-14-04336	2017-01-10	2017-02-15	2	2	100%	Terminé
9 rapports reçus sans recommandations (Dossier fermé)	NA	NA	0	0	NA	Sans recommandation
<b>CIUSSS</b>			36	34	94%	

AGRÉMENT				État d'avancement			
Réseaux locaux de services (RLS)	Date du rapport	Échéancier	Nombre de conditions	Nombre de réalisées	Réponse aux conditions prioritaires *	Réponse à l'ensemble des conditions	Commentaire
Suivi de l'agrément complété: Maskinongé, Vallée-de-la-Batiscan, Arthabaska-Érable, Services Jeunesse, DITED et DP	NA	NA	228	228	100 %	100%	
Énergie	2014-05-01	2016-03-11	56	56	100 %	100%	
Bécancour–Nicolet-Yamaska	2014-07-16	2016-04-16	12	12	100%	100%	
Trois-Rivières	2015-01-12	2016-05-27	29	29	100 %	100%	
Drummond	2015-02-25	2016-07-06	31	31	100 %	100%	
Haut Saint-Maurice	2015-03-19	2016-07-27	45	45	100 %	100%	
Services régionaux de réadaptation en dépendance (vérifier avec Chantal)	2015-11-23	2017-04-30	5	4	80%	80%	Il reste une condition à répondre pour le 30 avril 2017
<b>CIUSSS</b>	NA	2016-07-06	406	405	98%	99,8%	

Ce tableau comprend les recommandations et suivis des priorités élevées et POR uniquement.

INSPECTION PROF.				État d'avancement		
Ordre professionnel	Date du rapport	Échéancier	Nombre de recommandations	Nombre de réalisées	% de réalisation	Commentaire
Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (Haut St-Maurice)	2014-06-30	non déterminé	6	3	50%	
Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (Arthabaska-Érable)	2015-03-20	2016-11-30	14	12	86%	
Ordre des Pharmaciens du Québec (Arthabaska-Érable)	2015-05-01	2016-04-15	12	11	92%	L'OPQ a accordé un dernier délai: 15 avril 2017
Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (Maskinongé)	2015-07-29	2016-07-29	8	8	100%	Plan d'amélioration terminé
Ordre des Pharmaciens du Québec (Trois-Rivières)	2016-02-08	2017-02-15	14	14	100%	Preuves déposées satisfaisantes. L'OPQ souhaite être informé des développements pour certains dossiers. On s'attend à une nouvelle visite en juin.
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (Services régionaux jeunesse)	2016-02-05	2017-04-30	10	0	0%	plan d'action transmis à l'OIIQ. En attente du retour du comité d'inspection professionnel pour l'acceptation du plan.
Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (Haut-St-Maurice)	2016-02-19	2016-12-31	10	10	100%	Démarches entreprises pour améliorer les pratiques professionnelles dans l'ensemble du CIUSSS MCQ dans une perspective d'amélioration continue.
Ordre professionnel des technologues médicaux du Québec (OPTMQ)	NA	NA	NA	NA	G	Il s'agit de visites d'inspections individuelles. Aucun suivi requis de l'établissement (l'inspection organisationnelle est désormais réalisée par la démarche d'agrément).
<b>CIUSSS</b>			74	58	78%	

VISITES EN CHSLD				État d'avancement		
Installation en suivi	Date visite	Échéancier (estimé)	Nombre de recomman-	Nombre de réalisées	% de réalisation	Commentaire
Cloutier-du-Rivage (Trois-Rivières)	2014-10-22	2016-10-21	7	4	57%	Ancien cycle de visites ministérielles. Sera visitée à nouveau sous peu.
CSSS du Haut St-Maurice	2015-01-13	2017-01-12	11	8	73%	Ancien cycle de visites ministérielles. Sera visitée à nouveau sous peu.
Frédéric-George-Hériot (Drummond)	2015-06-11	2018-06-10	5	5	100%	Toutes les recommandations ont été réalisées.
Du Chêne (Arthabaska-Érable)	2015-09-01	2018-08-31	10	7	70%	
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	2	67%	
l'Accueil Bon-Conseil (Drummond)	2015-11-11	2018-11-10	3	2	67%	
Louis Denoncourt (Trois-Rivières)	2015-11-25	2018-11-24	8	5	63%	
Pavillon St-Joseph (Trois-Rivières)	2015-11-26	2018-11-25	7	5	71%	
Du Roseau (Arthabaska-et-de-l'Érable)	2016-01-19	2019-01-18	9	4	44%	
Avellin-Dalcourt (Maskinongé)	2016-03-21	2019-03-21	11	7	64%	
Saint-Maurice (Énergie)	2016-03-24	2019-03-24	7	3	43%	
Lucien-Shooner (Bécancour-Nicolet-Yamaska)	2016-04-26	2019-04-26	5	2	40%	
Romain-Becquet (Bécancour-Nicolet-Yamaska)	2016-04-27	2019-04-27	7	3	43%	
Fortierville (Bécancour-Nicolet-Yamaska)	2016-04-28	2019-04-28	5	1	20%	
Cooke (Trois-Rivières)	2016-05-25	2019-05-25	6	4	67%	
Mgr Paquin (Vallée-de-la-Batiscan)	2016-07-13	2019-07-13	11	3	27%	
La Pérade (Vallée-de-la-Batiscan)	2016-07-14	2019-07-14	8	2	25%	
Ste-Thècle (Vallée-de-la-Batiscan)	2016-09-14	2019-09-14	10	5	50%	
St-Narcisse (Vallée-de-la-Batiscan)	2016-09-15	2019-09-15	9	1	11%	
Warwick (anciennement Étoiles-d'Or) (Arthabaska-et-de-l'Érable)	2016-10-03	2019-10-03	10	5	50%	
St-Eusèbe (Arthabaska-et-de-l'Érable)	2016-10-04	2019-10-04	6	1	17%	
Roland-Leclerc (Trois-Rivières)	2016-11-01	2019-11-01	4	1	25%	
Plessisville (anciennement Tilleul) (Arthabaska-et-de-l'Érable)	2016-11-23	2019-11-23	8	3	38%	
Lyster (anciennement Quatre-Vents) (Arthabaska-et-de-l'Érable)	2016-11-24	2019-11-24	8	3	38%	
Lafèche (Énergie)	2017-02-01	2020-01-31	3	1	33%	Plan d'amélioration en cours de rédaction
<b>CIUSSS</b>			188	94	50%	

VISITES EN RI-RTF				État d'avancement		
Installation	Date visite	Échéancier	Nombre de recomman-	Nombre de réalisées	% de réalisation	Commentaire
RI-RTF Programme DI-TSA	2015-01-29	2017-04-12	3	0	0%	État d'avancement présenté au MSSS en avril.
RI-RTF Programme Jeunes en difficulté	2015-07-23	2017-07-21	7	6	86%	Des actions sont en cours de réalisation, ou déjà réalisées. L'état d'avancement sera connu lors de la prochaine visite de
RI-RTF Programme Santé mentale	2015-12-09	2017-12-19	7	0	0%	État d'avancement présenté au MSSS en décembre 2016
<b>CIUSSS</b>			17	6	35%	

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	5	83%	
Plan d'action événements survenus à Cooke (fait)	2015-08-31	à venir	64	57	89%	Échéancier à déterminer pour certaines actions
Plan opérationnel mesures de contrôle	2015-09-03	2016-06-30	16	16	100%	
Plan d'action uniformisé AVC-AIT	2015-09-11	ND	52	49	94%	
Plan d'action en prévention des chutes (fait)	2016-11-29	2020-03-31	30	11	37%	
<b>CIUSSS</b>			168	138	82%	

\*Sur les 11 recommandations, 5 relèvent finalement uniquement du MSSS.

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	200	97%	0	3 %	0%	4 RPA fermées. 2 en cessation des activités. 1 en révocation de certificat.

SUIVI IMPLANTATION DES MEILLEURES PRATIQUES		État d'avancement				
Guides - publications- Plans d'action	Nombre reçu	en analyse	en implantation	Reporté	Non pertinent ou implanté	Commentaire
Nombre de guides et de publications applicables au CIUSSS MCQ	18	10	4	2	2	
		56%	22%	11%	11%	

RAPPORT CORONER			État d'avancement			
Numéro du rapport	Date du rapport	Échéancier	Nombre de recomman-	Nombre de réalisées	% de réalisation	Commentaire
A-180736 (Drummond)	2015-12-10	2016-03-15	1	1	100%	
A-180664 (Trois-Rivières)	2016-02-15	2016-05-15	1	1	100%	
A-180745 (RPA)	2016-03-14	2016-06-13	1	1	100%	
A-183698 (Maskinongé)	2016-04-20	2016-07-19	1	1	100%	
A-181747 (Drummond)	2016-04-27	2016-07-26	1	1	100%	
A-330226 (CIUSSS MCQ - Déficience physique)	2016-05-10	2016-08-08	2	2	100%	Décès survenu dans une autre région diffusé à titre préventif aux services concernés
A-325599 (CIUSSS MCQ - Déficience physique)	2016-05-15	2016-08-18	1	1	100%	Décès survenu dans une autre région diffusé à titre préventif aux services concernés
A-178480 (Préhospitalier d'urgence)	2016-06-07	2016-09-06	1	1	100%	
A-182002 (Enquête publique-Trois-Rivières)	2016-07-19	à venir	3	3	100%	Réponse transmise au Bureau du coroner et plan d'action en cours.
A-175317 (RPA)	2016-08-31	2016-11-30	2	2	100%	
A-173825 (RNI)	2016-11-25	2017-02-25	1	0	0%	Demande d'un délai supplémentaire pour faire le suivi auprès de l'ensemble des RTF. En attente.
<b>CIUSSS</b>			15	14	93%	



ÉVÉNEMENTS SENTINELLES			État d'avancement				
Nom du Plan d'action	Catégorie d'événement	Échéancier	Nb d'événements	Nb terminés	% de réalisation	% Divulgation	Commentaire
Direction des soins infirmiers (DSI)	Chute	2016-03-31	13	10	77%	92%	
	Médication	NA	5	2	40%	60 %	Un dossier en rouge parce qu'il manque une action à conclure.
	Autre	NA	11	3	27%	100%	
Direction des services professionnels et de la pertinence clinique (DSPPC)	Chute	NA	9	8	89%	100%	
	Médication	NA	4	2	50%	25 %	
	Autre	NA	31	18	58%	94%	
Direction des services multidisciplinaires (DSM)	Chute	NA	3	2	67%	67%	
	Médication	NA	4	3	75%	75 %	
	Autre	NA	10	5	50%	70%	
Direction du programme SAPA	Chute	NA	129	104	81%	84 %	
	Médication	NA	6	4	67%	67 %	
	Autre	NA	25	20	80%	80 %	
Direction programme déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme	Chute	NA	3	3	100%	100 %	
	Autre	NA	1	1	100%	100 %	
Direction programme santé mentale adulte et dépendance (DSMD)	Chute	NA	5	5	100%	100 %	
	Médicament	NA	2	0	0%	50 %	
	Autre	NA	28	18	64%	93 %	
Direction programme jeunesse - famille	Autre	NA	10	5	50%	60 %	
Direction des services techniques	Autre	NA	5	0	0%	N/A	
Direction de la logistique	Autre	NA	1	1	100%	N/A	
Direction des ressources informationnelles	Autre	NA	1	1	100%	N/A	
Direction de la Santé publique et responsabilité populationnelle	Autre	NA	1	0	0%	N/A	
Protection de la jeunesse	Autre	NA	3	1	33%	100 %	
<b>CIUSSS</b>			310	216	70%	82 % (228/278)	Comme de nouveaux événements sont ajoutés régulièrement, cela influence le taux de réalisation. De plus, il y a eu retrait de doublons ou d'événements qui n'étaient pas sentinelles.

# Tableau intégré - Protecteur du citoyen

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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
Arthabaska-Érable	NR: 14-18233	CIUSSS MCQ	2015-09-28	Frais de transport ambulancier	1	Mettre en place une politique harmonisée de transport des usagers pour l'ensemble du CIUSSS, en s'assurant que les critères pour appliquer la nécessité médicosociale ne soient pas limitatifs et tiennent compte de la situation sociale de la personne transportée, de même que du jugement du professionnel de la santé qui atteste de la nécessité du transport.	DSM	G	2016-03-31	2016-07-06	
Énergie	NR: 14-19277	CIUSSS MCQ	2015-10-02	Frais de transport ambulancier	2	Mettre en place une politique de transport des usagers harmonisée pour l'ensemble du CIUSSS, en s'assurant que les critères pour appliquer la nécessité médicosociale ne soient pas limitatifs et tiennent compte de l'évaluation de la nécessité sociale d'un transport par ambulance pour les usagers âgés de 65 ans et plus.	DSM	G	2016-03-31	216-07-06	
CIUSSS MCQ	NR: 15-08234	CH	2015-12-08	Réclamation pour objet perdu ou brisé	2	S'assurer, dès maintenant, que la DQEPE de l'Hôpital Ste-Croix tienne compte du coût de remplacement pour un objet équivalent lors de l'évaluation de l'indemnisation due à un usager pour la perte ou le bris d'un objet, lorsque la responsabilité de l'établissement est établie.	DQEPE	G	2016-01-08	2016-02-10	
Arthabaska-Érable	NR: 15-14616	CLSC	2016-03-16	Absence d'aide pour trouver une ressources d'hébergement	NA	Aucune recommandation	DAMD	G	2016-03-16	2016-03-16	

# Tableau intégré - Protecteur du citoyen

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	NR: 15-07527	CHSLD	2016-04-04	Réclamation pour objet perdu ou brisé	1	Rembourser le montant payé pour la nouvelle prothèse auditive avec une dépréciation de 20 %	DAH-sud	G	2016-05-04	2016-05-16	
Drummond	NR: 15-07527	CHSLD	2016-04-04	Réclamation pour objet perdu ou brisé	2	Retirer à la Politique des effets personnels ainsi qu'au guide d'accueil remis aux résidents l'information qui précise que le CSSS Drummond ne sera en aucun cas tenu responsable des pertes, bris ou vol d'effets personnels des usagers.	DAH-sud	G	2016-05-04	2016-05-16	
Drummond	NR: 15-07527	CHSLD	2016-04-04	Réclamation pour objet perdu ou brisé	3	S'assurer qu'un rapport de déclaration d'incident est rempli lorsqu'il y a disparition de biens personnels des usagers et cela au moment où il y a constatation de la perte, bris ou vol d'objets.	DAH-sud	G	2016-05-04	2016-05-16	
Énergie	NR: 15-08199	CH	2016-03-23	Frais de transport ambulancier	1	Faire annuler, d'ici le 15 avril 2016, la facture du transport par ambulance du 27 mars 2015	DSM	G	2016-04-15	2016-07-06	
Énergie	NR: 15-08199	CH	2016-03-23	Frais de transport ambulancier	2	Cesser, d'ici le 15 avril 2015, la pratique consistant à facturer d'emblée les transports par ambulance aux usagers de 65 ans et plus qui ont quitté l'urgence sans avoir vu le médecin.	DSM	G	2016-04-15	2016-07-06	
Maskinongé	NR: 15-08010 / 15-08011	CHSLD	2016-06-01	Soins et services	0	Aucune recommandation		G	2016-06-01	2016-06-01	
Services régionaux jeunesse	NR 15-03794	CJ	2016-07-06	Soins et services	0	Aucune recommandation		G	2016-07-06	2016-07-06	
Services régionaux jeunesse	NR 15-08394	CJ	2016-07-06	Soins et services	0	Aucune recommandation		G	2016-07-06	2016-07-06	
Trois-Rivières	NR 15-13548	CH	2016-07-04	Frais de chambre	0	Aucune recommandation		G	2016-07-04	2016-07-04	

# Tableau intégré - Protecteur du citoyen

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	NR-15-15240	CH	2016-07-21	Soins et services	0	Aucune recommandation		G	2016-07-21	2016-07-21	
Services régionaux jeunesse	NR-16-01378	CJ	2016-07-06	Soins et services	0	Fermeture du dossier en raison de l'absence de retour d'appel du plaignant.	Organisme communautaire	G	2016-07-06	2016-07-06	
Énergie	NR-15-18139	Organisme communautaire	2016-06-02	Traitement des plaintes	1	Adopter une politique de traitement des plaintes et établir un plan de diffusion.	Organisme communautaire	G	ND	2016-07-21	Aucune recommandation pour le CIUSSS MCQ
Énergie	NR-15-18139	Organisme communautaire	2016-06-02	Traitement des plaintes	2	Informers le Protecteur du citoyen des différents travaux réalisés	Organisme communautaire	G	2016-06-30	2016-07-21	
Énergie	NR-15-18139	Organisme communautaire	2016-06-02	Traitement des plaintes	3	Déposer la politique élaborée au Protecteur du citoyen	Organisme communautaire	G	ND	2016-07-21	
Trois-Rivières	NR-16-06052	CH	2016-08-30	Réclamation pour objet perdu ou brisé	1	Rembourser le montant payé pour la nouvelle prothèse auditive avec une dépréciation de 20 %	DA-PCS	G	2016-10-07	2016-12-08	
Trois-Rivières	NR-16-06052	CH	2016-08-30	Réclamation pour objet perdu ou brisé	2	Poursuivre la démarche entreprise concernant la production d'une politique en cas de bris et la transmettre au Protecteur du citoyen	DA-PCS	G	2016-11-18	2016-12-08	
Trois-Rivières	NR-16-06052	CH	2016-08-30	Réclamation pour objet perdu ou brisé	3	Informers l'ensemble du personnel concerné des responsabilités qui incombent à l'établissement en matière de bris, perte ou vol d'objets appartenant aux usagers et en informer le Protecteur du citoyen.	DA-PCS	G	2016-12-02	2016-12-08	
Trois-Rivières	NR-16-06052	CH	2016-08-30	Réclamation pour objet perdu ou brisé	4	Faire un rappel écrit à tous les intervenants du CIUSSS MCQ de produire un rapport AH-223 lorsqu'il y a perte, vol ou bris d'un bien personnel déclaré par un usager et en faire parvenir une copie au Protecteur du citoyen.	DSM	G	2016-10-07	2016-12-08	

# Tableau intégré - Protecteur du citoyen

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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 régionaux jeunesse	NR-15-0674	CJ	2016-09-13	Soins et services	1	Formaliser le processus de traitement des signalements et définir, dans une procédure interne, les rôles et responsabilités de chaque intervenant au regard du traitement des signalements et des vérifications complémentaires sur le terrain	DPJ-DP	G	2016-11-15	2016-11-10	
Services régionaux jeunesse	NR-15-0674	CJ	2016-09-13	Soins et services	2	Prévoir, dans cette procédure, des audits permettant un contrôle, a posteriori, de la qualité des services offerts;	DPJ-DP	G	2016-11-15	2016-11-10	
Services régionaux jeunesse	NR-15-0674	CJ	2016-09-13	Soins et services	3	Diffuser cette procédure auprès de ces employés	DPJ-DP	G	2016-11-15	2016-11-10	
Services régionaux jeunesse	NR-15-0674	CJ	2016-09-13	Soins et services	4	Rappeler à ses employés que le SSP est un outil d'accompagnement à la pratique et qu'il ne doit en aucun cas se substituer à leur propre jugement clinique;	DPJ-DP	G	2016-11-15	2016-11-10	
Services régionaux jeunesse	NR-15-0674	CJ	2016-09-13	Soins et services	5	Prendre des mesures afin de s'assurer que les motifs de compromission prévus à l'article 38 de la Loi sur la protection de la jeunesse soient interprétés de façon uniforme par l'ensemble de son personnel appelé à le faire dans le cadre de son travail.	DPJ-DP	G	2016-11-15	2016-11-10	
Services régionaux jeunesse	NR-15-01813	CJ	2016-08-04	Soins et services	1	Rappeler aux intervenants que le rapport produit au terme de l'évaluation est officiel et accessible aux usagers.	DPJ-DP	G	2016-09-30	2016-10-25	Dossier terminé

# Tableau intégré - Protecteur du citoyen

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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 régionaux jeunesse	NR-15-01813	CJ	2016-08-04	Soins et services	2	Se doter de consignes claires quant à la rédaction des rapports d'évaluation afin que le document produit par SSP soit systématiquement revu et qu'il soit représentatif de l'évaluation réalisée et compréhensible pour tout lecteur externe susceptible d'y avoir accès.	DPJ-DP	G	2016-09-30	2016-10-25	Dossier terminé
Services régionaux jeunesse	NR-15-01813	CJ	2016-08-04	Soins et services	3	Diffuser les consignes adoptées à l'ensemble des intervenants concernés.	DPJ-DP	G	2016-09-30	2016-10-25	Dossier terminé
Énergie	NR-15-14496	CH	2016-08-10	Frais de transport ambulancier	1	Prendre les moyens appropriés afin que la facture du transport ambulancier du 1er août 2015 au centre hospitalier soit annulée.	DSM	G	2016-07-15	2016-08-30	Dossier terminé
Services régionaux jeunesse	NR-15-09438	CJ	2016-09-27	Soins et services	1	S'assurer que les intervenants à l'application des mesures du Centre jeunesse fassent un suivi rigoureux des références adressées au Guichet d'accès en santé mentale jeunesse jusqu'à ce que celui-ci ait rendu une décision clinique et qu'ils consignent aux dossiers des usagers toute information pertinente s'y rattachant;	DPJ-DP	G	2016-10-27	2016-12-14	
Services régionaux jeunesse	NR-15-09438	CJ	2016-09-27	Soins et services	2	Élaborer une procédure permettant d'assurer l'arrimage et la continuité des services entre le centre jeunesse et les autres services du CIUSSS MCQ, particulièrement lors des références au Guichet d'accès en santé mentale jeunesse;	DPJ-DP	G	2016-10-27	2016-12-14	

# Tableau intégré - Protecteur du citoyen

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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 régionaux jeunesse	NR-15-09438	CJ	2016-09-27	Soins et services	3	Diffuser et s'assurer du respect de cette procédure auprès du personnel concerné	DPJ-DP	G	2016-10-27	2016-12-14	
Services régionaux jeunesse	NR-15-09438	CJ	2016-09-27	Soins et services	4	Prendre les moyens jugés pertinents afin de s'assurer de l'élaboration de plans de service individualisés qui déterminent les rôles et responsabilités afin que soient coordonnés les services du centre jeunesse avec les autres services du CIUSSS MCQm, lorsque requis.	DPJ-DP	G	2016-10-27	2016-12-14	
Services régionaux jeunesse	NR-15-09438	CJ	2016-09-27	Soins et services	5	Rappeler aux intervenants à l'application des mesures du Centre jeunesse l'importance de consigner des notes complètes au dossier, notamment lorsqu'ils interviennent auprès d'un adolescent ou de sa famille d'accueil lorsque celui-ci enfreint les règles de la maison.	DPJ-DP	G	2016-10-27	2016-12-14	
CIUSSS MCQ	NR-15-18147	CH	2016-11-30	Frais de chambre	0	Aucune recommandation		G	2016-11-30	2016-11-30	
CIUSSS MCQ	NR-16-04910	CH	2016-12-06	Soins et services	0	Aucune recommandation		G	2016-12-06	2016-12-06	
Service en dépendance	NR-16-14909	CR	2017-02-16	Soins et services	0	Aucune recommandation		O	2017-02-16	2017-02-16	<b>Terminé</b>
CIUSSS MCQ	NR-16-14176	CHSLD	2017-02-27	Soins et services - produits d'incontinence	1	Retirer le terme "quotas" de toutes ses communications écrites ou verbales afin d'éviter toute confusion auprès du personnel de soin avec les attentes de l'établissement quant à la fréquence du changement des produits d'incontinence qui se doit d'être centrée sur les besoins des résidents.	DPSAPA	O	2017-03-31		Rapport d'intervention concernant 8 établissements au Québec.

# Tableau intégré - Protecteur du citoyen

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	NR-16-14176	CHSLD	2017-02-27	Soins et services - produits d'incontinence	2	Préciser au personnel de soin les modalités d'utilisation de l'indicateur d'absorption sur les produits d'incontinence et insister sur le fait que celui-ci ne vise en aucun temps à éviter le changement d'une culotte souillée.	DPSAPA	O	2017-03-31		
Services régionaux jeunesse	NR-14-04336	CJ	2017-01-10	Soins et services	1	Prendre les moyens jugés nécessaires afin que les intervenants à l'évaluation et l'orientation des signalements ainsi que leur chef de service soient informés de la procédure à suivre en cas d'allégations d'abus sexuels, particulièrement lorsque le présumé agresseur oeuvre auprès du centre jeunesse.	DPJ-DP	O	2017-02-15	2017-02-23	<b>Terminé</b>
Services régionaux jeunesse	NR-14-04336	CJ	2017-01-10	Soins et services	2	Informe l'intervenante à l'évaluation et l'orientation des signalements ainsi que la chef de service du fait qu'elles auraient dû aviser le superviseur de visite des allégations à son endroit avant d'autoriser la suite des visites avec lui.	DPJ-DP	O	2017-02-15	2017-02-23	<b>Terminé</b>



# Tableau intégré - Agrément des soins et des services

## Recommandations et suivis des priorités élevées et POR - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	Organisme d'agrément	Installation	Date rapport/ lettre	Normes	#	Recommandations (critères)	Type	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Énergie	Agrément Canada	CSSS de l'Énergie	2014-05-01	Services de soins primaires	6.2	La clinique dispose de politiques et de procédures écrites pour évaluer chaque client au point de contact et identifier les clients qui ont des besoins immédiats ou urgents.	Priorité élevée	G	2015-09-11	2016-09-15	
Bécancour-Nicolet-Yamaska	Agrément Canada	CSSSBNY	2014-07-16	Normes sur le leadership	10.14	Les dossiers des ressources humaines sont entreposés conformément aux règlements applicables de manière à protéger la vie privée des personnes.	Priorité élevée	G	2015-10-16	2016-05-09	Prolongation jusqu'au 16 avril 2016
Bécancour-Nicolet-Yamaska	Agrément Canada	CSSSBNY	2014-07-16	Prévention des infections	12.16	L'organisme fait le suivi des appareils ou instruments envoyés à la stérilisation pour être en mesure d'en faire le rappel en cas de panne ou de défaillance du système de stérilisation.	Priorité élevée	G	2015-10-16	2016-05-09	Prolongation jusqu'au 16 avril 2016
Trois-Rivières	Agrément Canada	CSSSTR	2015-01-12	Normes sur le leadership	2.10.4	L'organisme effectue des évaluations des risques pour vérifier le risque de violence en milieu de travail.	POR	G	2016-05-27	2016-05-27	Confirmation lettre du 23 juin 2016
Trois-Rivières	Agrément Canada	CSSSTR	2015-01-12	Normes sur les ADBD	8.2.1	Celui qui effectue une ADBD utilise au moins deux identificateurs de client avant d'effectuer une ADBD.	POR	G	2016-05-27	2016-05-27	Confirmation lettre du 23 juin 2016
Trois-Rivières	Agrément Canada	CSSSTR	2015-01-12	Normes sur le leadership	2.10.7	Le personnel d'encadrement de l'organisme étudie les rapports trimestriels sur les incidents liés à la violence au travail. Il se sert des renseignements ainsi obtenus pour améliorer la sécurité, réduire les incidents impliquant la violence et apporter des améliorations à la politique sur la prévention de la violence en milieu de travail.	POR	G	2016-05-27	2016-05-27	Confirmation lettre du 23 juin 2016
Trois-Rivières	Agrément Canada	CSSSTR	2015-01-12	Normes sur le leadership	10.7	L'organisme définit par écrit les rôles et les responsabilités en matière de sécurité des usagers.	Priorité élevée	G	2016-05-27	2016-05-27	Confirmation lettre du 23 juin 2016
Trois-Rivières	Agrément Canada	CSSSTR	2015-01-12	Prévention des infections	11.1	L'organisme se conforme à ses politiques et procédures, ainsi qu'aux lois, lorsqu'il manipule le linge souillé, les matières infectieuses et les déchets dangereux.	Priorité élevée	G	2016-05-27	2016-12-22	Confirmation lettre du 22 décembre 2016

# Tableau intégré - Agrément des soins et des services

## Recommandations et suivis des priorités élevées et POR - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	Organisme d'agrément	Installation	Date rapport/ lettre	Normes	#	Recommandations (critères)	Type	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Trois-Rivières	Agrément Canada	CSSSTR	2015-01-12	Prévention des infections	11.2	L'organisme considère l'équipement et les appareils utilisés comme étant contaminés et susceptibles de provoquer une infection et il les transporte de façon appropriée dans une zone de décontamination ou d'élimination désignée.	Priorité élevée	G	2016-05-27	2016-05-27	Confirmation lettre du 23 juin 2016
Trois-Rivières	Agrément Canada	CSSSTR	2015-01-12	Gestion des médicaments	13.4	L'organisme range les gaz anesthésiques et les agents anesthésiques volatils à l'état liquide dans des aires dotées d'une ventilation adéquate, conformément aux directives du fabricant.	Priorité élevée	G	2016-05-27	2016-05-27	Confirmation lettre du 23 juin 2016
Trois-Rivières	Agrément Canada	CSSSTR	2015-01-12	Normes sur les ADBD	8.1	Avant l'analyse, celui qui effectue une ADBD obtient le consentement éclairé du client.	Priorité élevée	G	2016-05-27	2016-05-27	Confirmation lettre du 23 juin 2016
Trois-Rivières	Agrément Canada	CSSSTR	2015-01-12	Services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer	7.1	L'équipe reçoit et consigne au dossier le consentement éclairé du client avant d'entreprendre la prestation de services.	Priorité élevée	G	2016-05-27	2016-05-27	Confirmation lettre du 23 juin 2016
Trois-Rivières	Agrément Canada	CSSSTR	2015-01-12	PMA laboratoires	11.1	L'équipe du laboratoire sélectionne, recueille, analyse et fait le suivi d'indicateurs de qualité et de sécurité afin d'évaluer la qualité de ses services, et elle utilise les données qui en découlent pour cerner les possibilités d'amélioration.	Priorité élevée	G	2016-05-27	2016-05-27	Confirmation lettre du 23 juin 2016
Trois-Rivières	Agrément Canada	CSSSTR	2015-01-12	Normes d'imagerie diagnostique	3.1	L'équipe dispose de profils de postes qui définissent les compétences, les rôles et les responsabilités.	Priorité élevée	G	2016-05-27	2016-05-27	Confirmation lettre du 23 juin 2016
Trois-Rivières	Agrément Canada	CSSSTR	2015-01-12	Normes d'imagerie diagnostique	5.1	L'équipe reçoit la formation et les mises à jour sur les règlements relatifs au Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT).	Priorité élevée	G	2016-05-27	2016-05-27	Confirmation lettre du 23 juin 2016
Trois-Rivières	Agrément Canada	CSSSTR	2015-01-12	Services d'obstétrique	9.10	L'équipe dispose d'une politique et d'une procédure pour le comptage des éponges et des aiguilles avant et après les accouchements vaginaux.	Priorité élevée	G	2016-05-27	2016-05-27	Confirmation lettre du 23 juin 2016

# Tableau intégré - Agrément des soins et des services

## Recommandations et suivis des priorités élevées et POR - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité  
Information mise à jour 2017-03-31

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	Organisme d'agrément	Installation	Date rapport/ lettre	Normes	#	Recommandations (critères)	Type	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Trois-Rivières	Agrément Canada	CSSSTR	2015-01-12	Services de laboratoires biomédicaux	7.1	L'organisme limite l'accès aux secteurs du laboratoire aux membres autorisés de l'équipe.	Priorité élevée	G	2016-05-27	2016-05-27	Confirmation lettre du 23 juin 2016
Trois-Rivières	Agrément Canada	CSSSTR	2015-01-12	Services de laboratoires biomédicaux	8.1	Le laboratoire s'assure de la propreté et du bon entretien de tous les espaces de travail.	Priorité élevée	G	2016-05-27	2016-05-27	Confirmation lettre du 23 juin 2016
Trois-Rivières	Agrément Canada	CSSSTR	2015-01-12	Services de laboratoires biomédicaux	8.2	La disposition des locaux dans le laboratoire prévient la contamination croisée par la séparation de certaines activités incompatibles.	Priorité élevée	G	2016-05-27	2016-05-27	Confirmation lettre du 23 juin 2016
Trois-Rivières	Agrément Canada	CSSSTR	2015-01-12	Services de laboratoires biomédicaux	8.3	La conception et la disposition des locaux permettent de laver, de nettoyer et de désinfecter aisément les aires de travail, l'équipement, les planchers et les murs.	Priorité élevée	G	2016-05-27	2016-05-27	Confirmation lettre du 23 juin 2016
Trois-Rivières	Agrément Canada	CSSSTR	2015-01-12	Services de laboratoires biomédicaux	16.1	L'équipe suit des PON pour la préparation des fournitures, des réactifs ou des milieux de culture.	Priorité élevée	G	2016-05-27	2016-05-27	Confirmation lettre du 23 juin 2016
Trois-Rivières	Agrément Canada	CSSSTR	2015-01-12	Services de laboratoires biomédicaux	17.1	L'équipe suit des PON pour le retraitement et la stérilisation qui sont conformes aux lois et aux règlements applicables.	Priorité élevée	G	2016-05-27	2016-12-22	Confirmation lettre du 22 décembre 2016
Trois-Rivières	Agrément Canada	CSSSTR	2015-01-12	Services de laboratoires biomédicaux	30.4	Dans le cadre du système de gestion de la qualité, l'équipe évalue les services grâce à des contrôles internes, à des évaluations et à des processus d'amélioration.	Priorité élevée	G	2016-05-27	2016-05-27	Confirmation lettre du 23 juin 2016
Trois-Rivières	Agrément Canada	CSSSTR	2015-01-12	Services de laboratoires biomédicaux	30.9	L'équipe établit des objectifs et effectue un suivi des temps d'attente et des délais moyens de réponse pour les demandes de services de laboratoire non urgentes, urgentes et très urgentes.	Priorité élevée	G	2016-05-27	2016-05-27	Confirmation lettre du 23 juin 2016
Trois-Rivières	Agrément Canada	CSSSTR	2015-01-12	Services de santé mentale	8.8	L'équipe dispose d'un processus pour obtenir le consentement éclairé de l'utilisateur ou de la famille avant la prestation des services.	Priorité élevée	G	2016-05-27	2016-05-27	Confirmation lettre du 23 juin 2016

