

Politique n° : POL-PRO-DG-113	Date d'émission : 2015-02-02
Titre : L'utilisation des données probantes et le processus d'élaboration, d'approbation et de diffusion des écrits administratifs et cliniques	Date de révision : 2024-01-18

Source : Conseil d'administration
Direction générale

Responsable de l'application : Conseil d'administration
Direction générale

Destinataires : Administrateurs du conseil d'administration
Tous les gestionnaires
Personnel de la Résidence
Personnel du Centre de jour
Personnel des Résidences Le 1615 et Le 1625
Les usagers et leurs proches
Les bénévoles et les stagiaires

1. Préambule

L'établissement produit plusieurs documents administratifs et cliniques afin de poursuivre sa mission, d'informer la clientèle des soins et des services offerts, d'encadrer la dispensation de soins et de services de qualité et de respecter les règlements et les lois en vigueur dans le réseau de la santé. Pour ce faire, elle consulte, choisit et utilise des données probantes et issues de la recherche pour contribuer à l'amélioration continue des soins et des services de l'établissement.

Ces documents constituent un cadre de référence important pour les gestionnaires et les membres du personnel. Ils se veulent également une source précieuse d'information pour les bénévoles, les stagiaires ainsi que pour les usagers et leurs proches.

La présente politique explique, dans un premier temps, le processus de choix et d'utilisation des données probantes ou issues de la recherche en vue de l'élaboration des documents de l'établissement.

Par la suite, elle explicite le processus d'élaboration, d'approbation, de diffusion et de révision des documents administratifs et cliniques de l'établissement.

La présente politique fait partie intégrante du programme cadre d'amélioration continue de l'établissement.

2. Objectifs

- Définir une donnée probante et la pratique basée sur les données probantes ;
- Définir le processus de recensement, de choix et d'utilisation des lignes directrices éclairées par des données probantes ou issues de la recherche et le faire connaître aux personnes concernées ;
- Définir les modalités d'élaboration, d'approbation, de diffusion et de révision des écrits administratifs et cliniques et le faire connaître aux administrateurs, aux gestionnaires et au personnel ;
- Définir les modalités de diffusion des documents administratifs et cliniques ;
- Déterminer les modalités de consultation et d'implication des usagers face aux processus ci-dessus nommés ;
- Soutenir la prise de décisions éclairées basées sur la mission, la vision et les valeurs de la Résidence ainsi que sur des données probantes ;
- Supporter les administrateurs dans leur rôle de vigie de l'utilisation par la Résidence d'un processus-cadre éclairé par des données probantes et qui appuie l'excellence et la responsabilisation en matière de gestion.

3. Mise en contexte et définition sur les données probantes

La pratique fondée sur les données probantes est depuis plusieurs années un sujet d'intérêt marqué dans le domaine des sciences de la santé. Initialement, cette pratique a été