# Tableau intégré - Agrément des soins et des services

## Recommandations et suivis des priorités élevées et POR - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	Organisme d'agrément	Installation	Date rapport/ lettre	Normes	#	Recommandations (critères)	Type	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Trois-Rivières	Agrément Canada	CSSSTR	2015-01-12	Services de santé mentale	11.1	L'équipe respecte les politiques de l'organisme sur la prescription, la distribution, le rangement, la manipulation et l'élimination des médicaments, en toute sécurité.	Priorité élevée	G	2016-05-27	2016-05-27	Confirmation lettre du 23 juin 2016
Trois-Rivières	Agrément Canada	CSSSTR	2015-01-12	Services des urgences	10.2	L'équipe suit la politique de l'hôpital pour obtenir le consentement éclairé du client en ce qui concerne le traitement ou l'investigation.	Priorité élevée	G	2016-05-27	2016-05-27	Confirmation lettre du 23 juin 2016
Trois-Rivières	Agrément Canada	CSSSTR	2015-01-12	Services transfusionnels	6.6	L'équipe se conforme à des procédures de sécurité à l'égard des produits biologiques, y compris des précautions universelles, lorsqu'elle manipule, examine ou détruit des produits biologiques.	Priorité élevée	G	2016-05-27	2016-05-27	Confirmation lettre du 23 juin 2016
Trois-Rivières	Agrément Canada	CSSSTR	2015-01-12	Services transfusionnels	8.3	L'équipe maintient le système d'alarme en bon état afin d'avertir le personnel des changements de conditions ou des défauts, et elle le vérifie régulièrement.	Priorité élevée	G	2016-05-27	2016-05-27	Confirmation lettre du 23 juin 2016
Trois-Rivières	Agrément Canada	CSSSTR	2015-01-12	Télésanté	8.3	L'équipe s'assure que les clients et les familles comprennent bien l'information fournie sur les services et elle consigne cette vérification dans le dossier du client.	Priorité élevée	G	2016-05-27	2016-05-27	Confirmation lettre du 23 juin 2016
Trois-Rivières	Agrément Canada	CSSSTR	2015-01-12	Télésanté	12.2	Le personnel et les prestataires de services participent régulièrement à des séances d'information sur la sécurité afin d'échanger des renseignements sur les problèmes de sécurité potentiels, de réduire les risques d'erreur et d'améliorer la qualité des services.	Priorité élevée	G	2016-05-27	2016-05-27	Confirmation lettre du 23 juin 2016
Drummond	Agrément Canada	CSSS Drummond	2015-02-25	Services d'imagerie diagnostique	5.1	L'équipe vérifie qu'un avis clair, daté et signé décrivant la réparation ou l'achat est apposé à toute pièce d'équipement chirurgical et à tout appareil médical qui est retourné à la salle d'opération après une réparation ou un remplacement.	Priorité élevée	G	2016-07-06	2016-07-06	

# Tableau intégré - Agrément des soins et des services

## Recommandations et suivis des priorités élevées et POR - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité  
Information mise à jour 2017-03-31

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

RLS	Organisme d'agrément	Installation	Date rapport/ lettre	Normes	#	Recommandations (critères)	Type	État des suivis			
								Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Drummond	Agrément Canada	CSSS Drummond	2015-02-25	Services d'imagerie diagnostique	10.6	Pour tous les examens nécessitant une exposition de l'abdomen ou du bassin, l'équipe demande aux clientes en âge de procréer s'il y a possibilité qu'elles soient enceintes, et leur réponse est notée.	Priorité élevée	G	2016-07-06	2016-07-06	
Drummond	Agrément Canada	CSSS Drummond	2015-02-25	Services d'imagerie diagnostique	15.1	L'équipe dispose d'un programme de sécurité mené par une personne responsable de la sécurité ou d'un comité de sécurité, ou les deux à la fois.	Priorité élevée	G	2016-07-06	2016-07-06	
Drummond	Agrément Canada	CSSS Drummond	2015-02-25	Services d'imagerie diagnostique	15,2	L'équipe dispose d'un manuel de sécurité adapté aux services d'imagerie diagnostique.	Priorité élevée	G	2016-07-06	2016-07-06	
Drummond	Agrément Canada	CSSS Drummond	2015-02-25	Services d'imagerie diagnostique	15.3	L'équipe dispose de politiques et de procédures pour traiter les urgences médicales.	Priorité élevée	G	2016-07-06	2016-07-06	
Drummond	Agrément Canada	CSSS Drummond	2015-02-25	Services d'imagerie diagnostique	15.4	L'équipe se prépare aux urgences médicales en participant à des exercices de simulation.	Priorité élevée	G	2016-07-06	2017-02-09	
Drummond	Agrément Canada	CSSS Drummond	2015-02-25	Services d'imagerie diagnostique	15.7.2	L'équipe fournit de l'information écrite et verbale aux clients et aux familles au sujet de leur rôle en matière de sécurité.	POR	G	2015-07-06	2016-07-06	
Drummond	Agrément Canada	CSSS Drummond	2015-02-25	Services d'imagerie diagnostique	15.8	L'équipe détermine les activités à risques élevés et met en œuvre des processus de vérification pour réduire les risques.	Priorité élevée	G	2016-07-06	2016-07-06	
Drummond	Agrément Canada	CSSS Drummond	2015-02-25	Normes sur les ADBD	5.1	L'organisme conserve un inventaire précis et à jour de tous les appareils d'ADBD.	Priorité élevée	G	2016-07-06	2016-07-06	
Drummond	Agrément Canada	CSSS Drummond	2015-02-25	Normes sur les ADBD	7.2	Avant l'analyse, celui qui effectue une ADBD vérifie que le clinicien s'est conformé à la marche à suivre pour demander une ADBD.	Priorité élevée	G	2016-07-06	2016-07-06	
Drummond	Agrément Canada	CSSS Drummond	2015-02-25	Normes sur les ADBD	7.3	Lorsque l'organisme reçoit une requête verbale pour une ADBD, il dispose d'une PON pour répondre au clinicien et demander qu'il fasse parvenir une requête écrite ou électronique.	Priorité élevée	G	2016-07-06	2016-07-06	

# Tableau intégré - Agrément des soins et des services

## Recommandations et suivis des priorités élevées et POR - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	Organisme d'agrément	Installation	Date rapport/ lettre	Normes	#	Recommandations (critères)	Type	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Drummond	Agrément Canada	CSSS Drummond	2015-02-25	Normes sur les ADBD	10.1	L'organisme dispose d'un processus d'amélioration de la qualité des ADBD.	Priorité élevée	G	2016-07-06	2016-07-06	
Drummond	Agrément Canada	CSSS Drummond	2015-02-25	Services ambulatoires de thérapie systémique contre le cancer	9.6	Les membres de l'équipe suivent le plan de soins du client lorsqu'ils dispensent les services ambulatoires de thérapies systémique contre le cancer.	Priorité élevée	G	2016-07-06	2016-07-06	
Drummond	Agrément Canada	CSSS Drummond	2015-02-25	Normes de retraitement	11.2	Toutes les aires de retraitement des appareils d'endoscopie sont séparées des unités de soins.	Priorité élevée	G	2016-07-06	2016-07-06	
Drummond	Agrément Canada	CSSS Drummond	2015-02-25	Services de laboratoires biomédicaux	2.3	L'équipe revoit au moins tous les deux ans ses ententes avec les utilisateurs de laboratoire pour confirmer qu'ils continuent de répondre aux exigences, et elle consigne l'information qui découle de ces revues.	Priorité élevée	G	2016-07-06	2016-07-06	
Drummond	Agrément Canada	CSSS Drummond	2015-02-25	Services de laboratoires biomédicaux	7.1	L'organisme limite l'accès aux secteurs du laboratoire aux membres autorisés de l'équipe.	Priorité élevée	G	2016-07-06	2017-02-09	
Drummond	Agrément Canada	CSSS Drummond	2015-02-25	Services de laboratoires biomédicaux	8.4	L'équipe reçoit de la formation sur les procédures de lavage des mains et elle peut accéder à des installations munies des fournitures adéquates pour le lavage des mains.	Priorité élevée	G	2016-07-06	2016-07-06	
Drummond	Agrément Canada	CSSS Drummond	2015-02-25	Services de laboratoires biomédicaux	20.1	L'équipe suit les PON pour le transport sécuritaire et confidentiel des échantillons reçus au laboratoire et de ceux qu'il achemine, conformément aux lois et règlements applicables.	Priorité élevée	G	2016-07-06	2016-07-06	
Drummond	Agrément Canada	CSSS Drummond	2015-02-25	Services de laboratoires biomédicaux	20.5	L'équipe suit une PON pour la manipulation sécuritaire des échantillons qui coulent ou des formulaires de requête contaminés.	Priorité élevée	G	2016-07-06	2016-07-06	
Drummond	Agrément Canada	CSSS Drummond	2015-02-25	Services de laboratoires biomédicaux	23.9	L'équipe suit une PON pour communiquer les résultats verbalement.	Priorité élevée	G	2016-07-06	2016-07-06	
Drummond	Agrément Canada	CSSS Drummond	2015-02-25	Services de laboratoires biomédicaux	29.1	L'équipe dispose d'un système complet de gestion de la qualité.	Priorité élevée	G	2016-07-06	2016-07-06	

# Tableau intégré - Agrément des soins et des services

## Recommandations et suivis des priorités élevées et POR - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	Organisme d'agrément	Installation	Date rapport/ lettre	Normes	#	Recommandations (critères)	Type	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Drummond	Agrément Canada	CSSS Drummond	2015-02-25	Services de laboratoires biomédicaux	29.13	L'équipe cerne les sources potentielles de non-conformité, ainsi que leurs causes profondes, puis elle met en œuvre et surveille des plans en vue d'instaurer des mesures préventives et correctives.	Priorité élevée	G	2016-07-06	2016-07-06	
Drummond	Agrément Canada	CSSS Drummond	2015-02-25	Services transfusionnels	6.3	L'organisme limite aux membres autorisés de l'équipe l'accès aux aires de travail réservées aux services transfusionnels.	Priorité élevée	G	2016-07-06	2017-02-09	
Drummond	Agrément Canada	CSSS Drummond	2015-02-25	Services transfusionnels	21.4	L'équipe consigne le consentement de l'utilisateur dans son dossier.	Priorité élevée	G	2016-07-06	2016-07-06	
Drummond	Agrément Canada	CSSS Drummond	2015-02-25	Services transfusionnels	25.9	L'équipe analyse et évalue régulièrement les données qui découlent de ses indicateurs pour déterminer l'efficacité de ses activités d'amélioration de la qualité.	Priorité élevée	G	2016-07-06	2016-07-06	
Haut St-Maurice	Agrément Canada	CSSS Haut St-Maurice	2015-03-19	Gestion des médicaments	2.3.5	L'organisme établit des mécanismes pour évaluer le programme de façon continue et partage les résultats avec les parties concernées à l'interne.	POR	G	2016-07-27	2016-07-27	
Haut St-Maurice	Agrément Canada	CSSS Haut St-Maurice	2015-03-19	Gestion des médicaments	12.1	L'organisme limite l'accès des aires d'entreposage des médicaments réservé seulement pour le personnel et les prestataires de services autorisés.	Priorité élevée	G	2016-07-27	2016-07-27	
Haut St-Maurice	Agrément Canada	CSSS Haut St-Maurice	2015-03-19	Gestion des médicaments	12.6	Dans la pharmacie et les unités de soins, l'organisme sépare les médicaments dont l'apparence et le nom sont semblables, sépare les diverses concentration d'un même médicament de même que les médicaments de niveau d'alerte élevé.	Priorité élevée	G	2016-07-27	2016-07-27	
Haut St-Maurice	Agrément Canada	CSSS Haut St-Maurice	2015-03-19	Gestion des médicaments	13.4	L'organisme range les gaz anesthésiques et les agents anesthésiques volatils à l'état liquide dans des aires dotées d'une ventilation adéquate, conformément aux directives du fabricant.	Priorité élevée	G	2016-07-27	2016-07-27	

# Tableau intégré - Agrément des soins et des services

## Recommandations et suivis des priorités élevées et POR - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité  
Information mise à jour 2017-03-31

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	Organisme d'agrément	Installation	Date rapport/ lettre	Normes	#	Recommandations (critères)	Type	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Haut St-Maurice	Agrément Canada	CSSS Haut St-Maurice	2015-03-19	Gestion des médicaments	17.1	L'organisme s'assure que toutes les unités de médicaments sont étiquetées de façon uniforme.	Priorité élevée	G	2016-07-27	2016-07-27	
Haut St-Maurice	Agrément Canada	CSSS Haut St-Maurice	2015-03-19	Services de médecine	7.4.2	L'équipe cerne les clients qui risquent d'avoir une thromboembolie veineuse (TEV) et effectue des prophylaxies de la TEV qui sont appropriées et fondées sur des données probantes.	POR	G	2016-07-27	2016-07-27	Prolongation jusqu'au 27 juillet 2016
Haut St-Maurice	Agrément Canada	CSSS Haut St-Maurice	2015-03-19	Services de médecine	7.4.3	L'équipe établit des mesures visant le recours à la thromboprophylaxie adéquate; vérifie la mise en œuvre de la thromboprophylaxie appropriée; et utilise cette information pour apporter des améliorations à ses services.	POR	G	2016-07-27	2016-07-27	
Haut St-Maurice	Agrément Canada	CSSS Haut St-Maurice	2015-03-19	Services de médecine	7.4.5	L'équipe donne de l'information aux professionnels de la santé et aux clients sur les risques et la façon de prévenir la TEV.	POR	G	2016-07-27	2016-07-27	
Haut St-Maurice	Agrément Canada	CSSS Haut St-Maurice	2015-03-19	Services de réadaptation	16.3	L'équipe établit des objectifs mesurables pour ses initiatives d'amélioration de la qualité et précise le délai nécessaire pour les atteindre.	Priorité élevée	G	2016-07-27	2016-07-27	
Haut St-Maurice	Agrément Canada	CSSS Haut St-Maurice	2015-03-19	Normes sur le leadership	16.1	Le personnel d'encadrement élabore et met en œuvre un plan intégré de l'amélioration de la qualité.	Priorité élevée	G	2016-07-27	2017-03-06	
Haut St-Maurice	Agrément Canada	CSSS Haut St-Maurice	2015-03-19	Normes sur les ADBD	6.7	L'organisme entrepose les réactifs et le matériel servant aux ADBD dans des conditions ambiantes adéquates.	Priorité élevée	G	2016-07-27	2016-07-27	
Haut St-Maurice	Agrément Canada	CSSS Haut St-Maurice	2015-03-19	Normes sur les ADBD	7.3	Lorsque l'organisme reçoit une requête verbale pour une ADBD, il dispose d'une PON pour répondre au clinicien et demander qu'il fasse parvenir une requête écrite ou électronique.	Priorité élevée	G	2016-07-27	2016-07-27	
Haut St-Maurice	Agrément Canada	CSSS Haut St-Maurice	2015-03-19	Normes sur les ADBD	8.7	Celui qui effectue une ADBD porte de l'équipement de protection individuelle (ÉPI) conformément à la PON de l'organisme.	Priorité élevée	G	2016-07-27	2016-07-27	



# Tableau intégré - Agrément des soins et des services

## Recommandations et suivis des priorités élevées et POR - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité  
Information mise à jour 2017-03-31

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	Organisme d'agrément	Installation	Date rapport/ lettre	Normes	#	Recommandations (critères)	Type	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Haut St-Maurice	Agrément Canada	CSSS Haut St-Maurice	2015-03-19	Normes sur les ADBD	9.6	Celui qui effectue une ADBD remplit un rapport exhaustif et précis pour chaque ADBD qu'il effectue; le rapport se distingue des notes cliniques présentées dans le dossier client.	Priorité élevée	G	2016-07-27	2016-07-27	
Haut St-Maurice	Agrément Canada	CSSS Haut St-Maurice	2015-03-19	Normes sur les ADBD	10.1	L'organisme dispose d'un processus d'amélioration de la qualité des ADBD.	Priorité élevée	G	2016-07-27	2016-07-27	
Haut St-Maurice	Agrément Canada	CSSS Haut St-Maurice	2015-03-19	Normes sur les ADBD	10.8	Celui qui effectue une ADBD compare et met en corrélation régulièrement les résultats des contrôles de qualité avec un laboratoire de biologie médicale.	Priorité élevée	G	2016-07-27	2017-03-06	
Haut St-Maurice	Agrément Canada	CSSS Haut St-Maurice	2015-03-19	Normes de retraitement	13.13	L'établissement met en œuvre, à grande échelle, des activités efficaces d'amélioration de la qualité.	Priorité élevée	G	2016-07-27	2016-07-27	
Haut St-Maurice	Agrément Canada	CSSS Haut St-Maurice	2015-03-19	Services d'imagerie diagnostique	4.4	La zone réservée aux services aux clients comprend un endroit qui assure la confidentialité et qui permet d'effectuer le triage des clients avant qu'ils procèdent aux examens diagnostiques.	Priorité élevée	G	2016-07-27	2016-07-27	
Haut St-Maurice	Agrément Canada	CSSS Haut St-Maurice	2015-03-19	Services d'imagerie diagnostique	4.5	Le secteur de services aux clients comprend un vestiaire privé et sécuritaire.	Priorité élevée	G	2016-07-27	2016-07-27	
Haut St-Maurice	Agrément Canada	CSSS Haut St-Maurice	2015-03-19	Services d'imagerie diagnostique	8.8	L'équipe suit les politiques et les procédures de l'établissement et les instructions du fabricant pour choisir les méthodes appropriées de nettoyage, désinfection et de retraitement.	Priorité élevée	G	2016-07-27	2016-07-27	
Haut St-Maurice	Agrément Canada	CSSS Haut St-Maurice	2015-03-19	Services d'imagerie diagnostique	15.8	L'équipe détermine les activités à risques élevés et met en œuvre des processus de vérification pour réduire les risques.	Priorité élevée	G	2016-07-27	2017-03-06	
Haut St-Maurice	Agrément Canada	CSSS Haut St-Maurice	2015-03-19	Services d'imagerie diagnostique	17.3	L'organisme se sert des renseignements et des commentaires recueillis pour déterminer les possibilités de projets d'amélioration de la qualité.	Priorité élevée	G	2016-07-27	2017-03-06	

# Tableau intégré - Agrément des soins et des services

## Recommandations et suivis des priorités élevées et POR - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	Organisme d'agrément	Installation	Date rapport/ lettre	Normes	#	Recommandations (critères)	Type	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Haut St-Maurice	Agrément Canada	CSSS Haut St-Maurice	2015-03-19	Services de laboratoires biomédicaux	2.3	L'équipe revoit au moins tous les deux ans ses ententes avec les utilisateurs de laboratoire pour confirmer qu'ils continuent de répondre aux exigences, et elle consigne l'information qui découle de ces revues.	Priorité élevée	G	2016-07-27	2016-07-27	
Haut St-Maurice	Agrément Canada	CSSS Haut St-Maurice	2015-03-19	Services de laboratoires biomédicaux	8.1	Le laboratoire s'assure de la propreté et du bon entretien de tous les espaces de travail.	Priorité élevée	G	2016-07-27	2016-07-27	
Haut St-Maurice	Agrément Canada	CSSS Haut St-Maurice	2015-03-19	Services de laboratoires biomédicaux	10.3	L'équipe dispose de directives pour la mise en œuvre de lois, de règlements et de normes de pratique applicables, et elle explique où aller pour obtenir des renseignements supplémentaires ou de la formation à ce sujet.	Priorité élevée	G	2016-07-27	2016-07-27	
Haut St-Maurice	Agrément Canada	CSSS Haut St-Maurice	2015-03-19	Services de laboratoires biomédicaux	20.5	L'équipe suit une PON pour la manipulation sécuritaire des échantillons qui coulent ou des formulaires de requête contaminés.	Priorité élevée	G	2016-07-27	2016-07-27	
Haut St-Maurice	Agrément Canada	CSSS Haut St-Maurice	2015-03-19	Services de laboratoires biomédicaux	27.2	L'équipe identifie toutes les entrées et les sorties des aires de travail en fonction des risques qu'on y trouve.	Priorité élevée	G	2016-07-27	2016-07-27	
Haut St-Maurice	Agrément Canada	CSSS Haut St-Maurice	2015-03-19	Services de laboratoires biomédicaux	27.3	L'équipe porte des vêtements et de l'équipement de protection individuelle (ÉPI), conformément à la politique de l'organisme et aux lois en vigueur.	Priorité élevée	G	2016-07-27	2016-07-27	
Haut St-Maurice	Agrément Canada	CSSS Haut St-Maurice	2015-03-19	Services de laboratoires biomédicaux	29.1	L'équipe dispose d'un système complet de gestion de la qualité.	Priorité élevée	G	2016-07-27	2016-07-27	
Haut St-Maurice	Agrément Canada	CSSS Haut St-Maurice	2015-03-19	Services de laboratoires biomédicaux	29.7	L'équipe établit des objectifs et effectue un suivi des temps d'attente et des délais moyens de réponse pour les demandes de services de laboratoire non urgentes, urgentes et très urgentes.	Priorité élevée	G	2016-07-27	2016-07-27	
Haut St-Maurice	Agrément Canada	CSSS Haut St-Maurice	2015-03-19	Services de laboratoires biomédicaux	29.13	L'équipe cerne les sources potentielles de non-conformité, ainsi que leurs causes profondes, puis elle met en œuvre et surveille des plans en vue d'instaurer des mesures préventives et correctives.	Priorité élevée	G	2016-07-27	2016-07-27	

# Tableau intégré - Agrément des soins et des services

## Recommandations et suivis des priorités élevées et POR - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	Organisme d'agrément	Installation	Date rapport/ lettre	Normes	#	Recommandations (critères)	Type	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Haut St-Maurice	Agrément Canada	CSSS Haut St-Maurice	2015-03-19	Services de santé communautaire	12.3	L'équipe établit des objectifs mesurables pour ses initiatives d'amélioration de la qualité et précise le délai nécessaire pour les atteindre.	Priorité élevée	G	2016-07-27	2016-07-27	
Haut St-Maurice	Agrément Canada	CSSS Haut St-Maurice	2015-03-19	Services de santé mentale	10.1	L'équipe appuie les besoins de l'utilisateur en matière d'activités physiques dans le cadre d'une prestation complète des services.	Priorité élevée	G	2016-07-27	2017-03-06	
Haut St-Maurice	Agrément Canada	CSSS Haut St-Maurice	2015-03-19	Services de santé mentale communautaires et soutien offert aux clients	19.3	L'équipe établit des objectifs mesurables pour ses initiatives d'amélioration de la qualité et précise le délai nécessaire pour les atteindre.	Priorité élevée	G	2016-07-27	2016-07-27	
Haut St-Maurice	Agrément Canada	CSSS Haut St-Maurice	2015-03-19	Services transfusionnels	2.1	L'équipe établit des buts et effectue un suivi des délais de réponse pour les demandes de services transfusionnels non urgentes, urgentes et très urgentes.	Priorité élevée	G	2016-07-27	2016-07-27	
Haut St-Maurice	Agrément Canada	CSSS Haut St-Maurice	2015-03-19	Services transfusionnels	8.4	L'équipe vérifie régulièrement la disponibilité d'un équipement de secours en bon état de fonctionnement pour l'équipement qui sert à entreposer les composants sanguins, et elle consigne ces renseignements.	Priorité élevée	G	2016-07-27	2016-07-27	
Haut St-Maurice	Agrément Canada	CSSS Haut St-Maurice	2015-03-19	Services transfusionnels	21.4	L'équipe consigne le consentement de l'utilisateur dans son dossier.	Priorité élevée	G	2016-07-27	2016-07-27	
Haut St-Maurice	Agrément Canada	CSSS Haut St-Maurice	2015-03-19	Services transfusionnels	25.3	L'équipe participe à des programmes de contrôle de la qualité pour évaluer les progrès réalisés par rapport à chaque objectif d'amélioration de la qualité et précise le délai nécessaire pour les atteindre.	Priorité élevée	G	2016-07-27	2016-07-27	
Services régionaux Dépendance	Conseil québécois d'agrément	Domrémy	2015-11-23	Gérer les ressources matérielles, l'entretien et la salubrité des locaux et des équipements	Processus 13	S'assurer de l'entretien préventif des extincteurs dans les trois secteurs d'activités.	Contraignante	V	2016-11-30		Preuves à remettre le 30 avril 2017

# Tableau intégré - Agrément des soins et des services

## Recommandations et suivis des priorités élevées et POR - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	Organisme d'agrément	Installation	Date rapport/ lettre	Normes	#	Recommandations (critères)	Type	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Services régionaux Dépendance	Conseil québécois d'agrément	Domrémy	2015-11-23	Gérer les ressources matérielles, l'entretien et la salubrité des locaux et des équipements	Processus 13	Mettre à jour le programme de prévention et de contrôle des infections et s'assurer de son application, notamment les procédures de désinfection et de nettoyage en interne.	Contraignante	G	2016-11-30	2017-01-27	
Services régionaux Dépendance	Conseil québécois d'agrément	Domrémy	2015-11-23	Superviser et encadrer les intervenants sur le plan clinique	18	Identifier et implanter des mécanismes formels de supervision de l'activité professionnelle, précisant les rôles et responsabilités des intervenants impliqués, les moyens retenus et les balises de fonctionnement.	Contraignante	G	2017-04-30	2017-01-27	
Services régionaux Dépendance	Conseil québécois d'agrément	Domrémy	2015-11-23	Planifier les interventions, coordonner et dispenser les services	23	Mettre à jour la politique sur la gestion de l'administration sécuritaire des médicaments et s'assurer de sa diffusion auprès du personnel infirmier, ainsi que son application.	Contraignante	G	2016-11-30	2017-01-27	
Services régionaux Dépendance	Conseil québécois d'agrément	Domrémy	2015-11-23	Gérer l'utilisation des guides et des protocoles d'intervention clinique	25	Au regard des soins infirmiers: <ul style="list-style-type: none"> <li>• assurer une vigie interne et externe relative à l'élaboration de guides ou de protocoles cliniques;</li> <li>• assurer la disponibilité des guides et protocoles d'intervention clinique ainsi que la mise à jour des connaissances du personnel en vue de leur utilisation optimale;</li> <li>• mettre en place les mesures de contrôle permettant de s'assurer, en continu, de la compréhension et de l'application des guides et des protocoles par le personnel concerné.</li> </ul>	Contraignante	G	2016-11-30	2017-01-27	4 actions planifiées dans le plan d'amélioration pour répondre à ces recommandations - Preuves transmises.

# Tableau intégré - Inspection professionnelle

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	#	Recommandations/ Actions	Responsable	Évolution du dossier	Échéancier	Accepté (date)	Commentaires
Haut St-Maurice	Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ)	CSSS HSM	2014-06-30	Contribuer à la réalisation du plan de soins	1	Effectuer une double vérification des médicaments comportant un haut risque de préjudice, et ce, conformément à la procédure en vigueur dans l'établissement.	DSI	G	non déterminé		
Haut St-Maurice	Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ)	CSSS HSM	2014-06-30	Informé, promouvoir la santé et prévenir la maladie	2	Porter des gants lors de tout contact avec des liquides biologiques.	DSI	V	non déterminé		En cours: 3 des 4 actions planifiées sont réalisées.
Haut St-Maurice	Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ)	CSSS HSM	2014-06-30	Informé, promouvoir la santé et prévenir la maladie	3	Nettoyer avec une lingette désinfectante le matériel thérapeutique après chaque utilisation.	DSI	G	non déterminé		
Haut St-Maurice	Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ)	CSSS HSM	2014-06-30	Informé, promouvoir la santé et prévenir la maladie	4	Appliquer en tout temps les mesures de prévention et de contrôle des infections, y compris l'hygiène des mains.	DSI	G	non déterminé		
Haut St-Maurice	Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ)	CSSS HSM	2014-06-30	Informé, promouvoir la santé et prévenir la maladie	5	Retirer ses gants après avoir prodigué un soin ou un traitement afin de prévenir les risques de contamination.	DSI	V	non déterminé		En cours: 2 des 3 actions planifiées sont réalisées.
Haut St-Maurice	Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ)	CSSS HSM	2014-06-30	Consigner les informations et les observations	6	Respecter la politique de l'établissement intitulé: <i>Distribution unitaire des médicaments.</i>	DSI	V	non déterminé		En cours: 3 des 4 actions planifiées sont réalisées.
Arthabaska-Érable	Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ)	CSSS AE	2015-03-20	Contribuer à la réalisation du plan de soins	1	Maintenir à jour vos connaissances en pharmacologie. Que des interventions soient effectuées afin de parfaire les connaissances du personnel concernant la médication administrée (obj. 1A du plan d'action).	DSI	G	<del>2016-09-30</del> modifié pour 2016-10-31	2016-11-15	

# Tableau intégré - Inspection professionnelle

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	#	Recommandations/ Actions	Responsable	Évolution du dossier	Échéancier	Accepté (date)	Commentaires
Arthabaska-Érable	Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ)	CSSS AE	2015-03-20	Contribuer à la réalisation du plan de soins	2	Effectuer une double vérification des médicaments comportant un haut risque de préjudice, et ce, conformément à la procédure en vigueur dans l'établissement (obj. 1B du plan d'action).	DSI	G	2016-02-29	2016-02-23	
Arthabaska-Érable	Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ)	CSSS AE	2015-03-20	Contribuer à la réalisation du plan de soins	3	Toujours inscrire la date d'ouverture sur la cartouche d'insuline. Que la date d'ouverture sur les contenants des médicaments à administrer soit inscrite (obj. 1C du plan d'action)	DSI	J	2016-11-30		Rédaction d'un outil en cours
Arthabaska-Érable	Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ)	CSSS AE	2015-03-20	Contribuer à la réalisation du plan de soins	4	Que la méthode de soins sur les prélèvements sanguins soit connue et respectée. Ne pas laisser le garrot en place plus d'une minute et le dénouer dès que le sang afflue dans le tube de prélèvement (obj. 2A du plan d'action).	DSI	G	2016-05-30	2016-05-09	
Arthabaska-Érable	Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ)	CSSS AE	2015-03-20	Informé, promouvoir la santé et prévenir la maladie	5	Respecter l'asepsie en suivant les méthodes de soins infirmiers et les mesures de prévention des infections. Que la méthode de soins sur l'installation d'un cathéter vésical à demeure soit connue et respectée (obj. 3A du plan d'action).	DSI	G	2016-05-30	2016-05-30	Diffusion le 9 mai 2016: 86 inf et inf aux ont répondu. 2016-06-03: MSI cathéter vésical au 2e rang des MSI les plus consultées.
Arthabaska-Érable	Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ)	CSSS AE	2015-03-20	Informé, promouvoir la santé et prévenir la maladie	6	Appliquer en tout temps les mesures de prévention et de contrôle des infections, y compris l'hygiène des mains. Que les rappels requis soient effectués concernant les pratiques de base en prévention des infections (obj. 3B du plan d'action).	DSI	G	2016-03-31	2016-03-01	a) En continu b) Réalisé en 2016

# Tableau intégré - Inspection professionnelle

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	#	Recommandations/ Actions	Responsable	Évolution du dossier	Échéancier	Accepté (date)	Commentaires
Arthabaska-Érable	Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ)	CSSS AE	2015-03-20	Informé, promouvoir la santé et prévenir la maladie	7	<p>Concernant le port des gants: Des gants propres et non stériles doivent être portés:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lorsqu'il y a risque de contact des mains avec du sang, des liquides organiques, des sécrétions, des excréments, des muqueuses, des plaies exsudatives ou de la peau non intacte.</li> <li>- Lorsqu'il y a manipulation d'articles visiblement souillés par du sang, des liquides organiques, des sécrétions ou des excréments.</li> <li>- Lorsque la peau du travailleur de la santé n'est pas intacte (lésions, eczéma, etc.).</li> <li>- Lors de tout prélèvement de sang et lors de toute manipulation d'objets piquants ou tranchants impliquant un contact avec le sang, le port de gants est fortement recommandé.</li> <li>- Il est aussi essentiel d'en porter lors d'une prise de sang par lancette, lorsqu'une contamination des mains par du sang est à prévoir et lors de contact avec un usager peu coopératif. (obj. 3C et 3G du plan d'action).</li> </ul>	DSI	G	2016-04-30	2016-06-13	<p>a) diffusion faite le 21 mars 2015 b) activités effectuées c) Réalisé en mars 2016 d) et e) Affiche créée et le communiqué seront diffusés en même temps le 2016-06-13</p>
Arthabaska-Érable	Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ)	CSSS AE	2015-03-20	Informé, promouvoir la santé et prévenir la maladie	9	Respecter l'asepsie en suivant les mesures de prévention des infections (obj. 3E du plan d'action).	DSI	J	2016-09-30		

# Tableau intégré - Inspection professionnelle

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	#	Recommandations/ Actions	Responsable	Évolution du dossier	Échéancier	Accepté (date)	Commentaires
Arthabaska-Érable	Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ)	CSSS AE	2015-03-20	Informé, promouvoir la santé et prévenir la maladie	11	Concernant le port des gants: 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	DSI	G	2016-04-30	2016-06-13	a) diffusion faite le 21 mars 2015 b) activités effectuées c) Réalisé en mars 2016 d) et e) Affiche créée
Arthabaska-Érable	Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ)	CSSS AE	2015-03-20	Consigner les informations et les observations	12	Respecter le guide de normes pour la rédaction des notes évolutives infirmières au dossier de votre établissement. Que les abréviations et les symboles reconnus par l'établissement soient connus pour la rédaction au dossier (obj. 4A du plan d'action).	DSI	G	2016-03-31	2016-02-23	
Arthabaska-Érable	Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ)	CSSS AE	2015-03-20	Consigner les informations et les observations	13	Que le personnel soit outillé à utiliser la méthode PQRSTU lors de leur contribution à l'évaluation de l'état de santé du patient et pour la rédaction des notes (obj. 4B du plan d'action)	DSI	G	2016-09-30	2016-11-15	
Arthabaska-Érable	Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ)	CSSS AE	2015-03-20	Démontrer des compétences personnelles	14	Faire preuve de respect et de courtoisie en utilisant les mots et le ton qui conviennent. Que les règles concernant le vouvoiement et le tutoiement, énoncées dans le code d'éthique soient respectées (obj. 5A du plan d'action).	DSI	G	2016-09-30	2016-11-15	
Arthabaska-Érable	Ordre des Pharmaciens du Québec (OPQ)	Hôtel-Dieu d'Arthabaska	2015-05-01	NA	3	Proposer un mécanisme pour que les ordonnances soient validées par un pharmacien dans les 24 heures suivant la première admission, incluant les ordonnances de soins de longue durée.	DSM	J	2017-05-15 <del>2016-04-15</del> <del>2016-11-15</del>		L'OPQ a accordé un dernier délai ferme et final au 15 avril 2017. Implantation en cours pour respecter la condition.



# Tableau intégré - Inspection professionnelle

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	#	Recommandations/ Actions	Responsable	Évolution du dossier	Échéancier	Accepté (date)	Commentaires
Arthabaska-Érable	Ordre des Pharmaciens du Québec (OPQ)	Hôtel-Dieu d'Arthabaska	2015-05-01	NA	7	Mettre en place des mesures de contrôle pour permettre l'analyse des écarts d'inventaire pour les stupéfiants, les drogues contrôlées et les substances ciblées y compris pour les médicaments se trouvant dans les trousseaux pour l'externe.	DSM	G	2016-04-15	2016-04-08	
Arthabaska-Érable	Ordre des Pharmaciens du Québec (OPQ)	Hôtel-Dieu d'Arthabaska	2015-05-01	NA	8	Effectuer régulièrement un contrôle des médicaments disponibles dans les communs.	DSM	G	2016-04-15	2016-04-08	
Arthabaska-Érable	Ordre des Pharmaciens du Québec (OPQ)	Hôtel-Dieu d'Arthabaska	2015-05-01	NA	9	Participer au processus de gestion des médicaments périmés au commun.	DSM	G	2016-04-15	2016-04-08	

# Tableau intégré - Inspection professionnelle

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	#	Recommandations/ Actions	Responsable	Évolution du dossier	Échéancier	Accepté (date)	Commentaires
Arthabaska-Érable	Ordre des Pharmaciens du Québec (OPQ)	Hôtel-Dieu d'Arthabaska	2015-05-01	NA	10	Soumettre un plan de développement des soins et services pharmaceutiques. Ce plan doit inclure: les activités reliées directement à la prise en charge globale du patient; les activités de gestion de la distribution des médicaments: chaîne de travail et circuit du médicament; les activités de support de nature opérationnelle (gestion des risques et contrôle de la qualité administrative, délégation et automatisation); les activités de support de nature administrative; les soins et services pharmaceutiques spéciaux offerts aux patients (piluliers, méthadone, ajustement des anticoagulants, pharmacocinétique, préparation des produits stériles et non stériles); un plan d'optimisation des ressources professionnelles et techniques (incluant la délégation des tâches techniques); un plan de recrutement et de rétention du personnel; un plan d'urgence.	DSM	G	2016-04-15	2016-04-08	

# Tableau intégré - Inspection professionnelle

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	#	Recommandations/ Actions	Responsable	Évolution du dossier	Échéancier	Accepté (date)	Commentaires
Arthabaska-Érable	Ordre des Pharmaciens du Québec (OPQ)	Hôtel-Dieu d'Arthabaska	2015-05-01	NA	11	Rédiger un plan d'effectifs afin de permettre aux pharmaciens d'atteindre les standards de pratique, en tenant compte des tâches professionnelles et techniques à accomplir et s'assurer que les effectifs professionnels et techniques soient en nombre suffisant pour assurer la qualité et la sécurité des services offerts et répondre aux besoins des patients.	DSM	g	2016-04-15	2016-04-08	
Arthabaska-Érable	Ordre des Pharmaciens du Québec (OPQ)	Hôtel-Dieu d'Arthabaska	2015-05-01	NA	12	Intégrer les ordonnances collectives au profil du patient.	DSM	G	2016-04-15	2016-04-08	
Maskinongé	Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ)	Centre Comtois et Centre de services Avellin-Dalcourt	2015-07-29	Contribuer à la réalisation du plan de soins	1	Maintenir à jour vos connaissances en pharmacologie et consulter, lorsque requis, tout ouvrage de référence pertinent, notamment le Compendium (CPS). Toute personne qui administre un médicament doit en connaître les indications et les effets secondaires.	DSI	G	2016-07-29	2016-09-29	
Maskinongé	Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ)	Centre Comtois et Centre de services Avellin-Dalcourt	2015-07-29	Contribuer à la réalisation du plan de soins	2	Toujours inscrire la date d'ouverture sur la cartouche d'insuline. Les stylos contenant une cartouche d'insuline ouverte se conservent à la température ambiante (entre 15° et 30°C) pour une durée de 1 mois.	DSI	G	2016-07-29	2016-09-29	
Maskinongé	Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ)	Centre Comtois et Centre de services Avellin-Dalcourt	2015-07-29	Contribuer à la réalisation du plan de soins	3	Laisser le garrot en place pas plus d'une minute et le dénouer dès que le sang afflue dans le tube de prélèvement. Réviser la méthode de soins sur les prélèvements sanguins.	DSI	G	2016-07-29	2016-09-29	

# Tableau intégré - Inspection professionnelle

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	#	Recommandations/ Actions	Responsable	Évolution du dossier	Échéancier	Accepté (date)	Commentaires
Maskinongé	Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ)	Centre Comtois et Centre de services Avellin-Dalcourt	2015-07-29	Contribuer à la réalisation du plan de soins	4	Respecter l'asepsie en suivant les méthodes de soins infirmiers et les mesures de prévention des infections.	DSI	G	2016-07-29	2016-09-29	
Maskinongé	Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ)	Centre Comtois et Centre de services Avellin-Dalcourt	2015-07-29	Informé, promouvoir la santé et prévenir la maladie	5	<p>Des gants propres et non stériles doivent être portés:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lorsqu'il y a risque de contact des mains avec du sang, des liquides organiques, des sécrétions, des excréments, des muqueuses, des plaies exsudatives ou de la peau non intacte.</li> <li>- Lorsqu'il y a manipulation d'articles visiblement souillés par du sang, des liquides organiques, des sécrétions ou des excréments.</li> <li>- Lorsque la peau du travailleur de la santé n'est pas intacte (lésions, eczéma, etc.).</li> <li>- Lors de tout prélèvement de sang et lors de toute manipulation d'objets piquants ou tranchants impliquant un contact avec le sang, le port de gants est fortement recommandé.</li> <li>- Il est aussi essentiel d'en porter lors d'une prise de sang par lancette, lorsqu'une contamination des mains par du sang est à prévoir et lors de contact avec un usager peu coopératif.</li> </ul>	DSI	G	2016-07-29	2016-09-29	
Maskinongé	Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ)	Centre Comtois et Centre de services Avellin-Dalcourt	2015-07-29	Informé, promouvoir la santé et prévenir la maladie	6	Nettoyer avec une lingette désinfectante le matériel thérapeutique après chaque utilisation.	DSI	G		2016-09-29	

# Tableau intégré - Inspection professionnelle

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	#	Recommandations/ Actions	Responsable	Évolution du dossier	Échéancier	Accepté (date)	Commentaires
Maskinongé	Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ)	Centre Comtois et Centre de services Avellin-Dalcourt	2015-07-29	Informé, promouvoir la santé et prévenir la maladie	7	Il est recommandé de maintenir le système de drainage stérile et fermé étant donné le risque d'infection nosocomiale et de maintenir le principe de système clos. Si l'utilisateur utilise un sac de cuisse, il est recommandé de connecter le sac cuisse au cathéter lors de son insertion et le laisser en place 24 hres/24. Ne pas ouvrir le système de drainage pour l'alternance entre un sac de jour et un sac de nuit.	DSI	G		2016-09-29	
Maskinongé	Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ)	Centre Comtois et Centre de services Avellin-Dalcourt	2015-07-29	Consigner les informations et les observations	8	Rédiger des notes d'évolution chaque fois que la condition de l'utilisateur le justifie, notamment lorsqu'il y a un changement dans son état ou une détérioration et ce, jusqu'à l'amélioration de son état de santé. L'inscription de l'administration d'un médicament PRN et la description de la condition de l'utilisateur pré/ per/ post-médication sont des éléments essentiels à une thérapie médicamenteuse efficace.	DSI	G	2016-07-29	2016-09-29	
Trois-Rivières	Ordre des Pharmaciens du Québec (OPQ)	CHAUR	2016-02-08	Environnement et organisation du travail	1	Rendre l'environnement propre et éviter l'entreposage de boîtes où sont conservés des médicaments.	DSM	G	<del>2016-05-15</del> 2017-02-15	2017-03-17	

# Tableau intégré - Inspection professionnelle

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	#	Recommandations/ Actions	Responsable	Évolution du dossier	Échéancier	Accepté (date)	Commentaires
Trois-Rivières	Ordre des Pharmaciens du Québec (OPQ)	CHAUR	2016-02-08	Environnement et organisation du travail	2	Mettre en place les mesures pour réduire le bruit afin de rendre l'environnement propice à la concentration. Tenir compte de cet enjeu lors du réaménagement futur de la pharmacie.	DSM	G	2017-02-15	2017-03-17	Tenir informé l'OPQ des développements
Trois-Rivières	Ordre des Pharmaciens du Québec (OPQ)	CHAUR	2016-02-08	Environnement et organisation du travail	3	Mettre à jour le plan d'effectifs, l'officialiser et le présenter aux dirigeants.	DSM	G	2017-02-15	2017-03-17	Tenir informé l'OPQ des développements
Trois-Rivières	Ordre des Pharmaciens du Québec (OPQ)	CHAUR	2016-02-08	Environnement et organisation du travail	4	Mettre en place les outils, les procédures et les effectifs qui assurent une gestion et une validation des ordonnances qui soient sécuritaires et efficaces. Entre autres, l'assignation d'effectifs suffisants et une amélioration du système de livraison est à considérer.	DSM	G	<del>2016-05-15</del> 2017-02-15	2017-03-17	
Trois-Rivières	Ordre des Pharmaciens du Québec (OPQ)	CHAUR	2016-02-08	Gestion du médicament	5	Mettre en place le BCM pour tous les patients à l'admission, aux transferts et au congé, en collaboration avec les autres professionnels et les dirigeants de l'établissement. S'assurer de la réalisation de ces BCM en tenant des statistiques.	DSM	G	2017-02-15	2017-03-17	Tenir informé l'OPQ des développements
Trois-Rivières	Ordre des Pharmaciens du Québec (OPQ)	CHAUR	2016-02-08	Circuit du médicament	6	Faire en sorte que le dossier informatique contienne les informations pertinentes en y consignait ces éléments, entre autres, les allergies, le poids, la taille, les antécédents / problèmes de santé.	DSM	G	2016-05-15	2016-06-23	

# Tableau intégré - Inspection professionnelle

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	#	Recommandations/ Actions	Responsable	Évolution du dossier	Échéancier	Accepté (date)	Commentaires
Trois-Rivières	Ordre des Pharmaciens du Québec (OPQ)	CHAUR	2016-02-08	Circuit du médicament	7	Durant les heures d'ouverture de la pharmacie, s'assurer que les ordonnances soient validées par un pharmacien avant la première administration en revoyant la liste des médicaments présents dans les communs et l'utilisation du mode hors-profil pour les cabinets informatisés.	DSM	G	2016-05-15	2016-06-23	
Trois-Rivières	Ordre des Pharmaciens du Québec (OPQ)	CHAUR	2016-02-08	Contrôle et gestion sécuritaire des médicaments	8	Mettre en place les mesures de contrôle pour permettre une analyse des écarts d'inventaire pour tous les stupéfiants, drogues contrôlées et substances ciblées.	DSM	G	<del>2016-05-15</del> 2017-02-15	2017-03-17	Tenir l'OPQ informé des développements
Trois-Rivières	Ordre des Pharmaciens du Québec (OPQ)	CHAUR	2016-02-08	Contrôle et gestion sécuritaire des médicaments	9	Mettre en place des mesures afin que seuls les médicaments de la liste préétablie se retrouvent dans les communs.	DSM	G	2016-05-15	2016-06-23	
Trois-Rivières	Ordre des Pharmaciens du Québec (OPQ)	CHAUR	2016-02-08	Gestion des risques	10	Séparer les stupéfiants oraux haute concentration des stupéfiants réguliers.	DSM	G	2016-05-15	2016-06-23	

# Tableau intégré - Inspection professionnelle

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	#	Recommandations/ Actions	Responsable	Évolution du dossier	Échéancier	Accepté (date)	Commentaires
Trois-Rivières	Ordre des Pharmaciens du Québec (OPQ)	CHAUR	2016-02-08	Soins pharmaceutiques	11	Officialiser le plan de développement des soins et services pharmaceutiques. Soumettre pour la date due. Ce plan doit inclure : - Les activités reliées directement à la prise en charge du patient; - Les activités de gestion de la distribution des médicaments: chaîne de travail et circuit du médicament; - Les activités de support de nature opérationnelle; - Les activités de support de nature administrative; Les soins et services pharmaceutiques spéciaux offerts aux patients (piluliers, méthadone, etc.); - Un plan d'optimisation des ressources professionnelles et techniques; Un plan de recrutement et de rétention du personnel; - Un plan d'urgence.	DSM	G	2017-02-15	2017-03-17	
Trois-Rivières	Ordre des Pharmaciens du Québec (OPQ)	CHAUR	2016-02-08	Soins pharmaceutiques	12	Mettre en place des mesures pour permettre la surveillance des patients ciblés et le suivi des interventions effectuées à partir de la validation des ordonnances, par exemple en déployant des pharmaciens sur les unités de soins.	DSM	G	2017-02-15	2017-03-17	



# Tableau intégré - Inspection professionnelle

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	#	Recommandations/ Actions	Responsable	Évolution du dossier	Échéancier	Accepté (date)	Commentaires
Trois-Rivières	Ordre des Pharmaciens du Québec (OPQ)	CHAUR	2016-02-08	Soins pharmaceutiques	13	Mettre en place un processus de révision périodique de la thérapie médicamenteuse des patients en commençant par des patients priorités afin d'évaluer les ordonnances non seulement en fonction d'un problème aigu, mais périodiquement au cours de l'hébergement des patients.	DSM	G	2017-02-15	2017-03-17	
Trois-Rivières	Ordre des Pharmaciens du Québec (OPQ)	CHAUR	2016-02-08	Politiques et procédures	14	Soumettre un plan de rédaction des politiques et procédures.	DSM	G	2016-05-15	2016-06-23	
Services régionaux jeunesse	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)	Centre jeunesse	2016-02-05	S'assurer qu'un consentement général aux soins soit obtenu dès l'admission des jeunes hébergés au centre de réadaptation.	1	Vérifier que le formulaire de consentement aux soins est dûment signé.	DSI	V	2017-02-01		Cible de 100 % des formulaire de consentement aux soins signés.

# Tableau intégré - Inspection professionnelle

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	#	Recommandations/ Actions	Responsable	Évolution du dossier	Échéancier	Accepté (date)	Commentaires
Services régionaux jeunesse	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)	Centre jeunesse	2016-02-05	Procéder à l'évaluation initiale incluant l'examen physique et mental	2	6 actions prévues: ° Consulter chaque collecte de données et identifier les problématiques particulières, rencontrer chaque jeune qui présente une problématique et assurer le suivi (mars 2017) ° Rencontrer à l'admission certains jeunes sans problématique identifiée ainsi que les jeunes admis en hébergement dans une unité de réadaptation (mars 2017) ° Former les infirmières sur l'examen physique et mental (déc. 2016) Réviser le questionnaire santé (janvier 2017) ° Élaborer un document d'encadrement sur l'évaluation initiale des jeunes sans problème de santé identifié (déc. 2016) ° Élaborer un formulaire de consignation "Évaluation initiale" (mars 2017).	DSI	V	mars-17		Plusieurs actions prévues dans les prochains mois (formation, etc.) Audits de dossiers prévus. Cible 100 % des dossiers conformes.
Services régionaux jeunesse	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)	Centre jeunesse	2016-02-05	Documenter au dossier l'évaluation initiale	3	3 actions prévues: ° Inscrire les notes complètes et appropriées. ° Déterminer et ajuster le PTI pour les jeunes qui nécessitent un suivi clinique particulier. ° Élaborer une grille d'audit de dossiers sur les notes.	DSI	V	févr-17		

# Tableau intégré - Inspection professionnelle

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	#	Recommandations/ Actions	Responsable	Évolution du dossier	Échéancier	Accepté (date)	Commentaires
Services régionaux jeunesse	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec	Centre jeunesse	2016-02-05	Assurer la tenue des notes infirmières complètes	4	6 actions prévues: °Fournir aux infirmières les documents (volumes de référence) utiles à l'élaboration de notes complètes (Automne 2016). °Documenter au dossier les évaluations, les interventions, l'enseignement et les résultats concernant le jeune qui présente un problème particulier. °Élaborer une grille d'audit de dossiers sur les notes d'observation. °Former les infirmières sur le PTI dans le contexte du Centre jeunesse. Formation interne de 3 h. °Déterminer et ajuster le PTI pour les jeunes qui nécessitent un suivi particulier. °Assurer un soutien de la Direction adjointe - Soutien et développement des pratiques professionnelles en soins infirmiers et d'assistance et de la prévention des infections pour l'implantation	DSI	V	févr-17		
Services régionaux jeunesse	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)	Centre jeunesse	2016-02-05	Assurer une gestion sécuritaire des médicaments	5	2 actions prévues: °Élaborer une règle de soins sur l'administration des médicaments en vente libre (professionnels et non-professionnels). °Élaborer différentes ordonnances collectives en lien avec les médicaments	DSI	V	avr-17		

# Tableau intégré - Inspection professionnelle

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	#	Recommandations/ Actions	Responsable	Évolution du dossier	Échéancier	Accepté (date)	Commentaires
Services régionaux jeunesse	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)	Centre jeunesse	2016-02-05	Suivi et dépistage des ITSS et initiation à la contraception	6	5 actions prévues: °Former les infirmières sur la contraception (été 2016) °Lier le nouveau Guide québécois sur les ITSS (automne 2016) °Implanter le droit de prescrire pour les infirmières du Centre jeunesse (février 2017). Implanter le formulaire régional existant (mars 2017) S'assurer de la disponibilité du Guide est des mises à jour (déc. 2016)	DSI	V	mars-17		
Services régionaux jeunesse	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)	Centre jeunesse	2016-02-05	Mise à jour du carnet de vaccination	7	6 actions prévues: °Évaluer les besoins en vaccination des jeunes (février 2017) °S'assurer que les infirmières ont accès au logiciel SIPMI (sept. 2016) °Former les infirmières sur l'utilisation du logiciel (déc. 2016) °Former les infirmières sur le PIQ (été 2016) °Rendre disponible le PIQ par voie électronique (sept, 2016) °Élaborer une procédure afin d'assurer un corridor de services avec des programmes scolaires prévus par le MSSS (mars 2017)	DSI	V	mars-17		Plan d'action soumis, en attente du retour de l'OIIQ.

# Tableau intégré - Inspection professionnelle

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	#	Recommandations/ Actions	Responsable	Évolution du dossier	Échéancier	Accepté (date)	Commentaires
Services régionaux jeunesse	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)	Centre jeunesse	2016-02-05	Évaluer la condition mentale et le risque suicidaire chez les jeunes à l'admission ou lors d'une consultation.	8	4 actions prévues: ° Former les infirmières sur l'évaluation du risque de passage à l'acte (formation AQPS) (déc. 2016). ° Effectuer les évaluations requises liées au risque suicidaire et élaborer le PTI (février 2017). ° Avoir accès aux informations de 2e niveau en lien avec le risque suicidaire (automne 2016). ° Participer aux rencontres de l'équipe 2e niveau suicide et santé mentale (automne 2016).	DSI	V	févr-17		
Services régionaux jeunesse	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)	Centre jeunesse	2016-02-05	Procéder à l'évaluation d'un jeune au retour d'une fugue.	9	Mettre à jour le protocole de retour de fugue, incluant le rôle de l'infirmière.	DSI	V	janv-17		
Haut St-Maurice	Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec	CSSS HSM	2016-02-19	Actions prioritaires	1.01	Définir les règles de tenue de dossiers en arrimant avec le cadre légal et les normes de l'ordre professionnel	DSM	G	2016-06-30		
Haut St-Maurice	Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec	CSSS HSM	2016-02-19	Actions prioritaires	1.02	Élaborer (ou valider) les formulaires à utiliser	DSM	G	2016-06-30		

# Tableau intégré - Inspection professionnelle

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	#	Recommandations/ Actions	Responsable	Évolution du dossier	Échéancier	Accepté (date)	Commentaires
Haut St-Maurice	Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec	CSSS HSM	2016-02-19	Actions prioritaires	1.03	Définir les protocoles et procédures : - Protocole d'entretien préventif et de nettoyage, incluant un modèle de registre - Protocoles cliniques : Test de spinométrie Exécution de prélèvement d'expectoration Changement de la nébulisation versus aérosol doseur etc. - Protocole de préparation et d'étiquetage de la médication - Procédure d'installation, d'utilisation	DSM	G	2016-12-31		
Haut St-Maurice	Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec	CSSS HSM	2016-02-19	Actions prioritaires	1.04	Élaborer le matériel didactique à l'intention des usagers et des proches	DSM	G	2016-12-31		
Haut St-Maurice	Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec	CSSS HSM	2016-02-19	Actions prioritaires	2.01	Établir un profil de compétences en lien avec le processus de dotation	DSM DRHCAJ	G	2016-04-30		
Haut St-Maurice	Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec	CSSS HSM	2016-02-19	Actions prioritaires	2.02	Développer un programme d'accueil et d'intégration pour les nouveaux employés - Formation à l'accueil - Coursus de formation initiale - Mécanismes d'orientation (ex.: preceptorat, mentorat, etc)	DSM DRHCAJ	G	2016-12-31		
Haut St-Maurice	Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec	CSSS HSM Q	2016-02-19	Actions prioritaires	2.03	Identifier le cursus de formation continue des inhalothérapeutes en cohérence avec le profil de compétence attendue et les besoins du personnel (PDRH)	DSM DRHCAJ	G	2016-12-31		
Haut St-Maurice	Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec	CSSS HSM	2016-02-19	Actions prioritaires	2.04	Mettre en œuvre un programme d'audit qualité	DSM DQEPE	G	2016-06-17		

# Tableau intégré - Inspection professionnelle

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	#	Recommandations/ Actions	Responsable	Évolution du dossier	Échéancier	Accepté (date)	Commentaires
Services régionaux jeunesse	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)	Centre jeunesse	2016-02-05	Respect des mesures de prévention des infections	10	Réviser le protocole sur les maladies infectieuses et diffuser l'information.	DSI	V	févr-17		

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

Comité de vigilance et de la qualité

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour 2017-03-31

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	Cloutier-du-Rivage	2014-10-22	1	Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens pour structurer davantage la démarche d'évaluation de la satisfaction des résidents et de leurs proches.	DAH	G	2016-10-21		
Trois-Rivières	Visite évaluation MSSS	Cloutier-du-Rivage	2014-10-22	2	Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens afin de s'assurer que tout le personnel démontre une meilleure attention à l'ensemble des résidents et qu'il respecte la confidentialité des renseignements privés.	DAH	V	2016-10-21		
Trois-Rivières	Visite évaluation MSSS	Cloutier-du-Rivage	2014-10-22	3	Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens afin d'éviter le recours à des pratiques institutionnelles.	DAH	G	2016-10-21		
Trois-Rivières	Visite évaluation MSSS	Cloutier-du-Rivage	2014-10-22	4	Le MSSS recommande que l'établissement s'assure que le personnel offre davantage d'assistance pour répondre aux besoins et aux demandes des résidents lors des repas.	DAH	G	2016-10-21		
Trois-Rivières	Visite évaluation MSSS	Cloutier-du-Rivage	2014-10-22	5	Le MSSS recommande que l'établissement aménage des espaces communs rappelant le milieu de vie familial.	DAH	V	2016-10-21		
Trois-Rivières	Visite évaluation MSSS	Cloutier-du-Rivage	2014-10-22	6	Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens nécessaires afin que les lieux soient propres et bien entretenus.	DAH	G	2016-10-21		
Trois-Rivières	Visite évaluation MSSS	Cloutier-du-Rivage	2014-10-22	7	Le MSSS recommande que l'établissement améliore la disposition des repères spatio-temporels pour faciliter l'orientation des résidents.	DAH	V	2016-10-21		



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

Comité de vigilance et de la qualité

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour 2017-03-31

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
Haut St-Maurice	Visite évaluation MSSS	CSSS Du Haut St-Maurice	2015-01-13	1	Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement pour offrir un milieu de vie de qualité comme préconisé par les orientations ministérielles.	DAH	G	2017-01-12	2016-06-13	
Haut St-Maurice	Visite évaluation MSSS	CSSS Du Haut St-Maurice	2015-01-13	2	Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens pour améliorer la promotion des droits des résidents.	DAH	G	2017-01-12	2016-06-13	
Haut St-Maurice	Visite évaluation MSSS	CSSS Du Haut St-Maurice	2015-01-13	3	Le MSSS recommande que l'établissement améliore le processus d'élaboration et de révision des plans d'intervention.	DAH	G	2017-01-12	2016-06-13	
Haut St-Maurice	Visite évaluation MSSS	CSSS Du Haut St-Maurice	2015-01-13	4	Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens afin que le personnel démontre un meilleur respect envers les résidents, notamment au niveau de l'attention et de la courtoisie.	DAH	V	2017-01-12		
Haut St-Maurice	Visite évaluation MSSS	CSSS Du Haut St-Maurice	2015-01-13	5	Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens afin d'améliorer la planification des repas.	DAH	V	2017-01-12		
Haut St-Maurice	Visite évaluation MSSS	CSSS Du Haut St-Maurice	2015-01-13	6	Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens afin d'améliorer l'organisation des repas.	DAH	V	2017-01-12		
Haut St-Maurice	Visite évaluation MSSS	CSSS Du Haut St-Maurice	2015-01-13	7	Le MSSS recommande que l'établissement s'assure que le personnel offre davantage d'assistance pour répondre aux besoins et aux demandes des résidents lors des repas.	DAH	G	2017-01-12	2016-06-13	
Haut St-Maurice	Visite évaluation MSSS	CSSS Du Haut St-Maurice	2015-01-13	8	Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens pour améliorer le soutien des bénévoles auprès des résidents.	DAH	G	2017-01-12	2016-06-13	

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

Comité de vigilance et de la qualité

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour 2017-03-31

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
Haut St-Maurice	Visite évaluation MSSS	CSSS Du Haut St-Maurice	2015-01-13	9	Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens afin que chaque résident ait une chambre décorée selon ses goûts.	DAH	G	2017-01-12	2016-06-13	
Haut St-Maurice	Visite évaluation MSSS	CSSS Du Haut St-Maurice	2015-01-13	10	Le MSSS recommande que l'établissement aménage des espaces communs rappelant le milieu de vie familial.	DAH	G	2017-01-12	2016-06-13	
Haut St-Maurice	Visite évaluation MSSS	CSSS Du Haut St-Maurice	2015-01-13	11	Le MSSS recommande que l'établissement améliore la disposition des repères spatio-temporels pour faciliter l'orientation des résidents.	DAH	G	2017-01-12	2016-06-13	
Drummond	Visite évaluation MSSS	Frédéric-George-Hériot	2015-06-11	1	Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement pour assurer la continuité et la qualité des interventions de l'équipe soignante.	DAH	G	2017-06-10	2016-06-01	
Drummond	Visite évaluation MSSS	Frédéric-George-Hériot	2015-06-11	2	Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens nécessaires pour assurer la promotion des droits des résidents.	DAH	G	2017-06-10	2016-06-01	
Drummond	Visite évaluation MSSS	Frédéric-George-Hériot	2015-06-11	3	Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens nécessaires pour favoriser l'intégration du résident lors de son accueil.	DAH	G	2017-06-10	2016-06-01	
Drummond	Visite évaluation MSSS	Frédéric-George-Hériot	2015-06-11	4	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	2017-06-10	2016-06-01	
Drummond	Visite évaluation MSSS	Frédéric-George-Hériot	2015-06-11	5	Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens nécessaires pour que chaque résident et le personnel aient une position adéquate lors des repas.	DAH	G	2017-06-10	2016-06-01	

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

Comité de vigilance et de la qualité

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour 2017-03-31

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 Chêne	2015-09-01	1	Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement pour offrir un milieu de vie de qualité tel que préconisé dans les orientations ministérielles.	DAH	G	2017-08-31	2017-03-13	
Arthabaska-Érable	Visite évaluation MSSS	Du Chêne	2015-09-01	2	Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement pour offrir des pratiques conformes aux principes des orientations ministérielles.	DAH	G	2017-08-31	2017-01-11	
Arthabaska-Érable	Visite évaluation MSSS	Du Chêne	2015-09-01	3	Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement pour assurer la continuité et la qualité des interventions de l'équipe soignante.	DAH	V	2017-08-31		
Arthabaska-Érable	Visite évaluation MSSS	Du Chêne	2015-09-01	4	Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens nécessaires pour assurer la promotion des droits des résidents.	DAH	V	2017-08-31		
Arthabaska-Érable	Visite évaluation MSSS	Du Chêne	2015-09-01	5	Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens nécessaires pour favoriser l'intégration du résident lors de l'accueil.	DAH	G	2017-08-31	2017-01-11	
Arthabaska-Érable	Visite évaluation MSSS	Du Chêne	2015-09-01	6	Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens nécessaires pour que les soins et l'assistance soient adaptés aux besoins des résidents.	DAH	G	2017-08-31	2017-01-11	
Arthabaska-Érable	Visite évaluation MSSS	Du Chêne	2015-09-01	7	Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens pour bonifier l'organisation des repas afin de répondre aux besoins des résidents.	DAH	G	2017-08-31	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 - 2016-2017

Information mise à jour 2017-03-31

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 Chêne	2015-09-01	8	Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens nécessaires pour offrir des activités de loisir diversifiées et adaptées aux besoins et aux intérêts des résidents.	DAH	V	2017-08-31		
Arthabaska-Érable	Visite évaluation MSSS	Du Chêne	2015-09-01	9	Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à soutenir les bénévoles qui oeuvrent auprès des résidents.	DAH	G	2017-08-31	2017-03-13	
Arthabaska-Érable	Visite évaluation MSSS	Du Chêne	2015-09-01	10	Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens nécessaires afin que les lieux soient sécuritaires.	DAH	G	2017-08-31	2016-01-31	
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	2017-10-05	2017-03-13	
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	2017-10-05	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	2017-10-05	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	2017-10-05	2016-09-29	

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

Comité de vigilance et de la qualité

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour 2017-03-31

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	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	2017-10-06	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	2017-10-06	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	2017-10-06	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	2017-11-09	2016-11-03	
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	V	2017-11-09		
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	2017-11-09	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	2017-11-10	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 - 2016-2017

Information mise à jour 2017-03-31

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	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	V	2017-11-10		
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	2017-11-10	2016-11-03	
Trois-Rivières	Visite évaluation MSSS	Louis Denoncourt	2015-11-25	1	Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement pour offrir un milieu de vie de qualité tel que préconisé dans les orientations ministérielles.	DAH	G	2017-11-24	2016-09-16	
Trois-Rivières	Visite évaluation MSSS	Louis Denoncourt	2015-11-25	2	Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à assurer la continuité des interventions de l'équipe soignante.	DAH	V	2017-11-24		
Trois-Rivières	Visite évaluation MSSS	Louis Denoncourt	2015-11-25	3	Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à assurer la promotion des droits des résidents.	DAH	G	2017-11-24	2017-01-11	
Trois-Rivières	Visite évaluation MSSS	Louis Denoncourt	2015-11-25	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	V	2017-11-24		
Trois-Rivières	Visite évaluation MSSS	Louis Denoncourt	2015-11-25	5	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	2017-11-24	2016-09-16	

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

Comité de vigilance et de la qualité

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour 2017-03-31

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	Louis Denoncourt	2015-11-25	6	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	2017-11-24	2016-09-16	
Trois-Rivières	Visite évaluation MSSS	Louis Denoncourt	2015-11-25	7	Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens de s'assurer que le personnel se positionne adéquatement lors des repas.	DAH	G	2017-11-24	2017-03-13	
Trois-Rivières	Visite évaluation MSSS	Louis Denoncourt	2015-11-25	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	V	2017-11-24		
Trois-Rivières	Visite évaluation MSSS	St-Joseph	2015-11-26	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	2017-11-25	2016-09-16	
Trois-Rivières	Visite évaluation MSSS	St-Joseph	2015-11-26	2	Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à assurer la continuité des interventions de l'équipe soignante.	DAH	V	2017-11-25		
Trois-Rivières	Visite évaluation MSSS	St-Joseph	2015-11-26	3	Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à assurer la promotion des droits des résidents.	DAH	G	2017-11-25	2017-01-11	
Trois-Rivières	Visite évaluation MSSS	St-Joseph	2015-11-26	4	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	2017-11-25	2016-09-16	

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

Comité de vigilance et de la qualité

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour 2017-03-31

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	2015-11-26	5	Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens afin de s'assurer que le personnel respecte la confidentialité des renseignements privés.	DAH	G	2017-11-25	2017-01-11	
Trois-Rivières	Visite évaluation MSSS	St-Joseph	2015-11-26	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	V	2017-11-25		
Trois-Rivières	Visite évaluation MSSS	St-Joseph	2015-11-26	7	Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement afin que les lieux soient bien entretenus.	DAH	G	2017-11-25	2016-09-16	
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	2018-01-18	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	2018-01-18	2017-01-11	
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	V	2018-01-18		



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

Comité de vigilance et de la qualité

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour 2017-03-31

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	4	Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à assurer la continuité des interventions de l'équipe soignante.	DAH	V	2018-01-18		
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	V	2018-01-18		
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	V	2018-01-18		
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	2018-01-18	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	V	2018-01-18		
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	G	2018-01-18	2017-03-13	
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	V	2018-03-20		

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

Comité de vigilance et de la qualité

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour 2017-03-31

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	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	V	2018-03-20		
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	2018-03-20	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	V	2018-03-20		
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	2018-03-20	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	2018-03-20	2017-01-11	
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	2018-03-20	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 - 2016-2017

Information mise à jour 2017-03-31

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	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	2018-03-20	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	2018-03-20	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	2018-03-20	2017-03-13	
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	V	2018-03-20		
Énergie	Visite évaluation MSSS	Saint-Maurice	2016-03-24	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	V	2018-03-23		
Énergie	Visite évaluation MSSS	Saint-Maurice	2016-03-24	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	V	2018-03-23		
Énergie	Visite évaluation MSSS	Saint-Maurice	2016-03-24	3	Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à assurer la continuité des interventions de l'équipe soignante.	DAH	G	2018-03-23	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 - 2016-2017

Information mise à jour 2017-03-31

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	2016-03-24	4	Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à assurer la promotion des droits des résidents.	DAH	G	2018-03-23	2017-01-11	
Énergie	Visite évaluation MSSS	Saint-Maurice	2016-03-24	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	2018-03-23	2017-01-11	
Énergie	Visite évaluation MSSS	Saint-Maurice	2016-03-24	6	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	V	2018-03-23	2017-03-13	
Énergie	Visite évaluation MSSS	Saint-Maurice	2016-03-24	7	Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement afin que les lieux rappellent un milieu de vie familial.	DAH	V	2018-03-23		
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	2018-04-25	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	V	2018-04-25		
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	V	2018-04-25		

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

Comité de vigilance et de la qualité

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour 2017-03-31

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	4	Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens pour améliorer l'information transmise au résident lors de l'accueil.	DAH	G	2018-04-25	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	V	2018-04-25		
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	2018-04-26	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	V	2018-04-26		
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	V	2018-04-26		
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	2018-04-26	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	V	2018-04-26		

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

Comité de vigilance et de la qualité

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour 2017-03-31

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	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	V	2018-04-26		
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	2018-04-26	2017-01-11	
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	2018-04-27	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	V	2018-04-27		
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	V	2018-04-27		
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	V	2018-04-27		
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	V	2018-04-27		

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

Comité de vigilance et de la qualité

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour 2017-03-31

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	2018-05-24	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	V	2018-05-24		
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	G	2018-05-24	2017-01-11	
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	2018-05-24		
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	V	2018-05-24		
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	G	2018-05-24		
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	V	2018-07-12		

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

Comité de vigilance et de la qualité

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour 2017-03-31

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	V	2018-07-12		
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	V	2018-07-12		
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	G	2018-07-12	2017-03-13	
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	V	2018-07-12		
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	V	2018-07-12		
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	V	2018-07-12		



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

Comité de vigilance et de la qualité

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour 2017-03-31

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	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	V	2018-07-12		
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	2018-07-12	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	2018-07-12	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	V	2018-07-12		
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	V	2018-07-13		
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	V	2018-07-13		
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	V	2018-07-13		

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

Comité de vigilance et de la qualité

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour 2017-03-31

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	4	Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à assurer la continuité des interventions de l'équipe soignante.	DAH	V	2018-07-13		
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	2018-07-13	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	V	2018-07-13		
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	2018-07-13	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	V	2018-07-13		
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	V	2018-09-13		

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

Comité de vigilance et de la qualité

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour 2017-03-31

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	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	V	2018-09-13		
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	2018-09-13	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	V	2018-09-13		
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	V	2018-09-13		
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	2018-09-13	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	2018-09-13	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	2018-09-13	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 - 2016-2017

Information mise à jour 2017-03-31

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	9	Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à soutenir les bénévoles qui oeuvrent auprès des résidents.	DAH	V	2018-09-13		
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	G	2018-09-13	2017-01-11	
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	V	2018-09-14		
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	V	2018-09-14		
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	V	2018-09-14		
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	V	2018-09-14		
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	V	2018-09-14		

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

Comité de vigilance et de la qualité

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour 2017-03-31

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	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	2018-09-14	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	V	2018-09-14		
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	V	2018-09-14		
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	V	2018-09-14		
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	V	2018-10-02		
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	V	2018-10-02		
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	V	2018-10-02		

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

Comité de vigilance et de la qualité

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour 2017-03-31

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	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	V	2018-10-02		
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	2018-10-02	2017-03-13	
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	V	2018-10-02		
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	V	2018-10-03		
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	2018-10-03	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	V	2018-10-03		

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

Comité de vigilance et de la qualité

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour 2017-03-31

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	4	Le MSSS recommande que l'établissement poursuive son engagement à assurer la continuité des interventions de l'équipe soignante.	DAH	V	2018-10-03		
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	2018-10-03	2017-01-01	
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	2018-10-03	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	2018-10-03	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	V	2018-10-03		
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	V	2018-10-03		
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	2018-10-03	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 - 2016-2017

Information mise à jour 2017-03-31

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	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	2018-10-31	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	V	2018-10-31		
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	V	2018-10-31		
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	V	2018-10-31		
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	V	2018-11-22		
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	2018-11-22	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 - 2016-2017

Information mise à jour 2017-03-31

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	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	V	2018-11-22		
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	V	2018-11-22		
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	V	2018-11-22		
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	V	2018-11-22		
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	2018-11-22	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	2018-11-22	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 - 2016-2017

Information mise à jour 2017-03-31

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	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	V	2018-11-23		
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	V	2018-11-23		
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	V	2018-11-23		
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	V	2018-11-23		
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	2018-11-23	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	2018-11-23	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 - 2016-2017

Information mise à jour 2017-03-31

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	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	V	2018-11-23		
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	2018-11-23	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	2019-01-31	2017-03-13	
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	O	2019-01-31		
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	O	2019-01-31		

## 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 - 2016-2017

Information mise à jour 2017-03-31

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		État d'avancement présenté au MSSS en avril
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		État d'avancement présenté au MSSS en avril
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		État d'avancement présenté au MSSS en avril
Services régionaux jeunesse	Visite évaluation MSSS	RI-RTF Programme jeunes en difficulté	2015-07-23	Pratiques organisationnelles, administratives et professionnelles.	1	Le MSSS recommande que l'établissement prenne davantage de moyens pour assurer la qualité des services rendus aux usagers confiés à une ressource.	Direction du Programme jeunesse famille	G	2017-07-21	2016-07-21	État d'avancement présenté au MSSS en juillet
Services régionaux jeunesse	Visite évaluation MSSS	RI-RTF Programme jeunes en difficulté	2015-07-23	Pratiques organisationnelles, administratives et professionnelles.	2	Le MSSS recommande que l'établissement mette en place des mécanismes pour promouvoir les droits des usagers, notamment ceux confiés à une ressource.	Direction du Programme jeunesse famille	G	2017-07-21	2016-07-21	État d'avancement présenté au MSSS en juillet

## 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 - 2016-2017

Information mise à jour 2017-03-31

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 jeunesse	Visite évaluation MSSS	RI-RTF Programme jeunes en difficulté	2015-07-23	Pratiques organisationnelles, administratives et professionnelles.	3	Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens pour structurer davantage la démarche d'évaluation de la satisfaction des usagers et de leurs proches.	Direction du Programme jeunesse famille	G	2017-07-21	2016-07-21	État d'avancement présenté au MSSS en juillet
Services régionaux jeunesse	Visite évaluation MSSS	RI-RTF Programme jeunes en difficulté	2015-07-23	Pratiques organisationnelles, administratives et professionnelles.	4	Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens nécessaires afin de collaborer davantage avec les ressources lorsque les services particuliers de l'utilisateur sont déterminés.	Direction du Programme jeunesse famille	V	2017-07-21		État d'avancement présenté au MSSS en juillet
Services régionaux jeunesse	Visite évaluation MSSS	RI-RTF Programme jeunes en difficulté	2015-07-23	Pratiques organisationnelles, administratives et professionnelles.	5	Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens afin d'élaborer et de diffuser un protocole d'application des mesures de contrôle portant sur l'isolement et la contention.	Direction du Programme jeunesse famille	G	2017-07-21	2016-07-21	État d'avancement présenté au MSSS en juillet
Services régionaux jeunesse	Visite évaluation MSSS	RI-RTF Programme jeunes en difficulté	2015-07-23	Pratiques organisationnelles, administratives et professionnelles.	6	Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens afin de développer et de maintenir un partenariat efficace avec les ressources.	Direction du Programme jeunesse famille	G	2017-07-21	2016-07-21	
Services régionaux jeunesse	Visite évaluation MSSS	RI-RTF Programme jeunes en difficulté	2015-07-23	Activités de la vie quotidienne	7	Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens de bonifier les procédures concernant les activités du suivi professionnel des usagers portant sur l'intégration de l'utilisateur dans la ressource et le départ de la ressource.	Direction du Programme jeunesse famille	G	2017-07-21	2016-07-21	État d'avancement présenté au MSSS en juillet

## 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 - 2016-2017

Information mise à jour 2017-03-31

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 santé mentale	Visite évaluation MSSS	RI-RTF Programme Santé mentale	2015-12-09	Pratiques organisationnelles, administratives et professionnelles.	1	Le MSSS recommande que l'établissement mette en place des mécanismes pour promouvoir les droits des usagers, notamment ceux confiés à une ressource.	Direction du Programme santé mentale adulte et dépendance	V	2017-12-19		État d'avancement présenté au MSSS en décembre 2016
Services régionaux santé mentale	Visite évaluation MSSS	RI-RTF Programme Santé mentale	2015-12-09	Pratiques organisationnelles, administratives et professionnelles.	2	Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens de réaliser, en partenariat avec le comité des usagers, une démarche structurée d'évaluation de la satisfaction des usagers et de leurs proches distincte de celle réalisée dans le cadre de l'agrément.	Direction du Programme santé mentale adulte et dépendance	V	2017-12-19		État d'avancement présenté au MSSS en décembre 2016
Services régionaux santé mentale	Visite évaluation MSSS	RI-RTF Programme Santé mentale	2015-12-09	Pratiques organisationnelles, administratives et professionnelles.	3	Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens afin de diffuser un protocole d'application des mesures de contrôle portant sur l'isolement et la contention.	Direction du Programme santé mentale adulte et dépendance	V	2017-12-19		État d'avancement présenté au MSSS en décembre 2016
Services régionaux santé mentale	Visite évaluation MSSS	RI-RTF Programme Santé mentale	2015-12-09	Pratiques organisationnelles, administratives et professionnelles.	4	Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens pour améliorer davantage son partenariat avec les ressources et en assurer le maintien.	Direction du Programme santé mentale adulte et dépendance	V	2017-12-19		État d'avancement présenté au MSSS en décembre 2016
Services régionaux santé mentale	Visite évaluation MSSS	RI-RTF Programme Santé mentale	2015-12-09	Pratiques organisationnelles, administratives et professionnelles.	5	Le MSSS recommande que l'établissement élabore les procédures nécessaires au suivi professionnel des usagers au regard de toutes les étapes de leur placement dans une ressource.	Direction du Programme santé mentale adulte et dépendance	V	2017-12-19		État d'avancement présenté au MSSS en décembre 2016

## 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 - 2016-2017

Information mise à jour 2017-03-31

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 santé mentale	Visite évaluation MSSS	RI-RTF Programme Santé mentale	2015-12-09	Activités de la vie quotidienne	6	Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens nécessaires pour que les ressources assurent davantage le bien-être des usagers et encouragent leur développement ou le maintien de leurs acquis.	Direction du Programme santé mentale adulte et dépendance	V	2017-12-19		État d'avancement présenté au MSSS en décembre 2016
Services régionaux santé mentale	Visite évaluation MSSS	RI-RTF Programme Santé mentale	2015-12-09	Activités de la vie quotidienne	7	Le MSSS recommande que l'établissement prenne les moyens nécessaires pour améliorer l'organisation des activités de loisir afin de favoriser l'intégration des usagers dans leur milieu de vie et principalement dans la communauté.	Direction du Programme santé mentale adulte et dépendance	V	2017-12-19		État d'avancement présenté au MSSS en décembre 2016

# Tableau intégré - Résidences privées pour aînées (RPA)

Recommandations et suivis - 2015-2016

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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 de la RPA	Places	Résidents	Direction Responsable	État	Échue	Évolution du dossier	Date début	Date fin	Commentaire
Drummond	4883	Accueil Doux Repos	4	4	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-06-05	2019-06-04	
Énergie	4348	Au Jardin Fleuri	9	7	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2014-01-16	2018-01-15	
Drummond	4025	Auberge du Bon Conseil	106	82	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-04-09	2019-04-08	
Trois-Rivières	5744	Carpe Diem - Centre de ressources Alzheimer, Maison Carpe Diem	13	13	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-06-20	2019-06-19	
Énergie	1008	Castel des Cèdres	20	18	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-07-31	2019-07-30	
Trois-Rivières	5714	Cénacle St-Pierre	38	38	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2016-01-05	2020-01-04	
Bécancour - Nicolet-Yamaska	1125	Centre d'hébergement de Nicolet	104	100	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-04-25	2019-04-24	
Drummond	3772	Centre d'Hébergement St-Frédéric	128	128	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2016-10-31	2020-10-30	
Drummond	3771	Centre d'hébergement St-Joseph	108	104	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2016-11-16	2020-11-15	
Drummond	2170	Chartwell L'Ermitage, résidence pour retraités	250	226	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	renouvellement	non	V	2013-07-23	2017-07-22	
Arthabaska -Érable	1110	Chartwell Notre-Dame Victoriaville, résidence pour retraités	286	179	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-04-11	2019-04-10	
Arthabaska -Érable	732	Château Belly	23	9	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-05-02	2019-05-01	



# Tableau intégré - Résidences privées pour aînées (RPA)

Recommandations et suivis - 2015-2016

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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 de la RPA	Places	Résidents	Direction Responsable	État	Échue	Évolution du dossier	Date début	Date fin	Commentaire
Vallée-de-la Batiscan	6141	Château Marysia de Vassimmeuble inc.	10	10	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2013-10-16	2017-10-15	
Énergie	1029	CSH Domaine Cascade inc.	250	229	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-06-04	2019-06-03	
Énergie	1007	Domaine Centre Ville	15	10	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2013-11-22	2017-11-21	
Énergie	1017	Domaine du Parc (2007) inc.	88	61	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-02-07	2019-02-06	
Vallée-de-la Batiscan	737	Havre St-Maurice	24	14	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-02-27	2019-02-26	
Vallée-de-la Batiscan	6290	Jardin de l'Amitié	8	8	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	fermée	non	G	2012-06-20	2016-06-19	
Bécancour - Nicolet-Yamaska	5424	La Belle-Humeur	5	4	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2013-10-10	2017-10-09	
Énergie	5871	La Maison Claire Daniel inc.	16	15	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-10-17	2019-10-17	
Trois-Rivières	1074	La Maison la Petite Plaisance	15	5	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-02-07	2019-02-06	
Drummond	5928	La Maisonnée d'Antan	9	9	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2017-02-12	2021-02-11	
Énergie	1010	La Mère Veilleuse Résidence inc.	19	15	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-06-05	2019-06-04	
Arthabaska -Érable	3767	La Résidence Dublin d'Inverness	8	6	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-07-31	2019-07-30	

# Tableau intégré - Résidences privées pour aînées (RPA)

Recommandations et suivis - 2015-2016

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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 de la RPA	Places	Résidents	Direction Responsable	État	Échue	Évolution du dossier	Date début	Date fin	Commentaire
Arthabaska -Érable	4349	La Résidence Kingsey	10	10	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	fermée	non	O	2015-05-01	2019-04-30	fermeture 17 janvier 2017
Arthabaska -Érable	6489	La Seigneurie le Victorin	176	160	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2016-11-16	2020-11-15	
Trois-Rivières	1090	La Sittelle sur Saint-Laurent	170	42	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2016-06-20	2020-06-19	vendue ancienne Résidence la Sittelle
Énergie	1016	La Tortulinoise inc.	30	25	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2013-10-31	2017-10-30	
Trois-Rivières	627	La Villa de l'Or Blanc	9	9	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2013-12-11	2017-12-10	
Trois-Rivières	1724	La Villa du Boulevard S.E.N.C.	10	8	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2014-01-16	2018-01-15	
Vallée-de-la Batiscan	1117	La Villa du Papillon Bleu	19	14	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-05-15	2019-05-14	
Trois-Rivières	7079	La Villa du Parc (2012)	18	18	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2014-06-18	2018-06-17	
Trois-Rivières	1092	La Villa Jardin Fleuri	80	52	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-02-28	2019-02-27	
Bécancour - Nicolet-Yamaska	1134	La Villa Les Cygnes	23	12	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2014-03-18	2018-03-17	
Vallée-de-la Batiscan	3760	La Villa St-Narcisse enr.	23	22	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-06-04	2019-06-03	
Trois-Rivières	1081	Le Carrefour de la Paix de la Mauricie	35	26	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-03-19	2019-03-18	

# Tableau intégré - Résidences privées pour aînées (RPA)

Recommandations et suivis - 2015-2016

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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 de la RPA	Places	Résidents	Direction Responsable	État	Échue	Évolution du dossier	Date début	Date fin	Commentaire
Bécancour - Nicolet-Yamaska	1115	Le Centre L'Assomption (St-Léonard-d'Aston)	44	44	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2014-11-21	2018-11-20	
Trois-Rivières	6365	Le Coin St-Paul	260	191	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2016-11-27	2020-11-26	
Bécancour - Nicolet-Yamaska	6548	Le Havre du Faubourg inc.	278	159	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2016-09-26	2020-09-25	
Énergie	1001	Le Jardin de Rêves	17	10	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-03-19	2019-03-18	
Haut-Saint-Maurice	4367	Le Renaissance (La Tuque) 2000 inc.	106	62	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	renouvellement	non	V	2013-08-08	2017-08-07	
Trois-Rivières	4840	Les Berges du St-Laurent	73	42	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-05-15	2019-05-14	
Trois-Rivières	638	Les Douceurs d'Autrefois	9	9	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-05-02	2019-05-01	
Drummond	3774	Les Jardins de la Cité	512	332	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-10-17	2019-10-16	
Arthabaska -Érable	5248	Les Jardins du Parc Linéaire inc.	275	275	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2013-10-30	2017-10-29	
Maskinongé	6180	Les Jardins Latourelle (2014) inc.	43	39	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2014-02-26	2018-02-25	
Trois-Rivières	1089	Les Jardins Laviolette	511	272	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-02-28	2019-02-27	
Trois-Rivières	1091	Les Marronniers Trois-Rivières	98	93	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-02-06	2019-02-05	

# Tableau intégré - Résidences privées pour aînées (RPA)

Recommandations et suivis - 2015-2016

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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 de la RPA	Places	Résidents	Direction Responsable	État	Échue	Évolution du dossier	Date début	Date fin	Commentaire
Trois-Rivières	860	Les Résidences Blais	60	60	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2013-10-10	2017-10-09	
Bécancour - Nicolet-Yamaska	1124	Les Résidences Chambertin	24	15	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-06-05	2019-06-04	
Énergie	1024	Les Résidences Des Chênes de Shawinigan	115	109	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-04-25	2019-04-24	
Arthabaska -Érable	1453	Les Résidences du Lac	10	8	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	fermée	non	G	2013-10-10	2017-10-09	fermée depuis le 1 juin 2016
Trois-Rivières	6382	Les Résidences du Manoir Cap inc.	200	188	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2016-06-20	2020-06-19	
Trois-Rivières	5457	Les Résidences du Manoir TR inc.	370	310	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2013-10-10	2017-10-09	
Trois-Rivières	4751	Les Résidences du Manoir TRO	308	215	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2013-10-10	2017-10-09	
Maskinongé	2122	Les Résidences France et Yvon Héroux	20	20	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-04-09	2019-04-08	
Trois-Rivières	675	Les Résidences la Villa inc.	39	39	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2013-12-10	2017-12-09	
Drummond	1384	Les Résidences Mon Parent inc.	59	37	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-10-17	2019-10-16	
Drummond	7189	Les Résidences René-Léosa	22	22	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2016-03-27	2020-03-26	
Énergie	1020	Les Suites Almaville / La Pension	20	20	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-02-07	2019-02-06	

# Tableau intégré - Résidences privées pour aînées (RPA)

Recommandations et suivis - 2015-2016

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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 de la RPA	Places	Résidents	Direction Responsable	État	Échue	Évolution du dossier	Date début	Date fin	Commentaire
Vallée-de-la Batiscan	5573	Les Suites du Manoir	28	23	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-05-01	2019-04-30	
Drummond	5487	Les Terrasses de la Fonderie	731	440	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-07-31	2019-07-30	
Énergie	1032	L'Étoile des Neiges	9	8	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2014-01-16	2018-01-15	
Maskinongé	6399	Maison Barthélémy-Caron	20	20	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2016-03-21	2020-03-21	
Trois-Rivières	677	Maison Blanche Bertrand	27	24	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2014-11-21	2018-11-20	Transfert de certificat La Villa St-Hilaire auparavant
Énergie	6125	Maison d'Antan	9	9	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2016-03-21	2020-03-20	
Drummond	6573	Maison du Golf	17	17	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2016-12-19	2020-12-18	
Trois-Rivières	5980	Maison Mava	6	6	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	O	2017-03-06	2021-03-05	certificat renouvelé en mars 2017
Trois-Rivières	4428	Maison Niverville	16	16	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2014-03-19	2018-03-18	
Arthabaska -Érable	1457	Maison Sonia Martin	5	2	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-02-27	2019-02-26	
Trois-Rivières	950	Maison Ste-Claire	32	29	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-04-10	2019-04-09	
Trois-Rivières	3763	Maison Valeo Jean XXIII	3	0	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-04-10	2019-04-09	

# Tableau intégré - Résidences privées pour aînées (RPA)

Recommandations et suivis - 2015-2016

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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 de la RPA	Places	Résidents	Direction Responsable	État	Échue	Évolution du dossier	Date début	Date fin	Commentaire
Arthabaska -Érable	4374	Manoir DeBigarré	180	169	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-05-15	2019-05-14	
Drummond	1623	Manoir Drummond	70	54	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2014-01-14	2018-01-13	
Bécancour - Nicolet-Yamaska	6292	Manoir du 3e Âge	16	10	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2016-11-16	2020-11-15	
Maskinongé	2120	Manoir J.C. Paquin	9	9	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-04-09	2019-04-08	
Arthabaska -Érable	1656	Manoir St-Jacques inc.	80	68	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-06-05	2019-06-04	
Arthabaska -Érable	1101	Manoir Victoria inc.	55	53	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-04-10	2019-04-09	
Trois-Rivières	7271	Pavillon Chapleau	52	54	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2013-10-10	2017-10-09	pavillon qui était inclus aux Résidences du Manoir Cap - scindée en 2 résidences
Trois-Rivières	7280	Pavillon Rigaud	70	70	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2013-10-10	2017-10-09	pavillon qui était inclus aux Résidences du Manoir TR - scindée en 2 résidences
Drummond	5776	Pavillon Marie-Reine-des-Coeurs	23	21	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-07-31	2019-07-30	
Arthabaska -Érable	7077	Place Piché	29	18	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-01-30	2019-01-29	

# Tableau intégré - Résidences privées pour aînées (RPA)

Recommandations et suivis - 2015-2016

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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 de la RPA	Places	Résidents	Direction Responsable	État	Échue	Évolution du dossier	Date début	Date fin	Commentaire
Arthabaska -Érable	4306	Résidence 4 saisons inc.	11	11	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2014-04-09	2018-04-08	
Drummond	1464	Résidence 600 Bousquet	128	128	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2016-09-26	2020-09-25	
Trois-Rivières	1085	Résidence Albert Guimond	93	43	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-01-16	2019-01-15	
Bécancour - Nicolet-Yamaska	6249	Résidence Au Coeur des Aînés	8	3	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	fermée	non	G	2012-10-31	2016-10-30	fermée le 3 nov 2016
Bécancour - Nicolet-Yamaska	1140	Résidence Au Soleil Levant	55	51	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-03-18	2019-03-17	
Haut-Saint-Maurice	7177	Résidence aux Toits Verts	4	0	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-02-19	2019-02-18	
Énergie	993	Résidence Aux Traits d'Or	13	10	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-04-10	2019-04-09	
Trois-Rivières	5715	Résidence Béthanie	49	28	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-10-17	2019-10-16	
Bécancour - Nicolet-Yamaska	6467	Résidence Bois de Rose inc.	31	31	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2016-10-31	2020-10-30	
Trois-Rivières	5963	Résidence Boisé Fleuri	17	17	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2017-02-12	2021-02-11	
Trois-Rivières	4369	Résidence Bord de l'Eau	9	7	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-06-20	2019-06-19	
Énergie	991	Résidence Chainé	12	9	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-01-15	2019-01-14	

# Tableau intégré - Résidences privées pour aînées (RPA)

Recommandations et suivis - 2015-2016

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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 de la RPA	Places	Résidents	Direction Responsable	État	Échue	Évolution du dossier	Date début	Date fin	Commentaire
Haut-Saint-Maurice	972	Résidence Chez Lauvia	8	7	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	fermée	non	G	2015-03-18	2019-03-17	fermée le 13 déc. 2016
Maskinongé	4435	Résidence Chez Monique	6	6	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-02-27	2019-02-26	
Énergie	1025	Résidence Christ-Roi	98	84	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-01-29	2019-01-28	
Drummond	7222	Résidence Cockburn	9	3	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2016-03-29	2020-03-28	
Drummond	2148	Résidence Cormier	13	13	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2013-11-22	2017-11-21	
Arthabaska -Érable	5360	Résidence d'accueil Néo La Marguerite	9	7	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-05-01	2019-04-30	
Énergie	7136	Résidence de Grand-Mère inc.	125	125	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-06-17	2019-06-16	
Vallée-de-la Batiscan	1261	Résidence de la Montagne	11	11	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-02-27	2019-02-26	
Trois-Rivières	1069	Résidence de la Terrière	9	9	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	fermée	non	G	2015-02-07	2019-02-06	fermée le 19 décembre 2016
Vallée-de-la Batiscan	5924	Résidence de l'Arche	14	12	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2014-02-16	2018-02-15	
Énergie	1027	Résidence de L'Arche	118	62	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-02-07	2019-02-06	
Bécancour - Nicolet-Yamaska	1139	Résidence de Manseau	17	14	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-11-26	2019-11-25	



# Tableau intégré - Résidences privées pour aînées (RPA)

Recommandations et suivis - 2015-2016

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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 de la RPA	Places	Résidents	Direction Responsable	État	Échue	Évolution du dossier	Date début	Date fin	Commentaire
Bécancour - Nicolet-Yamaska	6098	Résidence de mes Rêves	9	5	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2013-11-19	2017-11-18	
Trois-Rivières	1087	Résidence de Sienne (2013)	56	42	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2011-11-26	2019-11-25	
Maskinongé	7217	Résidence des Bâisseurs	120	40	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-10-01	2020-09-30	
Arthabaska -Érable	1112	Résidence des Bois-Francis	49	32	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2013-12-10	2017-12-09	
Trois-Rivières	826	Résidence des Géraniums	25	19	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2014-02-28	2018-02-27	
Bécancour - Nicolet-Yamaska	6172	Résidence des Jardins les Becquets	44	40	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-02-26	2019-02-25	
Trois-Rivières	669	Résidence des Oeillets	9	9	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-05-02	2019-05-01	
Maskinongé	5897	Résidence des Oliviers	25	19	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-10-16	2019-10-15	
Maskinongé	6052	Résidence des Prés	9	9	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	O	2017-05-20	2021-05-19	certificat renouvelé en mai 2017
Vallée-de-la Batiscan	5861	Résidence des Sablois	20	8	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-10-17	2019-10-17	
Vallée-de-la Batiscan	6171	Résidence d'Hérouxville	10	7	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-04-02	2019-04-01	
Maskinongé	7223	Résidence Diane Lespérance	4	ND	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-12-17	2016-12-16	

# Tableau intégré - Résidences privées pour aînées (RPA)

Recommandations et suivis - 2015-2016

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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 de la RPA	Places	Résidents	Direction Responsable	État	Échue	Évolution du dossier	Date début	Date fin	Commentaire
Trois-Rivières	6568	Résidence Domaine des Ormeaux	20	18	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	oui	J	2012-12-19	2016-12-18	Certificat retenu attente décision
Énergie	1014	Résidence du Boisé Ensoleillé inc.	22	22	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-02-28	2019-02-27	
Bécancour - Nicolet-Yamaska	6258	Résidence du Bonheur	11	9	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-10-20	2019-10-19	en cessation d'activités
Arthabaska -Érable	1097	Résidence du Couvent	108	90	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-04-29	2019-04-28	
Haut-Saint-Maurice	970	Résidence du Plateau	9	9	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-05-15	2019-05-14	
Arthabaska -Érable	7164	Résidence du Verger	6	6	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-12-17	2019-12-16	
Haut-Saint-Maurice	6168	Résidence Fodjo	5	5	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2016-05-04	2020-05-03	
Énergie	6476	Résidence France Lafontaine	8	7	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2016-05-04	2020-05-03	
Trois-Rivières	5348	Résidence Gaston Courchesne	4	2	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-05-02	2019-05-01	
Maskinongé	1701	Résidence Geneviève	9	9	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-03-18	2019-03-17	
Bécancour - Nicolet-Yamaska	1133	Résidence Gentilly	57	50	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-05-15	2019-05-14	
Maskinongé	7173	Résidence Grande-Carrière	9	1	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-02-10	2019-02-09	

# Tableau intégré - Résidences privées pour aînées (RPA)

Recommandations et suivis - 2015-2016

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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 de la RPA	Places	Résidents	Direction Responsable	État	Échue	Évolution du dossier	Date début	Date fin	Commentaire
Énergie	7081	Résidence Guylaine et André Masson Le Havre du Lac	9	6	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2014-06-18	2018-06-17	
Énergie	5320	Résidence Jardins du Campanile	448	269	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2013-10-11	2017-10-10	
Drummond	6565	Résidence Jazz Drummondville	500	277	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-07-31	2019-07-30	
Bécancour - Nicolet-Yamaska	5907	Résidence Jeanne l'Archevêque	30	27	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-11-25	2019-11-24	
Énergie	1003	Résidence Jocelyne Ayotte Lefebvre	9	7	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	fermée	non	O	2015-05-02	2019-05-01	fermée depuis le 01-01-2017
Vallée-de-la Batiscan	5826	Résidence Joëlle Ricard	9	8	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-07-31	2019-07-30	
Énergie	1006	Résidence Johanne et Gilles	24	24	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-06-20	2019-06-19	
Vallée-de-la Batiscan	864	Résidence L.M.	60	59	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2014-02-27	2018-02-26	
Trois-Rivières	1083	Résidence La Belle Époque	37	37	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-02-06	2019-02-05	
Énergie	1041	Résidence la Belle époque	10	7	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-06-20	2019-06-19	
Énergie	1049	Résidence la Fleur de l'Âge	18	18	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	fermée	non	G	2015-07-31	2019-07-30	fermée depuis le 29 février 2016
Trois-Rivières	5330	Résidence La Liberté inc.	107	107	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2013-12-10	2017-12-09	

# Tableau intégré - Résidences privées pour aînées (RPA)

Recommandations et suivis - 2015-2016

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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 de la RPA	Places	Résidents	Direction Responsable	État	Échue	Évolution du dossier	Date début	Date fin	Commentaire
Arthabaska -Érable	4360	Résidence La Maison Fleurie inc.	32	16	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-02-28	2019-02-27	
Trois-Rivières	1077	Résidence la Mésange	17	13	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	fermée	non	G	2015-01-15	2019-01-14	fermée depuis le 1 juin 2016
Vallée-de-la-Batiscan	919	Résidence La Péradienne Lise Jacob	9	8	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-07-31	2019-07-30	
Arthabaska -Érable	5553	Résidence La Providence	200	137	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-04-09	2019-04-08	
Énergie	7135	Résidence la Roseraie	5	4	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-06-17	2019-09-16	
Arthabaska -Érable	6025	Résidence l'Ange d'Or	17	11	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	fermée	non	G	2013-03-20	2017-03-19	fermée depuis le 30 juin 2016
Maskinongé	6543	Résidence Laveault	32	29	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2016-10-31	2020-10-30	
Énergie	6597	Résidence Le 7e Ciel	42	15	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2014-06-18	2018-06-17	
Énergie	4860	Résidence le Centenaire Souffle et Lumière	4	4	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-04-10	2019-04-09	
Trois-Rivières	4880	Résidence le Duplessis	240	237	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-06-19	2019-06-18	
Trois-Rivières	1084	Résidence le Jardin (SHCCQ)	60	54	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-05-15	2019-05-14	
Énergie	1002	Résidence Le Reflet du Sud	20	16	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2014-02-18	2018-02-17	

# Tableau intégré - Résidences privées pour aînées (RPA)

Recommandations et suivis - 2015-2016

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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 de la RPA	Places	Résidents	Direction Responsable	État	Échue	Évolution du dossier	Date début	Date fin	Commentaire
Trois-Rivières	6570	Résidence Le St-Laurent	108	75	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-02-28	2019-02-27	
Arthabaska -Érable	1455	Résidence le Temps de Vivre enr.	8	6	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-01-15	2019-01-14	
Vallée-de-la Batiscan	6397	Résidence Le Vieux Presbytère	4	4	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2016-09-26	2020-09-25	
Énergie	1058	Résidence LeCaxton	22	15	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-03-18	2019-03-17	
Énergie	1011	Résidence l'Harmonie	21	21	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2013-11-22	2017-11-21	
Maskinongé	2124	Résidence Louise Doyon	5	4	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2013-10-10	2017-10-09	
Trois-Rivières	4879	Résidence Marcelle B. Lemay inc.	14	14	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-05-15	2019-05-14	
Bécancour - Nicolet-Yamaska	1129	Résidence Marie-Victorin	11	10	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-04-30	2019-05-01	
Vallée-de-la Batiscan	5894	Résidence Martine Dupont	10	10	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-07-30	2019-07-29	
Trois-Rivières	4299	Résidence Myosotis	71	55	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	renouvellement	non	V	2013-07-22	2017-07-21	
Énergie	7178	Résidence Nathalie Thibeault	5	5	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2016-11-01	2020-10-31	
Arthabaska -Érable	4321	Résidence Nicole Fortier	9	3	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2013-11-21	2017-11-20	en cessation d'activités

# Tableau intégré - Résidences privées pour aînées (RPA)

Recommandations et suivis - 2015-2016

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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 de la RPA	Places	Résidents	Direction Responsable	État	Échue	Évolution du dossier	Date début	Date fin	Commentaire
Arthabaska -Érable	6653	Résidence Nicole Goudreault	9	4	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2014-06-19	2018-06-18	
Trois-Rivières	5995	Résidence Notre-Dame	25	25	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2016-11-16	2020-11-15	
Bécancour - Nicolet-Yamaska	7127	Résidence Notre-Dame S.E.N.C.	3	2	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	fermée	non	O	2015-03-26	2019-03-25	fermée 2016-12-13
Trois-Rivières	6411	Résidence Place Belvédère inc.	300	267	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2016-09-26	2020-09-25	
Arthabaska -Érable	1527	Résidence Provencher	21	20	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-04-09	2019-04-08	
Trois-Rivières	1086	Résidence Richelieu	352	245	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2017-02-13	2021-02-11	
Drummond	4333	Résidence St-Cyrille enr.	33	23	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-03-19	2019-03-18	
Trois-Rivières	3754	Résidence Ste Geneviève de Paris	9	7	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2014-11-21	2018-11-20	avis d'intention révocation certificat
Bécancour - Nicolet-Yamaska	1138	Résidence Ste-Anne	17	7	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	fermée	non	O	2015-05-02	2019-05-01	fermée le 2 février 2017
Trois-Rivières	838	Résidence Ste-Famille	90	78	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-01-15	2019-01-14	
Trois-Rivières	1079	Résidence Ste-Julie	34	28	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-04-10	2019-04-09	
Trois-Rivières	770	Résidence St-François	9	9	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-03-19	2019-03-18	

# Tableau intégré - Résidences privées pour aînées (RPA)

Recommandations et suivis - 2015-2016

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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 de la RPA	Places	Résidents	Direction Responsable	État	Échue	Évolution du dossier	Date début	Date fin	Commentaire
Énergie	1015	Résidence St-Georges	28	26	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-05-02	2019-05-01	
Arthabaska -Érable	4029	Résidence St-Jean	9	9	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2013-11-18	2017-11-17	
Arthabaska -Érable	1103	Résidence St-Jean Baptiste	9	9	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	fermée	non	G	2015-04-10	2016-04-01	Résidence fermée au 1er avril 2016
Drummond	5648	Résidence St-Joseph	3	3	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-04-09	2019-04-08	
Bécancour - Nicolet-Yamaska	6598	Résidence St-Joseph de Nicolet inc.	70	56	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2017-02-25	2021-02-24	
Maskinongé	1751	Résidence St-Laurent (Louiseville) inc.	52	52	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2016-01-11	2020-01-11	
Énergie	5498	Résidence St-Louis-de-Gonzague	95	51	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2014-02-07	2018-02-06	
Trois-Rivières	6211	Résidence St-Pie X	9	8	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2016-06-20	2020-06-19	
Arthabaska -Érable	2118	Résidence Tardif inc.	49	27	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-06-19	2019-06-18	
Trois-Rivières	4633	Résidence Terrasses Dominicaines inc.	107	91	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2013-12-10	2017-12-09	
Trois-Rivières	1088	Résidence Valeo Jean XXIII	102	99	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2014-03-18	2018-03-17	
Énergie	1026	Résidence Val-Mauricie	66	50	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2013-10-31	2017-10-30	

# Tableau intégré - Résidences privées pour aînées (RPA)

Recommandations et suivis - 2015-2016

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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 de la RPA	Places	Résidents	Direction Responsable	État	Échue	Évolution du dossier	Date début	Date fin	Commentaire
Trois-Rivières	5354	Résidence Villemure	4	4	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	fermée	non	G	2013-05-20	2017-05-19	fermée depuis le 26 mai 2016
Maskinongé	4477	Résidence Yamachiche	12	12	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-07-31	2019-07-30	
Trois-Rivières	830	Résidences Cardinal-Roy inc.	200	177	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	renouvellement	non	V	2017-07-22	2021-07-21	
Arthabaska -Érable	7179	Résidences St-Aimé inc.	25	25	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-012-08	2019-12-07	
Bécancour - Nicolet-Yamaska	5765	Ressource la Douce Vie	7	7	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-04-30	2019-05-01	
Drummond	4302	Société Alzheimer du Centre-du-Québec	13	12	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2014-06-20	2018-06-19	
Trois-Rivières	1082	Villa Champêtre	39	29	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2014-02-07	2018-02-06	
Arthabaska -Érable	768	Villa de l'Érable	81	61	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2014-04-09	2018-04-08	
Bécancour - Nicolet-Yamaska	1132	Villa Domaine St-Grégoire S.E.N.C.	319	239	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2014-01-16	2018-01-15	
Maskinongé	1757	Villa du Beaucage	4	4	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-04-09	2019-04-08	
Drummond	915	Villa du Boisé	36	30	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2016-11-27	2020-11-26	
Vallée-de-la Batiscan	932	Villa du Lys Blanc	13	10	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-05-01	2019-04-30	



# Tableau intégré - Résidences privées pour aînées (RPA)

Recommandations et suivis - 2015-2016

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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 de la RPA	Places	Résidents	Direction Responsable	État	Échue	Évolution du dossier	Date début	Date fin	Commentaire
Arthabaska -Érable	6245	Villa du Parc	158	119	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-05-07	2019-05-06	
Énergie	1022	Villa du Rocher	69	69	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	renouvellement	non	V	2013-08-02	2017-08-01	
Maskinongé	6111	Villa Harfang des Neiges	90	79	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	renouvellement	non	V	2013-07-29	2017-07-28	
Drummond	1461	Villa la Belle Époque	17	12	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	fermée	non	G	2013-11-22	2017-11-21	fermée depuis le 31 mai 2016
Arthabaska -Érable	6446	Villa Le Reflet	59	54	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2016-05-04	2020-05-03	
Énergie	1056	Villa Mille Soleils inc.	41	41	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-05-01	2019-04-30	
Vallée-de-la Batiscan	1263	Villa Notre-Dame	15	8	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-05-13	2019-05-12	
Arthabaska -Érable	4030	Villa Paradis	8	3	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2013-12-10	2017-12-09	
Haut-Saint-Maurice	974	Villa Soleil	44	34	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-10-17	2019-10-16	
Bécancour - Nicolet-Yamaska	5784	Villa St-Charles	38	32	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2015-04-09	2019-04-08	
Arthabaska -Érable	6665	Villa St-Georges inc. (Bloc 1) Villas 1-2-6	178	113	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2014-12-17	2018-12-16	
Arthabaska -Érable	6666	Villa St-Georges inc. (Bloc 2) Villas 3-4-5	175	155	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2014-12-17	2018-12-16	

# Tableau intégré - Résidences privées pour aînées (RPA)

## Recommandations et suivis - 2015-2016

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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 de la RPA	Places	Résidents	Direction Responsable	État	Échue	Évolution du dossier	Date début	Date fin	Commentaire
Arthabaska -Érable	6667	Villa St-Georges inc. (Bloc 3) Villas 7-8	135	120	Assurance qualité, gestion des mécanismes d'accès et soutien	certifiée	non	G	2014-12-17	2018-12-16	

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

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	Respon-sable	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaire
CIUSSS MCQ	Vérificateur général du Québec	CIUSSS MCQ	2015-05-25	Au MSSS et agences (CIUSSS) : Revoir le mécanisme concernant l'orientation des clientèles orphelines, notamment celles inscrites dans les guichets d'accès, afin de s'assurer que l'accès à un médecin de famille est équitable pour les patients.	1	Réviser le cadre de référence régional des GACO par la mise en commun et l'uniformisation des règles de gestion interne des guichets d'accès. Assurer l'optimisation des pratiques en matière de prise en charge des clientèles orphelines permettant le partage d'une vision commune et intégrée pour la région.	DSPPC (comité)	G	2016-03-31	2016-04-11	Le nouveau cadre de référence a été déployé le 11 avril 2016. Certains ajustements demeurent en cours.
CIUSSS MCQ	Vérificateur général du Québec	CIUSSS MCQ	2015-05-25	Aux établissements: Améliorer la transparence du processus d'accès à un médecin de famille et la qualité de l'information fournie aux patients orphelins.	5	•Diffuser sur le site Internet et inscrire sur le formulaire d'inscription au GACO qu'il est possible de faire des démarches directement auprès des médecins des cliniques pour une prise en charge. •Mettre en place un processus pour l'envoi d'accusé de réception d'inscription au GACO.	DSPPC (comité)	G	2016-05-01	2016-04-11	Il y a un courriel de confirmation après inscription. Il y a un site Internet accessible à la population, il n'existe donc plus de formulaire papier.

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

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	Respon-sable	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaire
CIUSSS MCQ	Vérificateur général du Québec	CIUSSS MCQ	2015-05-25	Au MSSS et agences (CIUSSS): Assurer un meilleur arrimage du soutien financier aux GMFet des besoins de la population et voir à ce que la répartition des effectifs médicaux favorise l'équilibre entre les cliniques médicales et les établissements.	6	<ul style="list-style-type: none"> <li>Élaborer une procédure régionale d'évaluation des besoins de la population par le DRMG lors d'une demande d'approbation d'une adhésion au Programme de financement et de soutien professionnel GMF portant sur le profil de la population, de la proximité du ou des sites envisagés du GMF avec cette population et de la présence d'autres ressources sur le territoire projeté, dont notamment celles d'autres GMF ou d'autres cabinets de médecins.</li> <li>Compte tenu de l'abolition des agences, les responsabilités concernant le contrôle relatif aux plans d'effectifs des établissements seront dorénavant assumées par le MSSS. Toutefois, le DRMG autorise les AMP uniquement s'il s'agit de pratique mixte (établissement et 1re ligne). De plus, depuis le 1er septembre 2015 dans la nouvelle entente portant sur les AMP, la prise en charge est autorisée comme AMP prioritaire.</li> </ul>	DSPPC DRMG MSSS	G	2016-06-30	2016-02-28	Grille d'analyse élaborée et utilisée par le DRMG depuis février 2016.

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

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	Respon-sable	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaire
CIUSSS MCQ	Vérificateur général du Québec	CIUSSS MCQ	2015-05-25	Au MSSS et agences (CIUSSS) : Mettre en place des mécanismes de suivi pour assurer le respect des ententes et adopter des mesures correctives afin de répartir équitablement le soutien financier entre les GMF.	9	Élaborer une grille de suivi bisannuel des obligations des GMF incluant les actions à entreprendre en cas de non-respect et s'assurer de l'application des actions figurant dans cette grille.	DSPPC DRMG	G	2016-12-31	2017-01-06	Tableau de compilation des données; Tableau de suivi des obligations GMF; Formulaire d'avis de constatation si manquement aux obligations; Élaboration d'une procédure de suivi. S'assurer de l'application des actions se fait en continu.

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

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les guides d'intégration des professionnels ont été annexés au Programme de financement et de soutien professionnel GMF.</li> <li>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.</li> </ul>	DSI DSM	J	2016-06-30		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 (devrait s'actualiser à 100% après les fêtes); Travaux en cours avec la DQEPE pour développer des des indicateurs de suivis; Mentors disponibles pour les TS.
Trois-Rivières	Plan d'action événements survenus à Cooke	CHSLD Cooke	2015-08-31	Enquête du MSSS	M8	Réaliser les travaux.	DST	J	2016-03-31		Début des travaux. Fin prévue en septembre 2016
Trois-Rivières	Plan d'action événements survenus à Cooke	CHSLD Cooke	2015-08-31	Analyse DQEPE Enquête du MSSS	B5 M15	Appliquer les nouvelles pratiques déterminées.	DAH DSM DSI	G	2016-02-28	2016-08-18	Un essai clinique est complété pour un nouveau système. En attente de la compagnie pour la mise en œuvre.

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

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	Respon-sable	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaire	
Trois-Rivières	Plan d'action événements survenus à Cooke	CHSLD Cooke	2015-08-31	Analyse DQEPE Enquête du MSSS	C1 M2 M9 M10	Travaux du comité paritaire.	DRHCAJ DAH	G	2015-12-31	2016-06-30	En cours 5 rencontres tenues. Implantation de la modulation du temps de pause et de repas le 14 mars. Évaluation du projet sur 3 mois. Rencontre de bilan faite le 6 mai. Ajustements additionnels à faire suite à cette rencontre, prochain bilan le 6 juin	
Trois-Rivières	Plan d'action événements survenus à Cooke	CHSLD Cooke	2015-08-31	Analyse DQEPE Enquête du MSSS	C1 M2 M9 M10	Implanter les solutions retenues.	DRHCAJ DAH	G	à déterminer	2016-08-18	Acceptation des propositions d'aménagement du temps de travail, des repas et des pauses, assurant la présence maximale du personnel et la sécurité des résidents durant la période visée.	
Trois-Rivières	Plan d'action événements survenus à Cooke	CHSLD Cooke	2015-08-31	Enquête du MSSS	M1	Évaluer la possibilité de réallouer, à travers l'ensemble du CIUSSS MCQ, un financement additionnel au Centre d'hébergement Cooke pour augmenter, le cas échéant, le nombre d'heures travaillées par jour et par résident.	PDG	V	à déterminer		Aucune action complémentaire inscrite depuis le début du plan d'action	
Trois-Rivières	Plan d'action événements survenus à Cooke	CHSLD Cooke	2015-08-31	Analyse DQEPE Enquête du MSSS	F1 M4	Intégrer les attentes de transition au guide d'accueil des gestionnaires.	DRHCAJ	J	2015-09-18		Aucune action complémentaire inscrite depuis le début du plan d'action.	

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

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	Respon-sable	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaire
Trois-Rivières	Plan d'action événements survenus à Cooke	CHSLD Cooke	2015-08-31	Enquête du MSSS	M6	Établir les lignes directrices sur les règles à suivre concernant la prise de photos ou les enregistrements pour protéger l'intimité des résidents et respecter les familles.	DRHCAJ DAH DQEPE	G	Automne 2015		
Trois-Rivières	Plan d'action événements survenus à Cooke	CHSLD Cooke	2015-08-31	Enquête du MSSS	M6	Rédiger une politique encadrant l'utilisation des renseignements personnels et la protection de la vie privée.	DRHCAJ DAH DQEPE	G	Automne 2015		
Trois-Rivières	Plan d'action événements survenus à Cooke	CHSLD Cooke	2015-08-31	Enquête du MSSS	M6	Mettre en œuvre un plan complet permettant d'outiller tous les acteurs oeuvrant auprès de la clientèle.	DRHCAJ DAH DQEPE	G	Automne 2015		
Trois-Rivières	Plan d'action événements survenus à Cooke	CHSLD Cooke	2015-08-31	Enquête du MSSS	M14	Évaluer la possibilité de réorganiser l'espace sur l'unité pour créer une salle à manger permettant une activité repas de groupe.	DST DAH DL	J	Automne-2015 Moins de 2 ans		En cours. Suite aux premières évaluations et à la portée de ce point, il sera nécessaire d'inclure celui-ci dans l'analyse du PDI-hébergement qui est actuellement en cours.
Trois-Rivières	Plan d'action événements survenus à Cooke	CHSLD Cooke	2015-08-31	Enquête du MSSS	M14	Évaluer la faisabilité d'une distribution repas de type salle à manger et les modalités à mettre en place.	DL DAH	J	Automne-2015 Février 2016		En cours. L'étude de faisabilité est complétée à 60%. En attente d'approbation finale
Trois-Rivières	Plan d'action événements survenus à Cooke	CHSLD Cooke	2015-08-31	Enquête du MSSS	M17	Plusieurs projets en cours dans un plan d'immobilisations pour mise à niveau en CHSLD.	DST	V	Moins de 2 ans		Échéancier selon la planification des immobilisations de l'établissement.



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

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	Respon-sable	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaire
Trois-Rivières	Plan d'action événements survenus à Cooke	CHSLD Cooke	2015-08-31	Enquête du MSSS	M18	Analyser les sources de financement possible.	DST	J	2016-05-31		Évaluation en cours afin d'intégrer ce projet au programme de conservation fonctionnelle et immobilière ainsi qu'au programme de conservation des équipements médicaux. Détermination des leviers prioritaires complétée.
CIUSSS MCQ	Plan opérationnel mesures de contrôle	CIUSSS MCQ	2015-09-03	Objectif: Poursuivre les travaux des comités opérationnels des anciens établissements.	2	Appliquer les plans opérationnels dans les anciens établissements.	Comités	G	2016-06-30	2016-04-01	
CIUSSS MCQ	Plan opérationnel mesures de contrôle	CIUSSS MCQ	2015-09-03	Objectif: Élaborer un seul protocole régional sur l'encadrement des mesures de contrôle.	3	Mettre en place le processus de consultation: gestionnaires et directions cliniques concernées; les comités opérationnels; les instances (CII,CM,CMDP), le comité de gestion des risques, le comité d'éthique clinique.	DSI	G	2016-05-30	2016-05-17	Consultation complété du 18 mars au 17 mai 2016
CIUSSS MCQ	Plan opérationnel mesures de contrôle	CIUSSS MCQ	2015-09-03	Objectif: Élaborer un seul protocole régional sur l'encadrement des mesures de contrôle.	3	Faire adopter le protocole régional harmonisé par les instances: CODIR, CII, CM, CMDP et le CA.	DSI	G	2016-06-30	2016-08-31	Terminé: CM: 19 avril CII: 21 avril CMDP: 17 mai  À venir: CODIR 30 mai Comité vigilance: 8 juin CA: 21 juin

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

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	Respon-sable	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaire
CIUSSS MCQ	Plan opérationnel mesures de contrôle	CIUSSS MCQ	2015-09-03	Objectif: Assurer la vigie des indicateurs.	6	Présenter un rapport trimestriel au CVQ.	DSI	G	2016-06-30	2016-08-31	Tableau des statistiques CIUSSS MCQ disponible dans sharepoint depuis le 11 mai 2016, un premier bilan sera déposé à la fin de la période 3

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

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	Respon-sable	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaire	
CIUSSS MCQ	Plan d'action uniformisé AVC-AIT	Arthabaska-Érable	2015-09-11	Désignation Centre secondaire	2	Il est recommandé que l'établissement poursuive les discussions avec ses partenaires, par le biais de son comité régional sur l'offre de services et de soins en AVC, afin de s'assurer de la mise en place d'un véritable continuum pour la population ayant subi un AVC. Plus particulièrement la trajectoire de soins et de services en réadaptation (définir l'offre de service du CSSS et celle du CRDP) doit être revue afin de répondre aux besoins et aux attentes des personnes ayant subi un AVC. Les bons services, les bonnes équipes au bon endroit et en temps opportun sont les pierres angulaires d'un continuum. Les ententes formelles avec le CSSS de Trois-Rivières ainsi que les références vers les centres tertiaires devront être rédigées. Soulignons que les médecins du CSSS ont tous reconnus l'excellent service reçu des équipes de neurologie et de neurochirurgie du CSSS de Trois-Rivières lorsqu'un patient nécessite un transfert durant la phase hyperaiguë et la phase aiguë en raison de la complexité clinique.	DSI	G				En amélioration continue

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

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	Respon-sable	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaire
CIUSSS MCQ	Plan d'action uniformisé AVC-AIT	Arthabaska-Érable	2015-09-11	Désignation Centre secondaire	5	Il est recommandé que le CSSS élabore, avec la participation du patient et de ses proches, lorsque cela est possible, un plan d'intervention individualisé (PII) pour chaque patient admis à l'unité AVC. Idéalement, une copie du plan devrait être remise au patient. Il est recommandé d'introduire une tournée interdisciplinaire quotidienne dès l'admission.	DSI	V			<ul style="list-style-type: none"> <li>Les lits dédiés aux usagers ayant subi un AVC-AIT seront relocalisés. Les démarches de transfert sont en cours. Les formations sont en planification pour accueillir les usagers et offrir les soins selon les meilleures pratiques.</li> </ul>
CIUSSS MCQ	Plan d'action uniformisé AVC-AIT	Arthabaska-Érable	2015-09-11	Désignation Centre secondaire	7	Il est recommandé que l'équipe AVC utilise des outils d'aide à la décision développés pour les patients et les proches afin de les informer et de faciliter leur participation active aux prises de décisions cliniques et au plan d'intervention.	DSI	V			La formation pour les outils de travail liés à l'implantation de la nouvelle unité dédiée est planifiée pour avril.

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

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	Responsible	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaire
CIUSSS MCQ	Plan d'action uniformisé AVC-AIT	Arthabaska-Érable	2015-09-11	Désignation Centre secondaire	8	Il est recommandé que l'équipe AVC, avec le soutien de son organisation, poursuive le développement d'un programme de prévention secondaire pour les personnes ayant subi un AVC, en étroite collaboration avec le CRDP et la première ligne du CSSS, incluant les organismes communautaires, afin d'assurer une coordination entre les divers partenaires pour offrir les services appropriés. Il est important que le programme AVC en matière de prévention secondaire évalue et reconnaisse l'ensemble des besoins en réadaptation, incluant ceux en thérapie du langage et de la communication ainsi que ceux reliés à une réintégration sociale par l'entremise du travailleur social et du centre local de service communautaire.	DSI	V			En cours
CIUSSS MCQ	Plan d'action uniformisé AVC-AIT	Arthabaska-Érable	2015-09-11	Désignation Centre secondaire	9	Il est recommandé que l'équipe AVC, avec l'appui de son organisation, poursuive sa démarche pour développer une culture de la mesure mettant l'accent sur les indicateurs de qualité, comme l'accessibilité en temps opportun, les issues cliniques et l'optimisation des soins et des services dans le cadre d'un continuum de soins centrés sur les besoins et les attentes des patients.	DSI	G			

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

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	Responsible	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaire
CIUSSS MCQ	Plan d'action uniformisé AVC-AIT	Arthabaska-Érable	2015-09-11	Désignation Centre secondaire	10	Il est recommandé que les indicateurs de qualité mesurés, ainsi que le plan d'action qui s'y rattache, soient partagés avec l'ensemble de l'équipe soignante, le réseau et la population dans le but d'informer et de démontrer aux divers partenaires l'engagement d'améliorer les soins et les services du centre.	DSI	G			

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

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	Respon-sable	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaire	
CIUSSS MCQ	Plan d'action uniformisé AVC-AIT	Drummondville	2015-09-11	Désignation Centre secondaire	2	Il est recommandé que l'établissement poursuive les discussions avec ses partenaires, par le biais de son comité régional sur l'offre de services et de soins en AVC, afin de s'assurer de la mise en place d'un véritable continuum pour la population ayant subi un AVC. Plus particulièrement, la trajectoire de soins et de services en réadaptation (définir l'offre de service du CSSS et celle du CRDP) doit être revue afin de répondre aux besoins et aux attentes des personnes ayant subi un AVC. Les bons services, les bonnes équipes au bon endroit et en temps opportun sont les pierres angulaires d'un continuum. Les ententes formelles avec le CSSS de Trois-Rivières ainsi que les références vers les centres tertiaires devront être rédigées. Soulignons que les médecins du CSSS ont tous reconnu l'excellent service reçu des équipes de neurologie et de neurochirurgie du CSSS de Trois-Rivières lorsqu'un patient nécessite un transfert durant la phase hyperaiguë et la phase aiguë en raison de la complexité clinique.	DSI	G				En amélioration continue

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

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	Respon-sable	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaire
CIUSSS MCQ	Plan d'action uniformisé AVC-AIT	Drummondville	2015-09-11	Centre désignation secondaire	3	Il est recommandé de poursuivre les démarches pour améliorer l'approche de "suivi systématique" spécifique aux besoins des patients à risque ou ayant subi un AVC. Il est important d'identifier une personne "pivot" qui connaît l'ensemble des services et des ressources pour la clientèle AVC et qui peut assurer une continuité sans heurt pour l'ensemble des besoins en services aux points de transition, notamment lors de la planification du congé vers un retour à domicile pour le patient. Le rôle et les responsabilités de cette personne devront être bien identifiés et connus par l'ensemble de l'équipe ainsi que par le réseau local.	DSI	G			Le chef de la trajectoire locale assure une continuité pour l'ensemble des besoins en services aux points de transition par le biais de rencontre régulière.
CIUSSS MCQ	Plan d'action uniformisé AVC-AIT	Drummondville	2015-09-11	Désignation Centre secondaire	8	Il est recommandé que l'équipe AVC, soutenue par son organisation et les partenaires externes (réadaptation, SAD, soins de longue durée), développe un processus standardisé pour la planification du congé et assure des soins et des services appropriés dans les phases post-AVC, incluant la réintégration dans la communauté et les activités de prévention secondaire.	DSI	G			



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

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	Respon-sable	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaire
CIUSSS MCQ	Plan d'action uniformisé AVC-AIT	Drummondville	2015-09-11	Désignation Centre secondaire	11	Il est recommandé que l'équipe AVC, avec l'appui de son organisation, poursuive sa démarche pour développer une culture de la mesure mettant l'accent sur les indicateurs de qualité, comme l'accessibilité en temps opportun, les issues cliniques et l'optimisation des soins et des services dans le cadre d'un continuum de soins centrés sur les besoins et les attentes des patients.	DSI	G			
CIUSSS MCQ	Plan d'action uniformisé AVC-AIT	Drummondville	2015-09-11	Désignation Centre secondaire	12	Il est recommandé que les indicateurs de qualité mesurés soient partagés avec l'ensemble de l'équipe soignante, le réseau et la population ainsi que le plan d'action qui s'y rattache, dans le but d'informer et de démontrer aux divers partenaires l'engagement d'améliorer les soins et les services du centre.	DSI	G			Les résultats seront transmis au comité local AVC-AIT ainsi qu'aux directions concernées.

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

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	Respon-sable	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaire	
CIUSSS MCQ	Plan d'action uniformisé AVC-AIT	Énergie	2015-09-11	Désignation Centre secondaire	1	Il est recommandé que l'établissement poursuive les discussions avec ses partenaires, par le biais de son comité régional sur l'offre de services et de soins en AVC, afin de s'assurer de la mise en place d'un véritable continuum pour la population ayant subi un AVC. Plus particulièrement, la trajectoire de soins et de services en réadaptation (définir l'offre de service du CSSS et celle du CRDP) doit être revue afin de répondre aux besoins et aux attentes des personnes ayant subi un AVC. Les bons services, les bonnes équipes au bon endroit et en temps opportun sont les pierres angulaires d'un continuum. Les ententes formelles avec le CSSS de Trois-Rivières ainsi que les références vers les centres tertiaires devront être rédigées. Soulignons que les médecins du CSSS ont tous reconnu l'excellent service reçu des équipes de neurologie et de neurochirurgie du CSSS de Trois-Rivières lorsqu'un patient nécessite un transfert durant la phase hyperaiguë et la phase aiguë en raison de la complexité clinique.	DSI	G				En amélioration continue

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

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	Respon- sable	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaire
CIUSSS MCQ	Plan d'action uniformisé AVC-AIT	Énergie	2015-09-11	Désignation Centre secondaire	5	<p>Il est recommandé que l'équipe AVC, avec le soutien de son organisation, poursuive le développement d'un programme de prévention secondaire pour les personnes ayant subi un AVC, en étroite collaboration avec le CRDP et la première ligne, incluant les organismes communautaires, afin d'assurer une coordination entre les divers partenaires pour offrir les services appropriés.</p> <p>Il est important que le programme AVC en matière de prévention secondaire évalue et reconnaisse l'ensemble des besoins en réadaptation, incluant ceux en thérapie du langage et de la communication ainsi que ceux reliés à une réintégration sociale par l'entremise du travailleur social et du centre local de service communautaire.</p>	DSI	G			
CIUSSS MCQ	Plan d'action uniformisé AVC-AIT	Trois-Rivières	2015-09-11	Désignation Centre secondaire	1	<p>Il est recommandé d'avoir un représentant de la population (patient, proche) qui participe aux travaux du comité local de programme AVC. La littérature démontre les avantages d'avoir la participation active d'un usager dans la planification des soins, ainsi que dans les activités d'amélioration continue.</p>	DSI	G			

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

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	Respon-sable	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaire	
CIUSSS MCQ	Plan d'action uniformisé AVC-AIT	Trois-Rivières	2015-09-11	Désignation Centre secondaire	2	Il est recommandé que l'établissement poursuive les discussions avec ses partenaires, par le biais de son comité régional sur l'offre de services et de soins en AVC, afin de s'assurer de la mise en place d'un véritable continuum pour la population ayant subi un AVC. Plus particulièrement, la trajectoire de soins et de services en réadaptation (définir l'offre de service du CSSS et celle du CRDP) doit être revue afin de répondre aux besoins et aux attentes des personnes ayant subi un AVC. Les bons services, les bonnes équipes au bon endroit et en temps opportun sont les pierres angulaires d'un continuum. Les ententes formelles avec le CSSS de Trois-Rivières ainsi que les références vers les centres tertiaires devront être rédigées. Soulignons que les médecins de la région MCQ ont tous reconnu l'excellent service reçu des équipes de neurologie et de neurochirurgie du CSSS de Trois-Rivières lorsqu'un patient nécessite un transfert durant la phase hyperaiguë et la phase aiguë en raison de la complexité clinique.	DSI	G				En amélioration continue

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

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	Respon-sable	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaire
CIUSSS MCQ	Plan d'action uniformisé AVC-AIT	Trois-Rivières	2015-09-11	Désignation Centre secondaire	6	Il est recommandé que le Centre mette en priorité l'admission des patients ayant subi un AVC afin de répondre à la cible identifiée de quatre heures. L'organisation est encouragée à poursuivre ses efforts dans ce sens, car l'accès rapide à l'équipe AVC sur l'unité va assurément réduire la morbidité liée à l'AVC.	DSI	G			
CIUSSS MCQ	Plan d'action uniformisé AVC-AIT	Trois-Rivières	2015-09-11	Désignation Centre secondaire	9	Il est recommandé que le CSSS élabore, avec la participation du patient et de ses proches, lorsque cela est possible, un plan d'intervention individualisé (PII) pour chaque patient admis à l'unité AVC. Idéalement, une copie du plan devrait être remise au patient. Il est recommandé d'introduire une tournée interdisciplinaire quotidienne dès l'admission.	DSI	G			
CIUSSS MCQ	Plan d'action uniformisé AVC-AIT	Trois-Rivières	2015-09-11	Désignation Centre secondaire	13	Il est recommandé que l'équipe AVC, avec l'appui de son organisation, poursuive sa démarche pour développer une culture de la mesure mettant l'accent sur les indicateurs de qualité, comme l'accessibilité en temps opportun, les issues cliniques et l'optimisation des soins et des services dans le cadre d'un continuum de soins centrés sur les besoins et les attentes des patients.	DSI	G			Un suivi des indicateurs est fait au comité local et une analyse des écarts est également réalisée. L'étude de dossier est aussi faite pour identifier les pistes d'amélioration (mesures correctives).

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

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	Respon- sable	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	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)	V	2017-03-31		En cours d'analyse.			
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	V	2017-12-30		Prochaine étape : Séance de travail prévue en janvier 2017.			
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 la prévention des chutes.	DSM DSI (SAPA)	V	2017-10-31		La RDP est rédigée			
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)	V	2017-10-31		La RDP est rédigée			
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)	V	2017-07-31		La consultation devrait avoir lieu de mars à juillet 2017.			
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	V	2017-09-30		La consultation devrait avoir lieu à l'automne 2017.			
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	V	2017-09-30					

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

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	Responsible	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaire
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.	Comité Coord. clinique	V	2017-12-31		
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	V	2017-12-31		
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	V	2018-06-30		
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)	V	2017-03-31		La rédaction devrait débuter en janvier-février 2017
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)	V	2017-03-31		Unité de courte durée ciblée : Unité de médecine interne à l'Hôpital du Centre-de-la-Mauricie (6e). Unité de longue durée ciblée : en cours de discussion Le A3 sera produit lorsque le projet débutera.
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)	V	2018-01-30		
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		
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

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

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	Respon-sable	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaire
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)	V	2017-03-31		À déterminer lors de la règle de soins. La consultation suivra.
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)	V	2017-06-30		L'implantation aura lieu avant l'adoption de la règle de soins étant donné l'échéance de l'Agrément.
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)	V	2017-10-31		Février 2017 (avant) Juin 2017 (après)
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	V	En continu		
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 - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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.	V	Non déterminé		Chaque risque organisationnel sera analysé. Un plan d'action spécifique sera élaboré selon chacune des analyses.			
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.			

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

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	Respon-sable	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaire
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 - Implantation des meilleures pratiques

Mise à jour : 2017-03-31

## BILAN de l'implantation - 2016-2017

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	Provenance	Réception	Analyse de pertinence	conclusion	Appro. autre inst.	Direction	Responsable	Évolution	Échéancier	Commentaire
			Date CIC							
Les niveaux de soins: normes et standards de qualité	INESSS	2016-03-21	2016-06-08	à venir	NA	DSPPC DSI		V		Vise l'harmonisation des niveaux de soins et l'utilisation d'un formulaire standard pour l'ensemble du Québec. Un médecin et une infirmière seront nommés pour réaliser les travaux
Orientations ministérielles pour les services destinés aux personnes atteintes de maladies rénales	INESSS	2016-03-21	2016-03-31	implantation pertinente	NA	DSI	Karine Lampron	V	2019-03-31	Plan d'action en cours de réalisation
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	V		Suivi CIC: Un état de situation sera présenté à une prochaine rencontre. Il s'agit d'une mise à jour de la version de septembre 2013 et vise à guider la prise en charge des patients atteints du cancer du côlon. Diffusion aux médecins et comité d'évaluation de l'acte.
Addenda - Usage optimal à long terme des inhibiteurs de la pompe à protons	INESSS	2016-11-21	NA	Non pertinent	NA	DSPPC		G	2016-11-21	Transmis au comité des chefs de départements. Non pertinent à ce moment-ci p.c.q. pas de résistance à la bactérie
Note informative: Pertinence de transmettre les prélèvements chirurgicaux au laboratoire d'anatomopathologie à des fins d'analyse.	INESSS	2016-10-13	2016-11-21	à venir	Comité pertinence DSPPC	DSPPC	Dr Christian Vinette	V		Suivi CIC: sera présenté au comité de pertinence clinique. Cette note indique les types de prélèvements qu'il n'est pas obligatoires de transmettre pour fins d'analyse. Information sera présentée au comité des chefs de départements cliniques pour évaluer la pertinence.

# Tableau intégré - Implantation des meilleures pratiques

Mise à jour : 2017-03-31

## BILAN de l'implantation - 2016-2017

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	Provenance	Réception	Analyse de pertinence	conclusion	Appro. autre inst.	Direction	Responsable	Évolution	Échéancier	Commentaire
			Date CIC							
Normes relatives aux traitements de reperfusion de l'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST) au Québec	INESSS	2016-10-17	2016-11-21	à venir	Comité pertinence DSPPC	DSPPC	Dr Christian Vinette	V		Suivi CIC: Sera présenté au comité de pertinence clinique. Ce document présente une série de normes de qualité recommandées au Québec, fondées sur une revue de littérature scientifique et un travail de consensus d'experts. Information sera présentée au comité des chefs de
Protocole médical et ordonnance collective nationale sur l'ajustement de la warfarine et les analyses de laboratoire	INESSS	2016-06-20	2016-11-21	Implantation pertinente	NA	DSM	Département Pharmacie - Alain Bureau	V		S'inscrit dans les nouveaux actes autorisés aux pharmaciens par la loi 41. Arrimage avec Élise Leclair de la DSI pour les infirmières en GMF puissent transférer vers la nouvelle version.
Protocole médical et ordonnance collective nationale sur Ajustement des antihyperglycémiantes ou de l'insuline et analyses de laboratoire pour le suivi du diabète de type 2	INESSS	2016-10-18	2016-11-21	Implantation pertinente	NA	DSI	Karine Lampron	V	2016-02-20	Les utilisateurs actuels devront appliquer les corrections nécessaires dans les quatre prochains mois.
Avis sur les mesures relatives au remboursement des bandelettes	INESSS	2016-07-29	2016-11-21	Reporté				B		Analyse de l'INESSS sur le coût des bandelettes et recommandations d'utilisation. Les modifications ne sont pas encore appliquées par le MSSS. En attente des orientations à ce sujet.
Retraitement des sondes d'échographie et des sondes pour compteur gamma intra-opératoire	INSPQ	2016-10-20	2016-11-21	Implantation pertinente	NA	DSPPC	Philippe Lottin	V		
Guide de pratique clinique sur la réadaptation des adultes ayant subi un TCC modéré à grave	INESSS	2016-09-26	2016-11-21	Reporté	NA	DPDITSADP		B	2016-11-21	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 : 2017-03-31

## BILAN de l'implantation - 2016-2017

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	Provenance	Réception	Analyse de pertinence	conclusion	Appro. autre inst.	Direction	Responsable	Évolution	Échéancier	Commentaire
			Date CIC							
Note informative: Cellules tumorales circulantes dans les cas de cancer du sein : utilisation clinique du test CellSearch®	INESSS	2016-09-22	2017-01-30	Non pertinent	NA	DSI	Sylvie Limoges	G	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.	INESSS	2016-06-20	2017-01-30	à venir	NA	DSI	Élise Leclair	V		Il s'agit d'un protocole médical "obligatoire" et de l'ordonnance collective nationale. La lettre indique que les utilisateurs doivent appliquer les corrections nécessaires dans des délais raisonnables.
Algorithmes d'investigation, de traitement et de suivi du lymphome de Hodgkin	INESSS	2016-12-12	2017-01-30	à venir	NA	DSI	Sylvie Limoges	V		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).
Guide d'usage optimal - Rhinosinusite aiguë chez l'adulte	INESSS	2016-11-14	2017-01-30	à venir	NA	DSPPC	Dr Christian Vinette	V		Le guide d'usage optimal vise à soutenir le clinicien dans la décision de prescrire un traitement par antibiotique ou un traitement de soutien pour atténuer les symptômes et laisser l'infection se résorber d'elle-même.
Utilisation de l'imagerie par résonance magnétique en présence de douleurs musculosquelettiques chez les personnes adultes du Québec (volet 1, 2 et 3)	INESSS	2017-01-20	2017-02-27	à venir	Comité pertinence DSPPC	DSM	Gilles Hudon	V		Suivi du CIC: Sera présenté au comité de pertinence clinique dont les rencontres débutent sous peu. Il s'agit de transformation médicale et il n'y a pas d'urgence. L'avis de l'INESSS comprend trois volets : 1. Un portrait de l'utilisation globale de l'IRM au Québec et une analyse comparative avec les

# Tableau intégré - Implantation des meilleures pratiques

Mise à jour : 2017-03-31

## BILAN de l'implantation - 2016-2017

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	Provenance	Réception	Analyse de pertinence		Appro. autre inst.	Direction	Responsable	Évolution	Échéancier	Commentaire
			Date CIC	conclusion						
Indications de la tomographie par émission de positrons en oncologie - Cancer du poumon	INESSS	2017-01-27	2017-02-27	à venir	Comité pertinence DSPPC	DSI	Sylvie Limoges	V		Suivi CIC: Mme Limoges fera une analyse plus approfondie et le présentera au comité de pertinence clinique qui débute sous peu. L'INESSS émet des recommandations sur les indications de la tomographie par émission de positrons couplée à la tomodensitométrie (TEP). Ces travaux comprennent 7 documents et outils.
Avis sur la standardisation des pratiques relatives aux allergies au bêta-lactames	INESSS	2017-02-22	2017-03-27	à venir				V		Ces documents et outils visent à soutenir les professionnels pour être en mesure de mieux connaître les mécanismes immuns responsables des réactions allergiques et les différences et les similarités entre les classes de bêta-lactamines associées au risque de réaction croisée. Les professionnels devraient être en mesure de mieux gérer les risques et d'améliorer la prise en charge des patients en première ligne et de leur permettre d'avoir recours aux antibiotiques les plus efficaces. Un formulaire normalisé est proposé et devrait être implanté dans l'ensemble du réseau.

# Tableau intégré - Rapport du coroner

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	Nom du rapport	Installation ou service visé	Date de réception	Conclusion	#	Recommandations	Responsable	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Drummond	A-180736	Psychiatrie	2015-12-10	Suicide	1	Au comité de la qualité de l'acte: Étudier le dossier et évaluer si l'évaluation clinique et la conduite médicale étaient conformes aux normes et standard de la pratique.	DSPPC	G	2016-03-15	2016-04-24	
Trois-Rivières	A-180664	Urgence	2016-02-15	Décès naturel	1	Au CIUSSS MCQ: Que le rapport soit analysé pour évaluer et améliorer le processus de triage.	DSI	G	2016-05-15	2016-05-10	
Drummond	A-180745	RPA	2016-03-14	Décès naturel	1	Aux intervenants de la résidence, prendre connaissance du présent rapport et revoir les protocoles et directives en vigueur quant à l'évaluation de toute détérioration clinique d'un résident et de sa prise en charge.	DPSAPA	G	2016-06-13	2016-06-17	
CIUSSS	A-330226	Déficiences physiques	2016-05-10	Décès accidentel	1	Que des essais statiques et dynamiques soient effectués sur les fauteuils roulants qui font l'objet de modifications afin de s'assurer que le centre de gravité demeure dans une zone de sécurité	DGA-PSR	G	2016-08-08	2016-08-02	Décès survenu dans une autre région. Info transmise aux services concernés
CIUSSS	A-330226	Déficiences physiques	2016-05-10	Décès accidentel	2	que la vitesse maximale de ces fauteuils soit limitée lorsque les utilisateurs sont des personnes avec un poids important à cause de l'effet de l'inertie important que leur masse est susceptible de provoquer lors d'une décélération rapide.	DGA-PSR	G	2016-08-08	2016-08-02	Décès survenu dans une autre région. Info transmise aux services concernés

# Tableau intégré - Rapport du coroner

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	Nom du rapport	Installation ou service visé	Date de réception	Conclusion	#	Recommandations	Responsable	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
CIUSSS	A-325599	Déficiences physiques	2016-05-15	Décès accidentel	1	Transmettre le rapport à titre de formation au services en déficiences physiques	DGA-PSR	G	2016-08-18	2016-08-02	Décès survenu dans une autre région. Info transmise aux services concernés
Maskinongé	A-183698	Psychiatrie (domicile)	2016-04-20	Suicide	1	Que ce dossier soit révisé au comité de morbidité et mortalité du département de psychiatrie du CHAUR du CIUSSS MCQ.	DSPPC	G	2016-07-19	2016-07-22	
Drummond	A-181747	Urgence	2016-04-27	Décès accidentel	1	De réviser le dossier afin d'évaluer si les conduites médicales appliquées lors de l'hospitalisation furent conformes aux standards de pratique, particulièrement concernant la documentation médicale de l'état clinique du patient.	DSPPC	G	2016-07-26	2016-09-27	
Énergie	A-178480	Préhospitalier d'urgence	2016-06-07	Décès accidentel	1	Réviser le dossier et procéder à une mise à jour de la formation des techniciens ambulanciers-paramédics dans le but d'assurer des interventions respectueuses des protocoles en vigueur en ce qui a trait à l'évaluation d'un patient quant à son aptitude à refuser un service de transport ambulancier.	DSPPC	G	2016-09-06	2016-08-22	
Trois-Rivières	A-182002	Psychiatrie	2016-07-19	Suicide	1	Analyser tous les outils et l'équipement à la disposition des patients des unités de psychiatrie et faire en sorte qu'un patient ne puisse utiliser une pièce d'équipement de cette unité afin de mettre fin à ses jours.	DPSMAD	G	2016-10-17	2016-10-17	Réponse transmise au Bureau du coroner (2016-10-17)



# Tableau intégré - Rapport du coroner

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	Nom du rapport	Installation ou service visé	Date de réception	Conclusion	#	Recommandations	Responsable	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Trois-Rivières	A-182002	Psychiatrie	2016-07-19	Suicide	2	Contrôler régulièrement la sécurité de l'unité de psychiatrie et tout le matériel qui s'y trouve selon un calendrier prédéterminé afin d'éliminer les risques d'un incident malheureux.	DPSMAD	G	2016-10-17	2016-10-17	Réponse transmise au Bureau du coroner (2016-10-17)
Trois-Rivières	A-182002	Psychiatrie	2016-07-19	Suicide	3	Exiger que tout le personnel de l'unité de psychiatrie, qu'il occupe un poste permanent ou à temps partiel ou qu'il effectue du remplacement, possède une formation minimale en psychiatrie et ait une connaissance des outils mis à sa disposition pour bien effectuer son travail.	DPSMAD	G	2016-10-18	2016-10-17	Réponse transmise au Bureau du coroner (2016-10-17)
Drummond	A-175317	RPA	2016-08-31	Décès accidentel	1	Mettre en place une procédure de communication avec le responsable du programme SAPA du CIUSSS MCQ dans le but de déterminer si une évaluation du risque de chute de ses résidents s'avère nécessaire et, le cas échéant, d'établir des plans d'intervention individualisés spécifiques à la prévention des chutes.	DPSAPA	G	2016-11-30	2016-11-29	
Drummond	A-175317	RPA	2016-08-31	Décès accidentel	2	D'installer un accoudoir dans chaque salle de bain de ses bénéficiaires qui présente des risques de chute.	DPSAPA	G	2016-11-30	2016-11-29	

# Tableau intégré - Rapport du coroner

## Recommandations et suivis - 2016-2017

Comité de vigilance et de la qualité

Information mise à jour 2017-03-31

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	Nom du rapport	Installation ou service visé	Date de réception	Conclusion	#	Recommandations	Responsable	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Trois-Rivières	A-173825	RNI	2016-11-25	Décès accidentel	1	Mieux évaluer les usagers placés dans une résidences de type familial et prendre des mesures de sécurité pour chaque usager ayant d'importants problèmes d'orientation, dans le temps et l'espace, notamment l'historique de fugue que l'usager peut avoir.	DPSAPA DPDITSA	V	2017-02-25		Une décision a été prise d'appliquer la recommandation à toutes les RTF; Demande d'un délai supplémentaire pour compléter le suivi. En attente.

## Tableau intégré - Événements sentinelles

Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgateion	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction programme santé mentale adulte et dépendance	116	Suicide	OUI	Aucune		G	N.D.		
Direction programme déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique	123	Autre	OUI	Aucune		G	2016-01-20	N.D.	
Direction programme santé mentale adulte et dépendance	126	Fugue	Oui			V			Enquête en cours
Direction du programme SAPA	131	Agression				V			En cours en attente du rapport pour rencontre avec gestionnaire de l'unité.

## Tableau intégré - Événements sentinelles

Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgation	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction programme santé mentale adulte et dépendance	132	Tentative de suicide	OUI	Pacte de non passage à l'acte prise avec l'utilisateur		G	N.D.	N.D.	
Protection de la jeunesse DPJ-DP	133	Accident de voiture avec blessés et décès	OUI			G			
Direction programme santé mentale adulte et dépendance	135	arrêt cardio respiratoire	OUI	Aucune		G	N.D.	N.D.	
Direction programme santé mentale adulte et dépendance	136	Suicide à domicile	OUI			G			
Direction programme santé mentale adulte et dépendance	137	Fugue	OUI	Explorer d'autres moyens avec l'utilisateur pour la gestion de l'anxiété; Contrat thérapeutique de non passage à l'acte avec modalités de soutien.		G			
Direction programme santé mentale adulte et dépendance	134	Fugue	N/A	Faire verbaliser l'utilisateur sur ses difficultés Explorer avec son psychiatre traitant la possibilité d'ajouter une médication afin de l'aider à mieux gérer ses impulsions. Amener madame à s'impliquer dans la ressource et dans des activités dans la communauté		G	N.D.	N.D.	

## Tableau intégré - Événements sentinelles

Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgation	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction programme santé mentale adulte et dépendance	138	suicide à domicile	OUI	Formation du Centre de prévention suicide; Disponibilité et remise de dépliants à tous les usagers présentant un profil suicidaire; Retour fait avec l'équipe sur la situation.		G			
Direction des soins infirmiers	109 201506118	Chute	Oui	Formaliser le fait d'effectuer une surveillance rapprochée Q 30 minutes lors d'administration de sédatifs ou de nouvelle médication. (13 nov. 2015) Faire un rappel sur les interventions préventives possible pour les chutes et la nécessité d'avoir un PTI (13 novembre 2015) Faire un rappel au personnel de l'importance de réaliser les évaluations physiques complètes suite à une chute. (13 nov. 2015) Formation sur l'évaluation physique post-chute (Fait par le biais de capsule) Faire modifier la collect de données pour unclure un rappel sur la nécessité d'aviser la famille sur le fonctionnement de nuit Voir les possibilités de financement pour l'acquisition de lits bas. (appel 13 novembre)		G	2016-01-31	2015-05-17	
Direction du programme SAPA	128 201611231	Retrouvée par terre au côté de son lit	Oui	Aucune mesure		G			
Direction du programme SAPA	1516-002-MAJ-CSSSAE	Chute avec fracture	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>Demeurer vigilant sur les risques de chute pour ce type de clientèle (démence Alzheimer).</li> <li>Poursuivre les mesures appliquées, poursuivre l'évaluation et s'ajuster aux besoins du client. Continuer à se servir des outils tels que la RSI-6 du CSSSAE pour mieux s'outiller.</li> </ul>		G	2016-01-31		

## Tableau intégré - Événements sentinelles

Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgateion	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction du programme SAPA	1516-012_AE	Chute avec fracture	Oui	Rappeler aux équipes de s'assurer de tenir la porte du bureau des intervenants (2 ième étage) fermées à clé afin de limiter l'accès aux autres ilots par les résidents		G	2016-02-29	2016-02-29	
Direction du programme SAPA	1516-019_maj	Fugue	OUI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en place un moyen de dépistage et de gradation du risque de fugue ainsi que les mesures d'atténuation auprès du résident en fonction du risque, notamment dans le cadre d'activités de loisirs.</li> <li>• Mise en place d'un mécanisme de contrôle permettant de s'assurer que les histoires de vie et les formulaires de recherche des personnes à risque soient complétés et révisés au besoin.</li> <li>• Réévaluer la prise en charge des résidents lors des activités de récréologie, pour s'assurer qu'un niveau de surveillance adéquat soit utilisé en fonction de la clientèle et de nos responsabilités institutionnelles.</li> <li>• Rendre plus accessibles les procédures liées à la perte d'un résident. Permettre aux utilisateurs de trouver de façon plus « intuitive » l'information (DST).</li> </ul>		G	N.D.	2016-05-19	
Direction du programme SAPA	1516-023_maj	Chute avec fracture	Oui	Aucune action au dossier		G	N.D.	2016-05-19	

## Tableau intégré - Événements sentinelles

## Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgation	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction des services professionnels et de la pertinence clinique	1516-030_maj	Décès	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se documenter sur le processus d'évaluation brève présentement utilisé dans des centres comparables.</li> <li>• S'inspirer du mode d'évaluation brève utilisé au site Cloutier-Du-Rivage.</li> <li>• Assurer la tenue d'une rencontre préparatoire avec les formateurs des volets cliniques des 2 sites et du système informatique au triage.</li> <li>• Tenir une rencontre du comité de triage afin d'optimiser les pratiques de triage.</li> <li>Identifier les indicateurs de suivi à améliorer afin d'optimiser le processus de triage.</li> <li>• Revoir l'aménagement des lieux physique des salles d'évaluation dans l'aire de triage.</li> <li>• Réviser les rôles et responsabilités des intervenants impliqués au triage.</li> <li>Planifier des rencontres d'information destinées au personnel de l'urgence.</li> <li>• Définir les éléments à paramétrer dans le logiciel informatique SIURGE-ÉVAL nécessaire à l'implantation du nouveau processus.</li> <li>• Mettre en place le fonctionnement.</li> <li>• Supporter l'implantation.</li> <li>• Contrôler le processus implanté et prévoir la pérennisation des gains (suivi des résultats).</li> <li>Réorganisation des lieux physiques (aménagement), installation d'une porte dans la salle d'évaluation des ambulances pour modifier la fonction de cette salle, installation d'une porte dans la salle de triage.</li> </ul>		G	2016-03-01	2016-05-10	En attente de l'installation d'une porte au triage.
Direction des soins infirmiers	1516-031_maj	Suicide	Oui	Aucune - caractère imprévisible de l'événement.	Modification de la politique du code pour encadrer l'utilisation du chariot à code dans les chambres d'isolement. La politique a été modifiée et doit être déposée au comité du code et CMDP.	J	N.D.		En attente de la modification de la politique du CODE, doit passer au comité du code et CMDP. Suivi dossier remis à la DSI, changement de responsable.

## Tableau intégré - Événements sentinelles

## Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgation	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction des services professionnels et de la pertinence clinique	1516-035_maj	Délai	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modification des responsabilités des coordonnateurs et des agentes de l'accueil visant à augmenter la rapidité pour contacter le personnel de garde.</li> <li>• Mise en place d'une procédure de priorisation des césariennes non prévues au programme, élaborée par le bloc opératoire en collaboration avec le secteur de l'obstétrique venant combler les lacunes observées au cours de l'enquête.</li> <li>• Exercice de simulation AMPRO fait avec l'équipe de base impliquée ainsi que le chef anesthésiste et la monitrice du bloc.</li> <li>• Un retour est fait sur toutes les P1 réalisées en contexte de garde entre le chef du bloc et de l'obstétrique et des correctifs sont apportés au besoin.</li> </ul>	Remplacer certaines horloges "standards" par des d'horloges atomiques pour le bloc opératoire Formation pour tout le personnel et les médecins de l'obstétrique en simulation d'une césarienne P1 lors des journées AMPRO	V	N.D.		En cours
Direction programme santé mentale adulte et dépendance	1516-041_maj	Suicide	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retour avec les équipes de santé mentale. PAE proposé. Aucune gestion de crise à prévoir.</li> <li>• Numérisation et protection du dossier. Famille avisée par médecin, en plus d'un</li> </ul>		V	N.D.		Analyse plus détaillée N/A. En attente du dossier.
Direction des soins infirmiers	1516-051_maj	Médicament	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capsule d'information sur l'identification des seringues au PMF.</li> <li>• Déposer les narcotiques dans le chariot à médicament afin de les préparer au moment de l'administration.</li> <li>• Les narcotiques déposés dans le tiroir barré du chariot.</li> <li>• Rappel aux employés du PMF de déposer rapidement la copie blanche de la AH-223 au dossier.</li> </ul> <p>Capsule d'information fait à la gestion des lits:identification des seringues (décembre2015)</p>	Conseillère cadre SI fera le suivi au CCASI. concernant : Présentation de la situation au comité pharmaco-nursing le 24 nov. 2015 puis au CCASI le 9 décembre 2015. L'identification des seringues, étiquettes pré-imprimées NACL 0,9%. Communiqué aux chefs contenant le # de commandes des étiquettes, méthode de soins en lien avec la préparation des médicaments. Communication officielle de la part de la conseillère-cadre SI afin d'expliquer l'identification appropriée de la médication.	R	N.D.		En cours Audit aux 3 mois : identification des seringues Conseillère-cadre Si Communiqué à diffuser Transfert de dossier fait le 31 mars



## Tableau intégré - Événements sentinelles

Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgateion	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction des services techniques	1516-053_min	Batiment	N/A	<p>Laboratoires .</p> <p>Mesure permanente pour l'alimentation des systèmes de ventilation afin de permettre l'évacuation de la chaleur La climatisation demeure non fonctionnelle.</p> <p>Mesure temporaire pour l'alimentation du réfrigérateur de la morgue. La mesure temporaire sera remplacée par une mesure permanente ultérieurement.</p> <p>Mesure temporaire pour l'alimentation partielle des réfrigérateurs du laboratoires.</p> <p>Arrêt de la production d'eau chaude.</p> <p>Imagerie médicale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesure temporaire pour l'alimentation du réfrigérateur du lab chaud en médecine nucléaire. La mesure temporaire sera remplacée par une mesure permanente ultérieurement.</li> <li>• Mesure temporaire pour l'alimentation de la climatisation du scan. La mesure temporaire sera remplacée par une mesure permanente ultérieurement.</li> </ul> <p>Urgence :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesure permanente pour alimentation d'éclairage et de prises d'urgence.</li> <li>• Climatisation aile K (bloc op. S.I., stérilisation, urgence, pharmacie, etc) :</li> </ul> <p>Mesure temporaire pour l'alimentation des équipements de climatisation.</p> <p>Cliniques externes générales et spécialisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesure temporaire pour l'alimentation du réfrigérateur de la clinique de diabète. La mesure temporaire sera remplacée par une</li> </ul>		V	N.D.	2016-05-10	En cours

## Tableau intégré - Événements sentinelles

Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgation	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction des soins infirmiers	1516-060_maj	Utilisation non conforme du matériel	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avoir des contenants en plastique ayant une seule ouverture avec une couleur différente pour différencier la radio-onco des autres secteurs.</li> <li>• Sceller le contenant avec un cadenas jetable.</li> <li>• Rappel de la procédure à tout le personnel.</li> <li>• Utilisation de 2 chariots différents, un pour le matériel souillé et l'autre pour le matériel propre et bien identifié.</li> <li>• Les boîtes contenant les larungoscopes propres sont déposées dans un local désigné à l'extérieur des salles d'examen.</li> </ul>		G	2016-01-31		En attente des audits pour fermer dossier Projet du MSSS en lien avec le dépistage du cancer colo rectal, les audits seront faits dans les secteurs utilisateurs au même moment.
Direction du programme SAPA	1516-066_maj	Chute avec fracture	Oui	Non		G	N.D.	2016-05-19	
Direction du programme SAPA	1516-071_maj	Chute avec fracture	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivi avec équipe de réadaptation et soins.</li> <li>• Mesures alternatives neuves en place.</li> </ul>		G	N.D.		
Direction des soins infirmiers	1516-072	Autre	NA	<p>Communiqué GDR et DSI transmis au personnel par les chefs</p> <p>Surveillance aux 15 minutes lors de l'utilisation des contentions avec les lits non réglementaires</p>		V	N.D.		
Direction du programme SAPA	1516-076_maj	Chute avec fracture	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivi des signes vitaux et neurologiques immédiatement postchute.</li> <li>• Modification du PTI.</li> <li>• Référence à la réadaptation.</li> </ul>		G	N.D.		
Direction programme jeunesse - famille	1516-083_maj	Suicide	Oui			G	N.D.		

## Tableau intégré - Événements sentinelles

Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgateion	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction des services professionnels et de la pertinence clinique	1516-085_min	Laboratoire	Oui	Rencontre d'équipe avec l'urgence diffusion d'une note de services: gestion des résultats de labortatoire		J	2016-01-31	N.D.	Mesures prises par le laboratoire. En attente de suivi.
Direction des services professionnels et de la pertinence clinique	1516-090_maj	Autre	N/A			G	2016-03-01		
Direction des services techniques	1516-091_maj	Batiment	N/A	Plan d'action en cours.		V	N.D.		En cours

## Tableau intégré - Événements sentinelles

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgateion	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction des services professionnels et de la pertinence clinique	1516-098_maj	Autre pour contamination	N/A	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Culture de l'environnement (infectio et PCI).</li> <li>• Jeter les bouteilles d'eau stérile utilisées en bronchoscopie dans la salle de traitement.</li> <li>• Maintenir les lingettes à l'ammonium quaternaire et à l'hypochlorite de sodium pour les patients non porteur de C.DIFF.</li> <li>• Standardiser l'utilisation des lingettes à base de chlore à URDE.</li> <li>• Nettoyer /désinfecter le contenant de transport des DE après usage avec lingettes (CLOROX).</li> <li>• Nettoyer et désinfecter le lavabo, avec un chiffon propre, après chaque étape du nettoyage avec un détergent approuvé et solution chlorée pour les endoscopies basses et protueur de C. DIFF sinon, utilisation de lingettes PDI.</li> <li>• Nouvelle procédure : retrait des bouteilles de remplissage d'alcool du processus de retraitement. Mise en place d'injection d'alcool isopropylique 70% à partir du gallon d'origine de la compagnie avec tubulure et seringue.</li> <li>• Ajout d'un crochet pour suspendre le pistolet à air comprimé au mur.</li> <li>• Nettoyer et désinfecter l'armoire d'entreposage actuelle chaque 1 sem. avec une sol. chlorée.</li> <li>• Suivre les recommandations du fabricant pour l'armoire à filtre HEPA concernant le nettoyage et la désinfection lors de l'acquisition.</li> <li>• Apposer des étiquettes autocollantes indiquant la date d'expiration, après ouverture.</li> </ul>	<p>FIN JANVIER, revoir la possibilité de modifier la procédure de façon à ce que la feuille de traçabilité ne soit plus placée directement sur les endoscopes après le retraitement. Sera fait par le biais des recommandations du MSSS suite aux audits du moi de mai 2016. Mode de fonctionnement sera déployé partout.</p> <p>Revoir la procédure de façon à ce que la feuille de traçabilité ne transite plus du souillé au propre selon les meilleures pratiques RDE 2016 Utiliser une armoire d'entreposage ventilée à filtre HEPA spécialement conçue pour l'entreposage des DE et l'installer dans un endroit propre qui respecte les normes en vigueur.</p> <p>Printemps Présenter régulièrement les résultats des différents AUDITS à la table régionale de stérilisation.</p>	J			<p>En cours</p> <p>Nouvelles normes en lien avec le dépistage du cancer colorectal. Audit et travaux à faire dans les unités d'endoscopie.</p> <p>L'URDE doit posséder 4 armoires à filtre EPA pour satisfaire aux besoins.</p>
Direction du programme SAPA	1516-099_maj	Chute avec fracture	Oui	Référence à la réadaptation.		G	N.D.	2016-02-01	

## Tableau intégré - Événements sentinelles

Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgation	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction du programme SAPA	1516-100_maj	Chute avec fracture	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modification du PTI.</li> <li>• Référence à la réadaptation.</li> <li>• Ajout ou modification des mesures alternatives.</li> </ul>		G	N.D.		
Direction du programme SAPA	1516-110_maj	Chute avec fracture	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modification du PTI.</li> <li>• Référence à la réadaptation.</li> <li>• Ajout /modification des mesures alternatives (Tabs installé au retour du CH).</li> </ul>		G	N.D.		
Direction du programme SAPA	1516-114_maj	Chute avec fracture	N.D.	Aucunes mesures précisées.		G	N.D.		
Direction du programme SAPA	1516-115_maj	Chute avec fracture	N.D.	Aucunes mesures précisées.		G	N.D.		
Direction du programme SAPA	1516-116_maj	Chute avec fracture	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modification du PTI.</li> <li>• Référence à la réadaptation.</li> </ul>		G	2015-12-23		
Direction du programme SAPA	1516-117_maj	Chute avec fracture	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Référence à la réadaptation.</li> <li>• Ajout ou modification des mesures alternatives.</li> </ul>		G	N.D.		
Direction programme jeunesse - famille	1516-122_maj	Suicide	Oui	Enquête en cours		V			en cours

## Tableau intégré - Événements sentinelles

Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgateion	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction des services professionnels et de la pertinence clinique	1516-126_maj	Chute avec impact crânien	Oui	<p>Informations transmises au personnel .</p> <p>Utilisation des ridelles versus les mesures de contrôle, 2 ridelles =contention sauf si l'usager le demande; 2 ridelles = grille de surveillance; 1 ridelle = civière au plus bas; cloche d'appel toujours à la portée; Inscrire l'information au tableau de bord.(2015-09-30 à 2015-11-06)</p> <p>Importance de bien décrire les événements dans dans la note d'évolution de l'infirmière, d'inscrire la date et l'heure sur tous les formulaires utilisés; l'importance de détailler les signes AINÉES. (2015-09-30 à 2015-11-06)</p> <p>Installation d'un aide-mémoire des signes AINÉES dans chaque dossier (2015-10-30)</p> <p>Rappel fait sur l'outil de dépistage PRISMA 7 (2015-09-30 à 2015-11-06)</p> <p>Rappel de toujours valider un numéro d'urgence pour rejoindre la famille (2015-09-30 à 2015-11-09)</p> <p>Rencontre individuelle avec le personnel concerné pour connaître la description des faits et reprendre avec eux tous les éléments listés précédemment. (2015-11-05 à 2015-11-12)</p> <p>Rappel fait mensuellement par ASI (rencontre 3 quarts) Point statutaire des rencontres d'équipe.</p> <p>Note d'évolution à cochée en document de travail. Doit être diffusée. 2016-04-06.</p> <p>De concert avec la DSI, des capsules d'information sur les mesures de contrôle ont été diffusées.</p>		G	N.D.	2016-04-19	
Direction programme jeunesse - famille	1516-127_min	Incident de sécurité #124				G			

## Tableau intégré - Événements sentinelles

Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgation	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction programme jeunesse - famille	1516-128_min	Incident de sécurité #125				G			
Direction des ressources informationnelles	1516-129_min	Panne réseau				G			
Direction du programme SAPA	1516-131_maj	Fracture fémur D, cheville G et plateau tibial G	Oui	Référence à la réadaptation Réévaluation des mesures alternatives par ergo/ physio.		G			
Direction du programme SAPA	1516-133	Chute d'une civière douche	Non	Réparation de la ridelle Note de service rappelant l'importance de ne pas s'asseoir sur la ridelle.		J	2016-01-22		En cours Formulaire d'enquête sera complété pour documenter le dossier. Échéancier 12 février 2016-04 - validation des mesures pour les autres unités présentant des civières semblable
Direction du programme SAPA	1516-134	Chute avec fracture	Oui	Surveillance augmentée		G			
Direction du programme SAPA	1516-135_Maj	Erreur sur l'usager	Oui			G		2016-04-13	

## Tableau intégré - Événements sentinelles

Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgation	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction des services techniques	1516-136	Demi-pallier	NA	Possibilité de réparer qui entraîne des frais et n'est pas sous garantie.	Présentée aux directions adjointes des secteurs concernés	V	N.D.		En cours
Direction du programme SAPA	1516-138_Maj	Chute avec fracture	Oui	Les PAB ont appliqué la procédure de soins "Interventions lors de chute avec ou sans conséquence chez un usager en RNI" à l'intention des préposés. Monsieur a toutefois		G	2016-01-29		
Direction des services professionnels et de la pertinence clinique	1516-140_maj	Chute avec fracture (opérée)	Oui	Rencontre d'équipe pour modifier le plan de soins des usagers circulant avec marchette : Les aviser de sonner pour être accompagnés à la salle de bain la nuit; Évaluer la pertinence d'installer un coussin sonore la nuit . Inscrire au plan de soins PAB et INF que les usagers qui se déplacent avec marchette doivent être accompagnés la nuit pour les déplacements/ ouvrir lumière. Audit réalisé pour vérifier l'application des mesures.		G	2016-04-30	2016-04-28	
Direction des services multidisciplinaires	1516-142_maj	Glacière contenant des spécimens oubliée		Accueil avisera son personnel afin qu'il oriente le transporteur vers le labo La transporteur est avisé de toujours se présenter au labo et remettre en main propre la glacière aux techniciennes Identification des glacières (3 étaient mal identifiées) Personnel accueil rencontré : S'assurer que les lieux de travail soient libres et qu'aucun objet ne leur appartenant pas y soit présent.		G	2016-03-31	2016-04-13	



## Tableau intégré - Événements sentinelles

Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgation	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction des services multidisciplinaires	1516-143_maj	Chute de la table d'examen	Oui	En attente de la politique et si elle convient aucune autre mesure nécessaire.		G	N.D.		
Direction du programme SAPA	1516-144	Chute avec fracture				G		2016-04-14	
Direction du programme SAPA	1516-145	Chute avec fracture		moniteur de mobilité au lit déjà en place, surveillance clinique étroite depuis le 9 février après évaluation médicale.		G			
Direction du programme SAPA	1516-147	Chute avec fracture	Oui			G		2016-02-29	
Direction du programme SAPA	1516-148	Lié aux mesures de contrôle	Oui	Chambre du résident sécurisée. Retrait des fauteuils berçants avec ce type d'ouverture du 3e Nord (psychogériatrie). Direction adjointe hébergement SAPA et direction de la qualité, évaluation, performance et éthique avisées.		G			Terminé - n'apparaît plus au tableau ÉS du janvier 2017
Direction du programme SAPA	1516-150	Chute avec fracture	Oui	Revoir la compréhension de l'échelle de la douleur Algoplus.		G		2016-04-15	

## Tableau intégré - Événements sentinelles

## Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgation	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction des services professionnels et de la pertinence clinique	1516-151	Identificaiton spécimens	N/A	Rencontre avec les instances impliquées (accueil, archives, bloc, parents-enfants, GDR, système d'information) : 2016-03-08 Archives : Utilisation des feuilles 1 à 4 pour la création des dossiers en avances impossible puisque les feuilles ne sont pas acheminées aux archives avant le départ de la mère et du bébé. Système Information : Mise à jour prévue mi-mai : augmentation de la vitesse lors de la création de dossier et diminution des "bogs"	Faire parvenir la liste des césariennes à l'accueil la veille. Comptabiliser les cas qui ne fonctionnent pas et les transmettre pour analyse. Valider ce que Ste-Justine et Drummond font. Création du bilan n-né (sang de cordon)	G	2016-07-01	2016-11-28	
Direction des services professionnels et de la pertinence clinique	1516-152	Anticoagulothérapie non débutée	Oui	Aviser le médecin lorsque l'examen est reporté en-dehors des délais normaux, principalement lorsqu'il y a un risque pour l'usager. Vérifier auprès du chef médecin en radiologie la pertinence de modifier la requête de demande d'examen. Aviser le personnel de l'unité de soins que les examens ne sont pas faits la fin de semaine ce qui prolonge les délais d'attente, surtout lorsqu'une situation nécessite l'arrêt de la médication.		G	N.D.	2016-04-25	
Direction des services professionnels et de la pertinence clinique	1516-153	Fracture hanche droite	Oui	Remplir adéquatement la feuille de consignes pour l'agent de sécurité. Monter les 2 ridelles de la civière pour tout patient à risque en lui expliquant le pourquoi de cette mesure. Rencontre d'équipe pour préciser les consignes ci-haut		G	N.D.		Terminé - n'apparaît plus au tableau ÉS du janvier 2017
Direction des services professionnels et de la pertinence clinique	1516-154	Dossier fermé donc aucun suivi médical post examen	Oui	Prise en charge rapide de la patiente par l'équipe médicale et la MDJ Suivi auprès de l'employée fait conjointement avec le CPG et les gestionnaires		G	N.D.	2016-10-11	

## Tableau intégré - Événements sentinelles

Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgateion	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction des services multidisciplinaires	1516-155	Rappel	N/A	Communiqué à transmettre aux hématologues Aviser les hématologues		G		2016-05-03	Aucune conséquence pour les usagers
Direction des services professionnels et de la pertinence clinique	1516-156	Omission d'administration		Vérification auprès de la pharmacie.	Installation d'une lumière d'avertissement au-dessus du pneumatique afin que le personnel de l'UDC soit averti de l'arrivée de médicaments. Rappel au personnel de faire une révision de la médication reçue ou non pendant leur quart de travail. Rappel de l'importance de connaître la médication et l'indication de celle-ci ainsi que les conséquences si elle n'est pas administrée. Valider auprès de la pharmacie lorsque la médication n'est pas reçue dans des délais adéquats.	G	N.D.	2016-10-24	
Direction du programme SAPA	1516-157	Chute avec fracture	Oui			G		2016-03-21	
Direction du programme SAPA	1516-157	Fracture L1 avec perte de hauteur de 50%	Oui	Réitérer les consignes de sécurité à monsieur.		G		2016-03-21	
Direction du programme SAPA	1516-158	Lié à la personne touchée	Oui	Évaluation de l'infirmière. Appel placé au 911 pour transfert immédiat. Retrait des prothèses dentaires et installation en position latérale de sécurité en attendant l'ambulance. Surveillance étroite aux 15-30 minutes. Contrôle de l'accès aux objets potentiellement dangereux. Porte de chambre ouverte en tout temps. Contrôle de l'accès aux objets potentiellement dangereux Porte de chambre ouverte en tout temps		G		2016-03-21	

## Tableau intégré - Événements sentinelles

Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgation	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction du programme SAPA	1516-158	Retrouvée inconsciente	Oui	Évaluation de l'infirmière. Appel placé au 911 pour transfert immédiat. Retrait des prothèses dentaires et installation en position latérale de sécurité en attendant l'ambulance. Surveillance étroite aux 15-30 minutes. Contrôle de l'accès aux objets potentiellement dangereux. Porte de chambre ouverte en tout temps. Contrôle de l'accès aux objets potentiellement dangereux Porte de chambre ouverte en tout temps		G	2016-03-17	42450	
Direction des services professionnels et de la pertinence clinique	1516-159	Délai de transport ambulancier	Oui			G	N.D.		
Direction des services multidisciplinaires	1516-165	Perte de narcotique	N/A	Rappel au personnel de toujours fermer à clé le tiroir (fait 29 mars 2016) Note de service diffusée avec les règles à respecter (fait 29 mars 2016) Demande d'information faite auprès du coordonnateur pour valider la possibilité d'emprunt après le départ du technologue Sécurité publique de TR avisée (2016-03-29) Signalement au bureau des substances contrôlées par la pharmacie (Fait) Serrure du tiroir changée. (septembre 2016) Tournée fait à la fin du quart par le coordonnateur ou la personne désignée du secteur d'angiographie afin de s'assurer que les portes et tiroirs sont verrouillés (Début mai) Rencontre d'équipe par chef de Hygiène et salubrité : Verrouillé les portes à leur sortie des salles. (Réalisé 3 mai 2016)	Armoires narcotiques à installer lors de la réception.	G	2016-09-01	2016-10-12	

## Tableau intégré - Événements sentinelles

Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgation	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction des services professionnels et de la pertinence clinique	1516-166	Chute avec fracture	Oui	Risque de chute réévalué		G	N.D.	2016-04-19	
Direction des services professionnels et de la pertinence clinique	1516-166	Chute avec fracture	Oui	Risque de chute réévalué Réévaluation du PTI : Interventions adaptées à l'utilisateur.		G	N.D.		
Direction du programme SAPA	1516-167	Chute avec fracture	Oui	Rappel sur les éléments devant se retrouver sur le rapport d'incident-accident Refaire dépistage sur les facteurs de risques de chute et ajuster les mesures alternatives		G	N.D.		
Direction du programme SAPA	1516-168	Chute avec fracture	Oui	Mettre en place des tournées visuelles aux heures sur le quart de nuit		G	2016-04-06		
Direction du programme SAPA	1516-169	Chute avec fracture	Oui	Rappel sur les éléments devant se retrouver sur le rapport d'incident-accident		G			
Direction du programme SAPA	1516-170	Chute avec fracture	Oui	Rappel à faire sur l'observation du plan de travail		G	2016-04-01		
Direction du programme SAPA	1516-171	Chute avec fracture	oui	Aucune mesure		G			
Direction du programme SAPA	1516-172	Chute avec fracture	Oui	Réval physio fait Assurer positionnement moniteur au lit à la hauteur des épaules Révision PTI		G			Vieux formulaire de suivi de chute

## Tableau intégré - Événements sentinelles

Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgation	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction du programme SAPA	1516-176	Chute avec fracture	Oui	Réitérer à l'utilisateur les consignes de sécurité		G			Aucune mesure supplémentaire à mettre en place après analyse
Direction du programme SAPA	1516-AE-013	Chute avec fracture	Oui	Rappel aux équipes sur la vérification des tabs		G			
Direction du programme SAPA	1516-BNY-001	Fugue	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>Changement de code d'accès</li> <li>Vérification du bracelet anti fugue</li> <li>Validation avec TS voir s'il existe un autre milieu plus adapté pour l'utilisateur</li> <li>Vérification bracelet anti-fugue</li> <li>Modification de l'ouverture des portes de l'entrée principale (ouverture en alternance)</li> <li>Changement des fréquences pour les porteurs de bracelet anti-fugue</li> <li>Se rendre sur les lieux rapidement lors du retentissement de la sonnerie anti-fugue</li> </ul>	G	2015-11-30		Analyse à approfondir	
Direction du programme SAPA	1516-BNY-002	Agression d'un usager par un autre	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ajout d'un détecteur de mouvement à l'entrée de la porte</li> <li>Grille de surveillance des mesures de contrôles</li> <li>Grille de surveillance de comportement perturbateur</li> <li>Ajustement de la médication</li> <li>Répondre immédiatement lorsque sonne détecteur de mouvement</li> <li>Maintenir une surveillance usuelle</li> <li>Compléter grille de surveillance</li> </ul>	G				
Direction du programme SAPA	1516-bny-003	Fauteuil roulant et ceinture de maintien	Oui			V			Demande conseil adressée à la DSI pour valider les mesures.

## Tableau intégré - Événements sentinelles

Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgation	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction du programme SAPA	1516-D-001	Chute avec fracture	Oui			G			
Direction du programme SAPA	1516-E-139	Chute	Oui	Vérification auprès de la pharmacie.		J	2016-07-27		En cours
Direction des soins infirmiers	1617-001	Traitement: Non respect d'une procédure	Oui	Configurer l'appareil en ajoutant les options désirées (le vide d'air de la tubulure réchauffe sang sera une étape à effectuer et non plus optionnelle)		G	N.D.	2016-04-19	
Direction du programme SAPA	1617-005	Autre: Corps non identifié	N/A	Mémo élaboré. Lors d'un décès le corps devra être identifié avec un bracelet d'identification.		G	N.D.	2016-07-14	
Direction du programme SAPA	1617-006	Médicament: Erreur de fréquence 3 Mx impliqués		Élaboration d'un plan d'action par l'employée. Spécification des attentes		G	N.D.	2016-08-16	
Direction du programme SAPA	1617-002	Chute de la toilette	Oui	Réévaluation des besoins de Mme suite à son hospitalisation et référence à l'équipe de réadaptation au besoin. Réitérer les consignes de sécurité en lien avec les transferts et déplacements		G	N.D.	2016-04-24	

## Tableau intégré - Événements sentinelles

Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgateion	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction du programme SAPA	1617-003	Médicament: Non respect d'une procédure	Oui	Rencontre inf asi Intervention téléphonique 2016-04-21 inf aux qui a administré la médication	Évaluer la nécessité de faire procédure admission convalescence avec étapes Lorsque changement FADM, associer intervention au casier de médicament Retour sur les principes d'administration sécuritaire des médicaments et importance de valider le FADM avant administration	J	N.D.		2016-11-11 - Procédure à élaborer et échéancier à définir.
Direction du programme SAPA	1617-009	Chute entraînant décès		Formation des infirmières et infirmières auxiliaires portant sur l'évaluation de l'efficacité des antipsychotiques PRN, les éléments de surveillance et les conditions d'administration. 2016-09-30 Message quant au rôle de vigilance continue 2016-07-15 Message quant à l'évaluation du risque de chute 2016-07-15	Sensibiliser ou formation au SCPD 2017-03-31	V	N.D.	2017-03-31	
Direction des services multidisciplinaires	1617-010	Laboratoire: Résultats de laboratoire erronés	N/A	Les unités de soins et cliniques ont été avisés Communiqué envoyé à l'ensemble des gestionnaires Émission de rapport correctifs pour chacun des résultats (12)	Suivi à faire avec la DRI pour identifier la cause et les actions	V			Événement basculé dans le registre de la DRI
Direction des services techniques	1617-011	Laboratoire: Eau déminéralisée contaminée	NA		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) Installer un filtre résine (demande faite) Couvrir les tuyaux afin d'éviter la propagation des bactéries	V			Rencontre avec les gestionnaires du GBM et Labo



## Tableau intégré - Événements sentinelles

## Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgation	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction du programme SAPA	1617-004	Chute trouvé par terre	Oui	Faire un retour auprès des non-professionnels quant à l'importance de mettre et appliquer les mesures de précautions universelles en prévention des chutes, telle que le port de chaussures antidérapantes.		G	N.D.	2016-04-24	
Direction du programme SAPA	1617-006	Médicament: erreur de fréquence		Élaboration d'un plan d'action par l'employée. Spécification des attentes envers l'employé Rappel sur la DSI-Qual-005 dans les CHSLD A/E (pourrait même s'étendre à l'hébergement rive-sud) Lors de TSO, offrir 15 minutes de pause supplémentaire à l'employé entre les 2 quarts de travail. Lors de TS réaménager le temps de pause de l'employé en début de quart de travail. Un avis courriel aux autres chefs d'unité à l'hébergement d'Arthabaska et de		G		2016-08-16	
Direction des services professionnels et de la pertinence clinique	1617-014	Autre: Personnel de garde oublié par téléphoniste	N/A	Rencontre avec les gestionnaires des secteurs concernés afin d'éviter la récurrence. Procédure en révision par les membres du comité.	Procédure en révision et rédaction par les membres du comité. 2016-11-28 Diffuser ensuite de la procédure	V	N.D.		
Direction des services professionnels et de la pertinence clinique	1617-015	Équipement: Déversement de BCG	N/A	Mise sous tension et réalisation des actions prévues au plan des mesures urgences.		G	N.D.	2016-09-20	

## Tableau intégré - Événements sentinelles

Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgation	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction du programme SAPA	1617-007	Chute	Oui	Dégager le passage en tout temps sauf la marchette qui doit être à la portée de l'utilisateur Réunir l'équipe de réadaptation dès que le résultat du risque de chute est élevé et qu'un déficit cognitif est connu.		G	N.D.	2016-04-29	
Direction du programme SAPA	1617-008	Chute avec fracture	Oui		Formation des infirmières et infirmières auxiliaires portant sur l'évaluation de l'efficacité des antipsychotiques PRN, les éléments de surveillance et les conditions d'administration. 2016-09-30 Message à relancer quant au rôle de vigilance continue 2016-	G			
Direction des services professionnels et de la pertinence clinique	1617-012	Traitement: Échec diagnostic	Oui	Soutien à la famille et à l'utilisateur Suivi fait auprès du médecin Rencontre faite par la gestionnaire et le personnel impliqué. Prise en charge de l'évaluation du dossier par un comité expert.		G	N.D.	2016-06-22	En attente du retour du GBM

## Tableau intégré - Événements sentinelles

Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgation	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction des services multidisciplinaires	1617-013	Traitement: Erreur de débit oxygène	Oui	Les physiothérapeutes iront évaluer les usagers avec des problèmes respiratoires ou oxygénodépendant à la chambre avant la première séance. Note de service faite. Formation des physiothérapeutes sur l'utilisation des bombonnes oxygène et débitmètre. Évaluation de la condition respiratoire de l'utilisateur O2 dépendant par l'infirmière avant son départ en physiothérapie. Le personnel de la réadaptation reconduira les usagers à l'unité de soins lorsque la condition clinique de celui-ci sera précaire et nécessitant des soins ou évaluation.	Inscrire sur la requête les informations pertinentes (O2 dépendant) par les inf du suivi clinique)	G	N.D.	2016-09-07	
Direction du programme SAPA	1617-016	Chute avec fracture contribuant au décès	Oui	Évaluation physique de la résidente, transfert au HCM. Vérification des lieux de l'accident.		G	N.D.	2016-05-30	
Direction du programme SAPA	1617-017	Chute avec fracture	Oui	Ajustement des mesures alternatives suite à la Fx et aux changements de mobilité		G	N.D.	2016-06-03	
Direction du programme SAPA	1617-018	Chute avec fracture	Oui	Réévaluation du risque de chute Recommandation d'effectuer des trouneés visuelles aux 30 minutes la nuit. Ajustement de la Mx pour diminuer l'agressivité de Mme		G	N.D.	2016-08-29	
Direction du programme SAPA	1617-019	Chute avec fracture	Oui			G	N.D.	2016-08-29	
Direction du programme SAPA	1617-020	Autre: Plaie de pression	Oui	Sensibilisation du personnel de l'UMI sur l'importance de l'évaluation et des notes au dossier.	Rencontre d'équipe par la gestionnaire : Importance de détailler les notes d'observation Présentation des stades des plaies de pression et expliquer d'avantage le stade LTPS si possible par inf. conseillère en soins de plaies (8 septembre)	G	N.D.	2016-09-09	

## Tableau intégré - Événements sentinelles

Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgateion	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction du programme SAPA	1617-021	Chute avec fracture	Oui	Superviser la résidente Moniteur de mobilité au fauteuil depuis le 24 mai		G	N.D.	2016-06-20	
Direction du programme SAPA	1617-022	Chute avec fracture	Oui	Supervision lors des déplacements		G	N.D.	2016-06-21	
Direction du programme SAPA	1617-023	Chute avec fracture	Oui	Enquête en cours	Corriger problème HTO Supervision lors des déplacements dès son retour du CH	G	N.D.	2016-06-21	
Direction du programme SAPA	1617-024	Agression entre résidents	Oui	Enquête en cours	Maintien de porte fermée chambre du résident agresseur Ajout de détecteur de mouvements entrée de la chambre résident agresseur et bien valider qui entre lorsqu'il se fait entendre Alerte équipes soins observer comportement agressivité de résident pour intervenir et optimiser la sécurité des autres résidents et équipes soins Alerte équipe soins lorsque résidente agressée se dirige vers chambre #114 de rediriger autres directions Ajout de rideau pour dissimuler la porte de chambre 114	G	N.D.	2016-07-27	
Direction des services professionnels et de la pertinence clinique	1617-025	Chute avec fracture	Oui	Maintenir le dépistage des chuteurs et la mise en place des mesures alternatives pour éviter les chutes et les mesures de contrôle. Vigie sur l'utilisation de l'échelle de Morse pour chaque usager ainsi que la prise en charge du résultat obtenu par ASI. Surveillance des		G	N.D.	2016-07-19	
Direction programme santé mentale adulte et dépendance	1617-026	Autre: Décès à son domicile	Oui		Travailler la collaboration avec les intervenants du volet hospitalier. Il y a Co-gestion médicale dans le processus de collaboration. notes du SIM intégrées dans le dossier de Trois-Rivières. Les remplacements pour les postes d'infirmière au SIM sont	G		2017-02-28	

## Tableau intégré - Événements sentinelles

Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgation	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction programme déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique	1617-027	Chute du lit	Oui	Revision avec le gestionnaire.Cet événement n'est pas sentinelle.		G	N.D.		
Direction programme déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique	1617-028	Chute: Perte d'équilibre occasionnant la chute	Oui	Revision avec le gestionnaire.Cet événement n'est pas sentinelle.		G	N.D.		
Direction programme santé mentale adulte et dépendance	1617-029	Agression	Oui	Plan de service mis en place. Lors de sa prochaine admission personnel va évaluer l'usager au module sécuritaire et s'assurer qu'il comprend les règles de l'unité.		G	N.D.	2016-06-02	
Direction programme santé mentale adulte et dépendance	1617-030	Autre: Suicide à domicile	Oui	Aucune	Aucune	G	N.D.		
Direction programme santé mentale adulte et dépendance	1617-031	Autre: Tentative de suicide	Oui	Aucune inscrite / liée à la personne touchée		G	N.D.		
Direction des soins infirmiers	1617-032	Autre: Erreur identification	Oui	Rencontre avec les 2 familles impliquées par la directrice du secteur Rappel de l'importance de la double identification en rencontre d'équipe Mémo envoyé à l'ensemble du personnel Changement du rôle des coordonateurs qui doivent recevoir les familles qui demandent de voir un responsable de l'établissement Accueil et accompagnement des Agents de sécurité lors du transfert de corps vers la maison funéraire	Formation en GDR des coordonateurs (Automne 2016) Application de la MSI suite à sa diffusion ( en attente du MSSS) Suite à sa diffusion , révision de la MSI et ajustement pour l'interne au besoin Rencontre avec l'ensemble des maisons funéraires Mise en place d'un registre de signature pour les maisons funéraires Mise en place d'une procédure sur la disposition des dépouilles à venir Double identification de l'identité des dépouille faite à la	V	N.D.		

## Tableau intégré - Événements sentinelles

Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgation	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction programme déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique	1617-033	Chute chaise d'aisance	Oui	En tout temps, pour un client qui est sous une mesure alternative, un coussin d'alarme par exemple, si vous mobilisez le client, que ce dernier n'est plus protégé par la mesure, vous devez alors assurer une surveillance constante tant que le client n'est pas protégé à nouveau par la mesure (coussin alarme, ceinture alarme, etc.) Rencontrer l'infirmière qui a laissé le client seul, pour l'informer de ne plus procéder de cette manière.		G	N.D.	2016-06-09	
Direction du programme SAPA	1617-034	Chute avec fracture hanche	Oui	Évaluation physique de la résidente, transfert au HCM.		G	N.D.	2016-06-21	
Direction des soins infirmiers	1617-035	Chute avec hématome	Oui	Référence à la réadaptation Modificaiotn des mesures alternatives		G	N.D.	2016-06-29	
Direction du programme SAPA	1617-036	Chute avec fracture	Oui	Enquête en cours		G	N.D.	2016-08-04	
Direction des soins infirmiers	1617-037	Chute avec hématome au bras	Oui	Le personnel de l'unité ou le médecin traitant avisera l'ICM lors de la présence d'hématome pouvant compromettre la coronarographie.		G	N.D.	2016-07-27	

## Tableau intégré - Événements sentinelles

Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgation	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction des services multidisciplinaires	1617-039	Médicament: Emballage similaire pour 2 produits	N/A	Le personnel du HSM a avisé la GDR GDR a avisé la pharmacie et recensement fait pour identifier les endroits où l'on utilise ces produits. HSM a identifié et déposé dans un sac la boîte de bicarbonate de sodiumAutres endroits : utilisation d'étiquettes apposées sur la boîte de bicarbonate de sodiumÉviter que les boîtes similaires se retrouvent dans les réserves de médicaments côte à côte (Armoire de nuit / Commun / Trousse): Avis envoyé aux pharmaciens de tous les sites. Vérification faite pour obtenir un produit alternatif pour éliminer le risque et impossibilité. Plainte formulée à la compagnie "Hospira" : utilisation de couleurs similaires GACEEQ a été avisée de cette constatation afin qu'elle diffuse le risque à tous les membres et effectue des pressions auprès de la compagnie également pour modifier l'emballage.Note de service conjointe pharmacie et GDR au personnel, aux gestionnaires et médecins afin de demander leur collaboration en lien avec le changement de contrat, donc apparence de certains produits pourrait être modifiée. Une note de service sera diffusée afin d'augmenter la vigilance du personnel et des médecins.		G	N.D.	2016-07-26	
Direction des services professionnels et de la pertinence clinique	1617-038	Imagerie: Erreur de lecture	Oui	Le médecin impliqué fera lire toutes les Rx par le radiologiste .		G	N.D.	2016-07-08	

## Tableau intégré - Événements sentinelles

Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgateion	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction du programme SAPA	1617-040	Chute avec fracture hanche	Oui	Abaisser la pôle dans tous les garde-robes de l'UCDG - La pôle devrait être à 140 cm du sol dans toutes les chambres de l'UCDG. Un espace suffisant entre la pôle et la tablette doit être respecté pour accrocher les cintres efficacement (environ 10 cm).		G	2016-06-14	2016-11-10	
Direction des services professionnels et de la pertinence clinique	1617-041	Autre: Sortie médiatisée	Oui	Rencontre avec les employés impliqués pour relever la version des faits. Aviser le personnel des lignes de presse et souligner l'importance de la confidentialité Rencontre pour souligner le fait que les	Modifier la réception du formulaire de déclaration des situations dangereuses pour les employés. : Apposer la date de réception.	G	N.D.	2016-10-18	
Direction programme santé mentale adulte et dépendance	1617-042	Agression entre deux usagers	Oui		Notice à partir de l'urgence sur la demande d'admission relié aux comportements antisociaux potentiels	G	N.D.	2016-09-19	
Direction du programme SAPA	1617-043	Chute avec fx	Oui		Réponse rapide aux systèmes de cloches	G	N.D.	2016-10-13	
Direction du programme SAPA	1617-044	Chute avec fx	Oui		S'assurer de la bonne utilisation des coussins sonores en les sensibilisant à être vigilent à bien les utiliser.	G	N.D.	2016-08-29	
Direction du programme SAPA	1617-045	Autre: Piégeage de lit	Oui		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	V	N.D.		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 1e



## Tableau intégré - Événements sentinelles

Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgation	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction programme santé mentale adulte et dépendance	1617-046	Chute	Oui		S'assurer que l'usagère procède à ses transferts de façon sécuritaire	G	N.D.	2016-09-23	
Direction du programme SAPA	1617-048	Autre: Bris de confidentialité	Non		Rencontre et remise de la politique	G		2016-09-26	
Direction du programme SAPA	1617-049	Autre: Ouverture des fenêtres	N/A	Plan de mise aux normes élaborées par le service technique	dégagement de fond pour la mise aux normes	G	N.D.	2016-12-19	
Direction programme santé mentale adulte et dépendance	1617-047	Chute sortie de voiture	Oui		Assoir M. à l'arrière de la voiture afin d'utiliser les barrures de sécurité empêchant d'ouvrir la porte de l'intérieure Accompagner M. jusqu'à l'intérieur du CH, l'assoir et placer sa marchette en face de lui et lui répéter les consignes de ne pas circuler seul sans sa marchette. Possibilité de demander que M. soit accompagné par deux personnes advenant qu'il n'est pas sécuritaire de le laisser seul le temps que l'employé stationne sa voiture.	G	N.D.	2016-08-23	
Direction des services professionnels et de la pertinence clinique	1617-050	Autre: Piégeage au fauteuil gériatrique.	Oui	Mettre en place des mesures de surveillance dès la première utilisation du fauteuil gériatrique (Utilisation stricte de la grille de surveillance des mesures de contrôle au dossier) 2016-08-03 Confirmer l'utilisation du fauteuil gériatrique avec le personnel de la réadaptation : vérifier dans l'évaluation initiale de la réadaptation que le fauteuil gériatrique est adapté à l'état de l'usager. 2016-08-03		G	N.D.	2016-08-02	
Direction des soins infirmiers	1617-051	Médicament: Administration 8 mg IV d'ativan	Oui	Ajout d'une alerte au système de la pharmacie lorsque la dose d'Ativan IV sera supérieure à 4mg par dose. Rencontre avec le personnel soignant afin de les sensibiliser sur l'importance de valider les prescriptions		G	N.D.	2016-07-22	

## Tableau intégré - Événements sentinelles

Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgateion	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction programme jeunesse - famille	1617-052	Autre: Perte d'agenda de travail	Oui	Rédaction d'une lettre de divulgation pour tous les usagers identifiés Lettre envoyée aux usagers concernés		G	N.D.	2016-08-09	
Direction des soins infirmiers	1617-054	Médicament: Réaction allergique				V	N.D.		En cours - suivi 2017-02-04 pour déterminer s'il s'agit d'un événement sentinelle
Direction des services professionnels et de la pertinence clinique	1617-053	Autre: Congé donné avec résultats anormaux	Oui		Auto-formation sur les notes au dossier Audit du dossier Évaluation de la procédure au Labo concernant les valeurs critiques Révision de la procédure de réévaluation lors ETG (ex patient	V	N.D.		En cours
Direction des soins infirmiers	1617-055	Chute avec fracture	Oui	PTI risque de chute adéquat pour l'usagère		G	N.D.	2016-08-09	
Direction du programme SAPA	1617-056	Autre: Obstruction respiratoire causant décès	Oui			G	N.D.	2016-11-10	
Direction du programme SAPA	1617-058	Autre: Fracture d'origine inconnue	Oui		Proposer de maintenir à jour connaissance spécifiquement sur l'examen physique de la personne âgée	V	N.D.		

## Tableau intégré - Événements sentinelles

Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgation	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction du programme SAPA	1617-057	Médicament Erreur de dosage Zyprexa	Oui		Le pharmacien avisera le médecin à la prochaine rencontre du CMDP.	G	N.D.		
Direction des soins infirmiers	1617-059	Chute d'une fenêtre	Oui	Fenêtre réparée suite à l'événement, l'ouverture est conforme au code du bâtiment.	Plan visant le contrôle de l'ouverture des fenêtres à venir	G	N.D.	2016-11-09	Transmis à la DST
Direction des services professionnels et de la pertinence clinique	1617-060	Agression	Oui	Analyse des rapports post-événements de 2012-2016 (été 2016) Rappel de formation OMÉGA pour le personnel qui a déjà eu cette formation (10 novembre 2016) Formation OMÉGA pour le personnel qui ne la jamais eu (Décembre 2016) Rappel de la procédure de CODE Blanc (Automne 2016) Retour systématique sur chacun des codes blancs : Rapport post événement (Fait, Audit à faire)	Formation sur l'évaluation de la condition mentale (Hiver 2016) ACTIONS À LONG TERME : 2016 à 2018 Révision de la formation OMÉGA et règles de sécurité relativement au matériel autorisé dans les salles d'isolement. Révision de l'utilisation du bouclier lors de la révision du document d'encadrement sur les codes blancs pour l'ensemble du CIUSSS MCQ. Instaurer biannuellement des pratiques de code blanc (pour les équipes jour-soir-nuit) dans les urgences du CIUSS MCQ en collaboration avec les intervenants en psychiatrie et les agents de sécurité.	V	Actions ciblées au secteur : Hiver 2016  Actions organisationnelles : 2018		En cours

## Tableau intégré - Événements sentinelles

Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgation	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction du programme SAPA	1617-061	Chute au côté du lit	Oui		Augmenter la surveillance auprès de la clientèle présentant des troubles cognitifs ayant reçu un analgésique Mise en place d'affiche sur les besoins du patient au chevet de chaque patient, Ex : le type d'accessoire de marche, % de mise en charge permise, déplacement requis avec intervenant, capacité de la distance de marche etc. Formation OMÉGA pour les intervenants qui ne l'ont jamais eu (Automne 2016)	G	N.D.	2016-09-18	
Direction programme santé mentale adulte et dépendance	1617-062	Autre: Suivi de traitement	Oui	Les employés ont tous été rencontrés afin de les sensibiliser sur leurs responsabilités face aux résidents Ajouter une feuille d'information pour le Clozaril Rafraîchissement des connaissances en lien avec la Loi 90	Rappel de procédure pré-code et code blanc (Automne 2016)	G	N.D.	2016-11-14	
Direction du programme SAPA	1617-063	Chute au côté du lit	Oui		Formation sur l'évaluation de la condition mentale (Hiver 2016)	G	N.D.	2016-09-11	
Direction du programme SAPA	1617-064	Autre: Décès dans son lit	Oui	Aucune mesure à mettre en place	Aucune mesure à mettre en place	G	N.D.	2016-07-15	
Direction du programme SAPA	1617-065	Autre: Décès arrêt cardiorespiratoire	Oui	Réitérer l'importance de débiter les manœuvres de RCR au moment de la découverte d'une personne présentant un ACR Documenter tout refus de traitement, par un écrit minimalement ou par un refus de traitement signé de la part de l'utilisateur qui est apte		G	N.D.	2016-08-09	

## Tableau intégré - Événements sentinelles

Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgation	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction du programme SAPA	1617-066	Chute fracture poignet gauche	Oui		Fauteuil roulant à proximité du lit Vigilance pour le délai de réponse au moniteur de mobilité Désencombrement de la chambre	G	N.D.	2016-09-16	
Direction du programme SAPA	1617-067	Chute avec fracture	Oui	Installer Mme au lit pour la nuit et faire des tournées visuelles aux 30 minutes pour s'assurer qu'elle n'est pas retournée dans son fauteuil. Réitérer les consignes de sécurité à Mme en lien avec les transferts/déplacements et sommeil sécuritaire au lit.	Remplacer le fauteuil berçant à la chambre de Mme pour un modèle correspondant mieux à ses besoins.	G	N.D.	2016-09-06	
Direction du programme SAPA	1617-068	chute fracture hanche droite	Oui		Réitérer les consignes de sécurité en lien avec la prévention des chutes auprès de Mme Réévaluer le risque de chute de Mme lors de son retour à la R.I.	G	N.D.	2016-09-08	
Direction du programme SAPA	1617-069	Chute fracture humérus distal droit	Oui	S'assurer d'avoir une clé accessible en tout temps pour débarrer la porte des salles de bain communes, sur chaque unité	Réitérer les consignes en lien avec la prévention des chutes, lors d'aide aux transferts et déplacements auprès des PABs Réitérer les consignes de sécurité auprès de Mme de toujours demander aide aux transferts et déplacements. Réitérer à Mme qu'il n'est pas sécuritaire de barrer la porte de l'endroit où elle se trouve	G	N.D.	2016-07-27	
Direction programme santé mentale adulte et dépendance	1617-070	Autre: Suicide à domicile	Oui		Respect du protocole de l'évaluation du risque suicidaire Rappel d'inscrire le code de couleur de l'évaluation du risque suicidaire à l'intervenant pivot au dossier.	G	N.D.	2016-10-01	
Direction des services techniques	1617-072	Code rouge				V	N.D.		Analyse en cours
Direction du programme SAPA	1617-071	Chute avec fracture	Oui		L'enquête ne nous a pas permis d'établir un plan d'action. La chute est un événement accidentel et isolé.	G	N.D.	2016-08-29	

## Tableau intégré - Événements sentinelles

Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgation	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction programme jeunesse - famille	1617-073	Autre : Tentative de suicide / Agression	Oui			V	N.D.		Rencontre à planifier avec tous les intervenants impliqués
Direction du programme SAPA	1617-074	Chute avec fracture du nez, fracture maxillaire D et fracture épine nasale inf.	Oui		Mesures non réalisés car résident relocalisé en CHSLD	G	N.D.	2016-09-08	
Direction de la logistique	1617-076	Autre: Confusion de la destination de transport	N/A		Modification du formulaire (requête de demande de transport afin d'indiquer l'adresse complète) Fournir une liste des établissements et adresses à toutes les unités de soins. Ne plus utiliser les acronymes	G	N.D.	2016-11-25	
Direction des services multidisciplinaires	1617-077	Laboratoire: Résultats erronés	N/A	Compagnie de l'appareil avisée Enquête en cours	Validation de la technique utilisée	V	N.D.		
Direction du programme SAPA	1617-075	Chute avec fracture	Oui	Aucune action supplémentaire ne peut prévenir la récurrence de cet événement. L'examen physique de M. aurait dû être fait au sol avant de le lever et de l'installer au lit.		V	N.D.		

## Tableau intégré - Événements sentinelles

Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgation	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction des services multidisciplinaires	1617-078	Médicament: Erreur de concentration dans une perfusion épidurale	Oui	Rappel au personnel de la pharmacie concernant l'importance de la lecture de la prescription et validation par le pharmacien (filet de sécurité)		G	N.D.	2016-11-25	
Direction du programme SAPA	1617-079	Chute avec fracture hanche	Oui		Aucune action corrective à mettre en place car la chute ne pouvait être prévenue.	G	N.D.		
Direction du programme SAPA	1617-080	Chute avec fracture hanche	Oui		Moniteur au lit et au fauteuil	G	N.D.	2016-09-16	
Direction des services multidisciplinaires	1617-081	Imagerie: Installation d'une canule à l'envers	Oui		Rencontrer les technologues pour effectuer un rappel sur l'insertion sécuritaire des canules rectales : 29 juillet 2016 Préciser le mode de fonctionnement lors de scan de contrôle post-op : 29 juillet 2016 Aviser les chirurgiens lorsqu'un scan avec contraste est prescrit afin d'obtenir l'autorisation de procéder. : 29 juillet 2016 Inscrire sur la requête si l'utilisation du contraste est contre-	G	N.D.	2016-08-12	

## Tableau intégré - Événements sentinelles

## Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgateion	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction des services professionnels et de la pertinence clinique	1617-083	Autre: Résultats avec aucune mention de suivi	NA	<p>Revision de chaque resultat par l'assistante infirmière-chef pour prioriser le suivi. Rendez-vous donné pour les usagers ayant un diagnostic sombre. Chef des services centrale de rendez-vous et transcription médicale avisé de la situation. Création d'un registre pour retracer chaque usager. Actions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Révision de toutes les requêtes ayant eu un suivi par un autre médecin ou ayant eu un examen complémentaire . Soit 194 requêtes.</li> <li>Demandes de rendez-vous et examen complémentaires demandé aux différents services.</li> <li><input type="checkbox"/> Céduler tous les usagers n'ayant pas eu de suivi soit 108 requêtes</li> </ul>	Court et long terme S'assurer d'avoir un document de référence afin de connaître les conséquences / préjudices possibles.	G	N.D.	2017-02-15	
Direction du programme SAPA	1617-084	Chute avec fracture				G	N.D.	2016-11-10	
Direction du programme SAPA	1617-085	Chute avec Fracture				G	N.D.	2016-12-08	
Direction des services multidisciplinaires	1617-082	Imagerie: Oxygène non remis après radiographie	Oui		Rappel au personnel de l'imagerie médicale et aux brancardiers de la procédure lors du retour des usagers à l'urgence. Note de service rédigée : Aviser le personnel lors du retour de l'utilisateur à l'urgence.	V	N.D.		En attente d'info de la DSI Pratique validé auprès des gestionnaires (événement à fermer)
Direction du programme SAPA	1617-087	Chute avec fracture	Oui			G	N.D.	2016-08-05	



## Tableau intégré - Événements sentinelles

## Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgation	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction du programme SAPA	1617-086	Chute avec fracture	Oui	Oui	assurer surveillance selon protocole	G	N.D.	2016-10-13	
Direction du programme SAPA	1617-088	Chute avec fracture	Oui		S'assurer de compléter les documents d'évaluation obligatoires à l'admission dans les délais prévus	G	N.D.	2016-08-04	
Direction du programme SAPA	1617-089	Chute avec fracture	Oui		Tournée visuelle régulière durant la nuit. Rassurer résidente lorsque présente anxiété relié au manque de sommeil	G	N.D.	2016-10-13	
Direction du programme SAPA	1617-090	Chute avec fracture	Oui		Réexpliquer la procédure de soins « Intervention lors de chute avec ou sans conséquence chez un usager en RNI », précisément la section 6 Surveillance.	G	N.D.	2016-09-08	
Direction du programme SAPA	1617-091	Chute avec fracture	Oui		Réitérer les consignes de sécurité à Mme, soit d'attendre l'aide demandée avant d'effectuer ses déplacements Effectuer le dépistage des facteurs de risque de chute selon les délais identifiés	G	N.D.	2016-08-17	
Direction du programme SAPA	1617-092	Chute avec fracture	Oui	Ajouter des affiches a/n des portes de salles de bain indiquant qu'elles sont occupés ou libres. Prioriser une approche par le toucher avant la parole pour éviter l'effet de surprise		G	N.D.	2016-08-09	
Direction du programme SAPA	1617-093	Chute avec fracture	Oui		aucune nouvelle mesure à mettre en place	G	N.D.	2016-08-09	
Direction programme santé mentale adulte et dépendance	1617-095	Autre: Tentative de suicide				V			En cours

## Tableau intégré - Événements sentinelles

Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgation	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction du programme SAPA	1617-094	Chute avec fracture	Oui			G	N.D.	2016-11-10	
Direction du programme SAPA	1617-096	Autre: Fugue	Oui	Une balise de repérage GPS sera mise à l'essai X 1 mois à compter du 7 juillet 2016		G		Terminé	
Direction du programme SAPA	1617-097	Chute avec fracture	Oui	Aucune mesure à mettre en place		G		Terminé 2016-08-29	
Direction du programme SAPA	1617-098	Chute avec fracture de la hanche	Oui	Faire des rappels au PAB aux réunions d'équipes spécifiquement pour aile UP-3 (inclure dans la liste des sujets à aborder pour les rappels)		G		Terminé 2016-09-12	
Direction du programme SAPA	1617-099	Chute avec fracture de la hanche	Oui	Mise en place d'un système de contrôle des mouvements au coucher au résident identifié à risque de chute Intensifier la surveillance par les PAB pour les deux premières semaines de l'arrivée du résident qui présente un risque de chute Évaluer les capacités du nouveau résident considéré à risque de chute et mettre un plan d'action en place pour diminuer les risques de chutes		G	2016-10-31	2016-12-15	
Direction du programme SAPA	1617-100	Chute avec fracture des cotes 8-9 coté droit	Oui	Réitérer les consignes de sécurité à M. en lien avec ses transferts et déplacements		G	N.D.	2016-09-26	

## Tableau intégré - Événements sentinelles

## Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgateion	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction du programme SAPA	1617-101	Chute avec fracture des cotes	Oui	Réitérer les consignes de sécurité à Mme en lien avec l'utilisation de la marchette à chaque fois qu'elle se lève. Appliquer la procédure « intervention lors de chute avec ou sans conséquence chez un usager en RNI à l'intention des préposés »		G	N.D.	Terminé 2016-08-17	
Direction du programme SAPA	1617-102	Chute avec fracture	Oui	Réitérer les consignes de sécurité à M, soit de demander de l'aide lors des transferts et déplacements		G	N.D.	Terminé 2016-09-13	
Direction du programme SAPA	1617-103	Chute	Oui	Référez Mme à l'équipe de réadaptation en raison de ses chutes multiples Réitérer les consignes de sécurité à Mme en lien avec les transferts et déplacements		G	N.D.	Terminé 2016-08-17	
Direction des services professionnels et de la pertinence clinique	1617-104	Chute	Oui		Rencontrer coordination clinique de la gestion des lits (Expliquer cette situation et sensibilisation) 2016 - 09 -30 Contrôle qualité collecte de donnée 1. Audit de qualité 2 dossiers par semaine avec rencontre individuel pour renforcement.	G	2016-12-31	2017-02-13	
Direction des soins infirmiers	1617-105	Chute avec HSD	Oui	Faire un rappel sur l'importance de bien compléter les collectes des données dès l'admission ainsi que l'évaluation du risque de chute en y ajustant le PTI. Rappeler l'importance de l'utilisation des formulaires encadrant l'utilisation des contentions ainsi que d'obtenir le consentement de l'usager et sa famille lors de l'utilisation de mesure de contrôle.		G		2017-01-25	
Direction des services multidisciplinaires	1617-106	Laboratoire: Résultats D-Dimères erronés	Oui	Mise à jour du logiciel par la compagnie le 19 mai 2016. Note de service transmise aux médecins le 26 juillet 2016. Lettre envoyée à tous les médecins pour la		G		2016-12-20	

## Tableau intégré - Événements sentinelles

Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgateion	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction du programme SAPA	1617-108	Piégage de lit		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instaurer les tournées de surveillance aux 30 minutes pour la résidente</li> <li>• S'assurer que les lits soient à leur niveau le plus bas et les mesures alternatives soient en place</li> <li>• Instaurer des tournées de vigilance de façon à ce qu'une surveillance soit faite aux 60 minutes sur les unités</li> </ul>		G		2016-12-06	
Direction des services professionnels et de la pertinence clinique	1617-107	Tentative de suicidaire	Oui	Aucune mesure à mettre en place pour éviter la récurrence. Comportement soudain et imprévisible de l'usager .		G		Terminé	
Direction du programme SAPA	1617-109	chute avec facture	Oui	Référer M. a l'équipe de réadaptation afin d'évaluer sa condition et modifier les mesures alternatives selon la situation.		G		Terminé 2016-08-17	
Direction du programme SAPA	1617-110	Autre: Blessure d'origine inconnue	Oui	Aucune mesure		G		Terminé 2016-08-18	
Direction du programme SAPA	1617-112	Autre: Fugue		Bracelet anti-fugue à coudre sur la casquette + coller au soulier (PTI) Clôture réparé Surveillance constante ou autre moyen alternatif (GPS) Remplir formulaire SCPD (PTI) Évaluation de l'agressivité vs le nombre de cigarette fumé dans la journée (PTI) Réaménagement des plans de travaux PAB		G		2016-11-14	

## Tableau intégré - Événements sentinelles

Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgation	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction programme santé mentale adulte et dépendance	1617-111	Abus agression	Oui	Enquête administrative faite auprès de tous les usagers dans la ressource. Transfert de l'usager dans une autre ressource. Encadrement de l'usager en lien avec le visionnement de pornographie	Ajouter un employé pour le chiffre de nuit. Installer des caméras dans les aires communes	G		Terminé	
Direction du programme SAPA	1617-113	Médicament: Décompte narcotiques	Oui	Les clés des narcotiques doivent toujours être avec un intervenant autorisé, et non laissées dans le chariot SARDM L'ASI en place doit, si ses recherches sont non concluantes, aviser immédiatement la personne en autorité (chef de service ou coordonnatrice 24/7) de la disparition et demander au personnel en place de ne pas quitter l'unité jusqu'à ce qu'ils en aient l'autorisation.		G	N.D.	2016-11-14	
Direction des soins infirmiers	1617-114	Fils quitte sans autorisation avec sa mère hospitalisée	Oui	Augementer la surveillance de l'usagère : - Installer la dame dans une chambre près du poste - Utilisation du bracelet anti-fuge - Demander aux visiteurs de s'identifier		G	N.D.	Terminé 2016-10-03	
Direction programme santé mentale adulte et dépendance	1617-115	Autre: Suicide à domicile	Oui	Enquête en cours		V			Suivi fait en février
Direction du programme SAPA	1617-116	Chute avec fracture	Oui	Aucune mesures à mettre en place		G	N.D.	Terminé 2016-09-16	

## Tableau intégré - Événements sentinelles

Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgation	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction du programme SAPA	1617-117	Chute avec fracture	Oui	Dx : HTO, Démence (non-respect des consignes). Pour empêcher cette chute il aurait fallu contraindre le résident. Le risque était accepté par la famille.		G	N.D.	Terminé 2016-09-16	
Direction du programme SAPA	1617-118	Chute avec fracture	Oui	Augmenter la surveillance des usagers lorsque l'environnement présente des risques connus pour ces derniers		G	N.D.	Terminé 2016-08-29	
Direction du programme SAPA	1617-119	Chute avec fracture	Oui	Respecter la procédure « Intervention lors de chute avec ou sans conséquence chez un usager en ressource non institutionnelle à		G	N.D.	Terminé 2016-08-29	
Direction des soins infirmiers	1617-120	Autre: Délai de traitement	Oui	Ouverture de plage horaire pour éviter les délais de prise en charge Analyse du groupe de médecin déposé	Planifier un calendrier de mise en traitement accéléré pour tous les usagers hors délais Assurer la pérennité des actions	V	N.D.	En cours	09,01,2017: comité d'expert ( MD) mandaté pour évaluer si préjudices causés.
Protection de la jeunesse DPJ-DP	1617-121	Décès	Oui	Enquête en cours		V		En cours	
Direction programme santé mentale adulte et dépendance	1617-122	Autre: Fugue	Oui	L'analyse nous indique qu'aucune mesure additionnelle aurait pu éviter l'événement.		G		2016-12-16	
Direction du programme SAPA	1617-123	Chute avec fracture	Oui	aucune mesure		G	N.D.	Terminé 2016-10-13	

## Tableau intégré - Événements sentinelles

Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgation	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction programme santé mentale adulte et dépendance	1617-124	Autre: Tentative de suicide	Oui	Nous recommandons que le risque suicidaire soit évalué à faible avant d'intégrer l'usagère dans la ressource. Nous recommandons que la ressource obtienne une formation sur l'estimation du risque suicidaire Nous recommandons une formation en lien avec les troubles anxieux et les distorsions cognitives. Nous recommandons que l'ensemble des employés puissent avoir accès aux formations de ARIQ La ressource offre des PRN lors de périodes d'anxiété		V	N.D.	En cours	
Direction du programme SAPA	1617-126	Chute avec fracture	Oui	Lui faire penser de prendre sa marchette Tenter de répondre plus rapidement lorsque son système smart se déclenche.		G		2017-01-13	
Direction du programme SAPA	1617-125	Chute avec fracture	Oui	Aucune mesure		G	N.D.	Terminé 2016-09-13	
Direction du programme SAPA	1617-128	Chute avec fracture	Oui	Aviser les dames de compagnie de basculer le fauteuil de la résidente		V		En cours	

## Tableau intégré - Événements sentinelles

Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgation	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction des services professionnels et de la pertinence clinique	1617-127	Autre: Obstruction des voies respiratoire	Oui	Enquête en cours	Reconduire la texture et la consistance évaluées lors de l'hospitalisation antérieure du patient lorsqu'il existe un historique de dysphagie dans le logiciel de gestion des menus. Rappeler aux infirmières et aux Pab de l'urgence-HDA d'augmenter leur vigilance en s'assurant que le choix de diète correspond à l'usager et ses capacités ou limitations. (5 octobre 2016) Aviser le personnel de l'urgence que le service d'alimentation servira la texture de diète appropriée selon l'historique de l'usager. (5 octobre 2016)	G	2016-10-31	2016-11-28	
Direction du programme SAPA	1617-129	Chute avec fracture	Oui	S'assurer que les cloches d'appel sont dotées d'un système permettant de les fixer afin d'éviter qu'elles se retrouvent hors de portée.		G		Terminé 2016-09-16	
Direction du programme SAPA	1617-130	Chute avec fracture	Oui	Réitérer les consignes de sécurité à Mme en lien avec les déplacements sécuritaires. Transmettre les recommandations de l'équipe de réadaptation de l'UCDG à la R.I.		V	Au retour dans la ressource	En cours	
Direction du programme SAPA	1617-131	Chute	Oui	Enquête en cours	Rencontrer la propriétaire de la résidence afin d'établir un plan d'action pour optimiser la sécurité des usagers	V	A court terme	En cours	
Direction du programme SAPA	1617-132	Chute avec fracture	Oui	Aucune mesure à mettre en place		G		Terminé 2016-09-16	
Direction programme santé mentale adulte et dépendance	1617-133	Chute avec fracture	Oui	Rapport en élaboration		G	A court terme	Terminé	
Direction programme santé mentale adulte et dépendance	1617-135	Suicide à domicile	NA	Aucune mesure suite à l'enquête		G		2016-12-01	



## Tableau intégré - Événements sentinelles

Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgation	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction programme santé mentale adulte et dépendance	1617-134	Autre: Suicide à domicile	Oui	Enquête en cours		V			
Direction des services professionnels et de la pertinence clinique	1617-137	Médicament: Disparition / Vol		Verrouillage des portes des armoires à médicaments Vérification des armoires à médicaments en début de quart de travail par les ASI jour-soir-nuit (Note de service) Déclaration de la disparition à la SQ		G		2016-11-09	
Direction programme jeunesse - famille	1617-136	Délai de traitement	Oui	Enquête en cours	Enquête en cours	V		En cours	
Direction des services professionnels et de la pertinence clinique	1617-140	Autre		Avis au DSP et à la directrice. Révision des dossiers pour s'assurer que prise en charge adéquate des usagers		G		2016-11-09	
Direction des soins infirmiers	1617-139	Chute avec fracture	Oui			G		2016-11-02	
Direction du programme SAPA	1617-141	Chute	Oui			G		2016-10-13	
Direction programme santé mentale adulte et dépendance	1617-142	Autre: suicide à domicile				V	2017-04-01	En cours	

## Tableau intégré - Événements sentinelles

Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgation	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction du programme SAPA	1617-143	Fracture hanche droite	Oui		Refaire un dépistage des facteurs de risque de chute au retour du CH de Mme et revoir les mesures alternatives. Réitérer les consignes de sécurité à Mme en lien avec transferts et déplacements sécuritaires	G		2016-09-26	
Direction du programme SAPA	1617-144	Chute avec fracture	Oui	Enquête en cours		V			
Direction du programme SAPA	1617-145	Chute avec fracture	Oui		Intervenir auprès des usagers lorsqu'ils se mettent à risque lors de transferts ou déplacements	G		2016-10-19	
Direction des soins infirmiers	1617-146	Médicament	Oui	Rencontre avec les conseillère cadre DSI afin d'identifier les mesures à mettre en place en lien avec le circuit du médicament. Observer l'administration des médicaments (Audit) Semaine du 2 octobre Capsule d'informations sur l'administration de la médication pr la DSI (16 octobre) Sensibiliser les équipes sur l'importance de respecter les bonnes pratiques en matière de préparation et administration de la médication		G	N.D.	2016-12-17	
Direction programme santé mentale adulte et dépendance	1617-148	Médicament	Non	Enquête en cours Mise en place d'alerte au logiciel de la pharmacie		V	N.D.		
Direction des services multidisciplinaires	1617-147	Chute	Oui	Vérification de l'état du système SMART auprès du service GBM Mise en place d'une grille permettant l'identification des raisons pour lesquelles l'usager se lève.		G	N.D.	2017-02-09	

## Tableau intégré - Événements sentinelles

Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgation	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction programme santé mentale adulte et dépendance	1617-149	Chute avec fracture	Oui	Installation de séparateur pour la cage de l'escalier. Suggestion : Installation du nouveau téléviseur à écran plat sur support mural		G	N.D.	Terminé 2016-10-01	
Direction des services professionnels et de la pertinence clinique	1617-151	Téléométrie GE				V			En cours
Direction des services professionnels et de la pertinence clinique	1617-150	Autre: Fracture lors de la mobilisation d'un usager	Oui	Acheter une planche de transfert pour faciliter la mobilisation des usagers Rencontrer les équipes pour les sensibiliser sur la situation et expliquer les mesures correctrices à mettre en place. Aviser les chefs de services impliqués afin d'assurer un suivi auprès de leur personnel.	Assurer un suivi des mesures correctrices avec l'équipe médicale.	G	N.D.	2016-10-31	
Direction du programme SAPA	1617-152	Chute avec fracture	Oui	Accompagner et demeurer auprès des usagers à la salle de bain, davantage lorsqu'ils présentent une faiblesse des membres inférieurs		G		Terminé 2016-10-11	
Direction du programme SAPA	1617-153	Chute avec fracture	Oui	Réitérer les consignes de sécurité à la résidente Maintenir les mesures alternatives en place		G	N.D.	Terminé 2016-10-11	
Direction du programme SAPA	1617-154	Chute avec fracture	Oui			G		2016-12-06	
Direction du programme SAPA	1617-155	Chute avec fracture	Oui	Clarifier via lotus le rôle de l'inf. lors du transfert au CH	Validation de l'état du client en entrant dans la chambre (Vérifier SMAF) + plan travail Clarté des rôles inf. et inf.aux , PAB.	J		2016-10-31	

## Tableau intégré - Événements sentinelles

## Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgation	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction du programme SAPA	1617-157	Chute avec fracture		Enquête en cours		V			
Direction des services professionnels et de la pertinence clinique	1617-156	Autre: Usagère admission retrouvée au sol	Oui	Poursuivre les audits des triages (10 traiges par période) avec remise des résultats en personne à l'infirmière visée par l'ASI ayant	Faire une étude de cas avec cette situation en rencontre d'équipe (Hiver 2017)	V		2017-03-31	
Direction des services professionnels et de la pertinence clinique	1617-158	Autre: Tentative de suicide	Oui	Rendre disponible des jaquettes anti-suicide à l'urgence(tous les usagers de la santé mentale)		V	N.D.		
Direction des soins infirmiers	1617-159	Chute	Oui	Rappel aux infirmières de documenter le suivi post chute (2 nov 2016)	Sensibilisation équipe de soir pour l'organisation du travail ; inf. auxiliaire doit aviser l'infirmière si une évaluation est nécessaire et cette dernière doit l'effectuer et la documenter au dossier	V	N.D.		
Direction des services professionnels et de la pertinence clinique	1617-160	Chute avec impact crânien	Oui	Faire une mise à niveau des PTI auprès des infirmières (Automne 2016) Transmettre aux coordonnateurs d'activités les actions attendues lors de la réalisation d'un événement sentinelle. (2016-11-02) Évaluer le risque de chute à l'admission et procéder à l'évaluation clinique de l'usager (Audit clinique chaque semaine ad janvier 2017)		G	N.D.	Terminé 2016-11-17	
Direction du programme SAPA	1617-161	Chute avec fracture	Oui	Aucune mesure		G	N.D.	Terminé 2016-11-18	
Direction des soins infirmiers	1617-162	Chute avec fracture	Oui	L'analyse nous indique qu'aucune mesure additionnelle aurait pu éviter la chute. La dame était autonome dans ces activités et n'était pas		G	N.D.	Terminé 2016-11-11	
Direction programme jeunesse - famille	1617-164	Unité de mesures balance			La balance a été calibrée en kilogrammes par le service du biomed.	G	N.D.	2017-01-16	
Direction programme santé mentale adulte et dépendance	1617-163	Autre ; Tentative de suicide	Oui	Aucune		G	N.D.	2017-02-04	

## Tableau intégré - Événements sentinelles

Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgation	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction du programme SAPA	1617-165	Chute entraînant décès	Oui	Aucune		G	N.D.	Terminé 2016-11-14	
Direction du programme SAPA	1617-166	Chute avec fracture	Oui	Achat de souliers plus adapte Respect de la routine urinaire Évaluation du patron de marche		G	N.D.	Terminé 2016-12-06	
Direction du programme SAPA	1617-167	Chute avec fracture	Oui			G	N.D.	2016-11-22	

## Tableau intégré - Événements sentinelles

Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgation	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction du programme SAPA	1617-168	Chute avec écrasement au niveau vertèbre L2	Oui	Installer moniteur au lit et au fauteuil en tout temps Mettre pinces à couvertures lorsqu'au lit		G	N.D.	Terminé 2016-12-06	
Direction du programme SAPA	1617-169	Chute	Oui	Installation résiderne pres du poste apres le souper jusqu'au coucher Bandeau de protection	Réaménagement des plans de travail pour faire des installations individuelles entre 17h30 et 19h	V	2016-11-28		
Direction du programme SAPA	1617-171	Chute				V			

## Tableau intégré - Événements sentinelles

Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgateion	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction du programme SAPA	1617-172	Chute avec fracture				V			
Direction du programme SAPA	1617-173	Chute avec fracture				V			
Direction du programme SAPA	1617-170	Chute avec luxation hanche droite	Oui	Souliers de Mme non adaptés, talon haut et semelles glissantes. Demande faite à la famille pour souliers mieux adaptés.		G		2016-01-21	
Direction programme santé mentale adulte et dépendance	1617-175	Autre Suicide à domicile	N/A	Analyse en cours		V			
Direction des services professionnels et de la pertinence clinique	1617-174	Autre: Délai communication des résultats de scintigraphie	Oui	Faciliter la réception des résultats critiques sur l'unité en déplaçant le télécopieur dans le poste de garde des infirmières (2016-11-25) Prise en charge rapide des valeurs critiques : Rencontre d'équipe et retour sur l'événement		V		En cours	En attente de la confirmation du gestionnaire pour fermer l'enquête.
Direction des soins infirmiers	1617-177	Chute				V			

## Tableau intégré - Événements sentinelles

Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgateion	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction des soins infirmiers	1617-176	Panne de courant prévu : arrêt des pompes en	Oui	Relier la pompe de surpression au réseau essentiel (2016-11-17) Faire suivre un avis de suivi et	Compléter l'analyse de la possibilité de relier l'éclairage au service essentiel dans ce secteur. (2016-11-18) Standardiser les notes de services en incluant les secteurs	V		En cours	
Direction du programme SAPA	1617-179	chute avec fracture				V			
Direction programme jeunesse - famille	1617-180	Autre: Perte d'agenda				V			
Direction du programme SAPA	1617-181	Chute avec hospitalisation				V			
Direction des services professionnels et de la pertinence clinique	1617-182	Médicament: Erreur de vaccination				V			
Direction des services professionnels et de la pertinence clinique	1617-178	Traitement	Oui	Rencontre de la personne concernée. Rappel aux équipes.		G		Terminé 2016-12-15	
Direction des services professionnels et de la pertinence clinique	1617-183	Chute	Oui	Visite du neurochirurgien et pédiatre Scan fait Père amené à la salle de réveil pour surveillance		V			
Direction des soins infirmiers	1617-184	Alerte	Oui	Identifier les patients touchés par le rappel (ICM et ICPQ) envoi la liste	Rédiger une lettre à toutes les urgences du CIUSSS MCQ Mettre en place la recommandation de la compagnie (suivi à	V			
Direction des soins infirmiers	1617-185	Chute avec impact crânien suspecté	Oui	Aucune mesure ne découle de l'analyse de cet événement.		G		2017-01-05	



## Tableau intégré - Événements sentinelles

## Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgation	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction des services multidisciplinaires	1617-187	Matériel: Perte d'une glacière contenant des spécimens		Enquête en cours		V		En cours	
Direction du programme SAPA	1617-186	Chute avec fracture	Oui	Changement de chambre (chambre plus proche du poste)	Ceinture pelvienne au fauteuil de repos au besoin	G		2016-12-06	
Direction du programme SAPA	1617-188	Chute avec fracture	Oui	Réitérer les consignes de sécurités à Mme; soit de demander de l'aide avant d'effectuer transferts et déplacements Laisser la marchette à portée de main de Mme lorsqu'elle est au fauteuil ou au lit. Suivre les recommandations de la physiothérapeute		G	Au retour dans la ressource	Terminé 2016-12-08	
Direction de la santé publique et responsabilité populationnelle	1617-190	Autre: MADO non déclarées				V	N.D.		
Direction du programme SAPA	1617-189	chute avec fracture	Oui	Accompagner Mme lors de ses transferts Revoir le protocole post-chute avec les PABs de la résidence Accompagner Mme en F.R. lors des déplacements.		G	Au retour dans la ressource	Terminé 2016-12-08	
Direction des soins infirmiers	1617-191	Équipement	Oui	Retrait des cadenas de l'unité. Inf. clinicienne est responsable de la circulation des cadenas (rangé dans son bureau sous clé) Rencontre du personnel : Compléter le cycle de nettoyage par la même personne pour éviter les ambiguïtés.	Rencontre avec le md chef du service pour revoir l'importance de la vérification de la feuille de traçabilité.	V	N.D.	En cours	
Direction du programme SAPA	1617-193	Chute avec fracture	Oui	Augmenter activité individuelle ou de groupe Instauré une routine urinaire		G	2016-12-25	2016-12-16	
Direction programme santé mentale adulte et dépendance	1617-196	Médicament	NA	Enquête en cours		O			

## Tableau intégré - Événements sentinelles

Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgation	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction des soins infirmiers	1617-194	Chute	Oui		Mesures en place pour maintenir l'autonomie de l'usagère dans un contexte de chutes répétitives. Respect du plan d'intervention par les membres de l'équipe. Aucune mesure supplémentaire possible.	G		2016-12-29	
Direction des services professionnels et de la pertinence clinique	1617-197	Médicament	Oui	Réviser les processus de validation au niveau de la pharmacie 1) Questionner l'usage du profil comme source d'information pour les prescriptions 2) S'interroger à savoir si le DSQ aurait pu nous fournir une information plus exacte 3) Est-ce qu'un BCM aurait pu rattraper l'erreur.	Planifier une rencontre avec la famille : transmettre les conclusion de l'analyse.	O			
Direction programme santé mentale adulte et dépendance	1617-198	Chute	Oui	Aucune		G		Terminé	
Direction du programme SAPA	1617-200	Médicament	Oui	Revoir la procédure interne de double identification des usagers Revoir la procédure des 5 bons lors de l'administration de la médication avec les non-professionnels Revoir la méthode utilisées pour optimiser la distribution et administration sécuritaire de la médication Élaborer une procédure référent directement loes non-professionnnels vers le 811 lors d'une erreur de médicament		O			En cours
Direction du programme SAPA	1617-201	Chute	Oui			O			
Direction du programme SAPA	1617-202	Chute	Oui		Réviser les mesures alternatives et les modifiers, selon la situation.	G		2017-01-12	
Direction du programme SAPA	1617-203	Chute	Oui	Aucune mesure		O			
Direction programme jeunesse - famille	1617-205	Autre	Oui			O			
Protection de la jeunesse DPJ-DP	1617-206	Agression	Oui			O			
Direction du programme SAPA	1617-208	Chute				O			
Direction du programme SAPA	1617-209	Chute				O			

## Tableau intégré - Événements sentinelles

Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgateion	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction du programme SAPA	1617-210	Chute				O			
Direction des services multidisciplinaires	1617-212	Médicament: disparition narcotiques	NA	Policiers contactés (Enquête) La clé sera déposée à la fin des quarts Vérification de la conformité du tiroir par la sécurité : conforme Les portes des salles sont verrouillées à la fermeture du service. Une liste des patients vu cette journée et sera remis aux policiers	Révision de la politique : Stupéfiants, drogues contrôlées Révision des procédures dans tous les services imagerie médicale	O			
Direction des services professionnels et de la pertinence clinique	1617-213	Équipement	NA	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 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.	O	2018-03-01		
Direction programme santé mentale adulte et dépendance	1617-207	Autre : Tentative de suicide	Oui	Poursuivre le plan de traitement		O			
Direction du programme SAPA	1617-215	Chute				O			
Direction du programme SAPA	1617-217	Chute				O			
Direction du programme SAPA	1617-218	Chute				O			
Direction programme santé mentale adulte et dépendance	1617-219	Autre: suicide à domicile	NA			O			
Direction du programme SAPA	1617-220	Chute		Réitérer les consignes de sécurité à Mme en lien avec les déplacements sécuritaires.		G		2017-01-25	
Direction du programme SAPA	1617-214	Chute	Oui	Aucune		G		2017-01-21	
Direction des soins infirmiers	1617-222	Médicament non cessé		Analyse en cours		O			

## Tableau intégré - Événements sentinelles

Comité de vigilance et de la qualité

Événements sentinelles = Événement qui demande une analyse approfondie. Deux types: 1) Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques; 2) Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

### Recommandations et suivis - 2016-2017

Information mise à jour

2017-03-31

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

Direction	Numéro d'enquête	Type d'événement	Divulgation	Action	Mesures à prendre	Évolution du dossier	Échéancier	Terminé (date)	Commentaires
Direction des services professionnels et de la pertinence clinique	1617-221	Autre: disparition d'un dossier	Oui	Appel à tous les gestionnaires afin de rechercher le dossier. Recherche fait par les archives (numérisation, départ, médecine de jour, Hospitalisation en provenance de l'urgence) Archives avisées : une note sera au dossier afin de laisser une trace de la disparition (absence d'information) Vérification faite à la buanderie, les dossiers sont parfois déposés dans les taies d'oreillers.		G		2017-01-31	
Direction du programme SAPA	1617-224	Autre: Obstruction respiratoire				O			
Direction des soins infirmiers	1617-223	Chute	Oui	Enquête en cours		O			
Direction des services multidisciplinaires	1617-226	Laboratoire: résultats non émis				O			
Direction des services professionnels et de la pertinence clinique	1617-225	Traitement	Oui	Enquête en cours		O			
Direction du programme SAPA	1617-229	Chute				O			
Direction des services multidisciplinaires	1617-230	Chute				O			
Direction des soins infirmiers	1617-228	Bâtiment: émanation de propane	Oui			O			
Direction des services professionnels et de la pertinence clinique	1617-231	Autre: Délai retard	Oui			O			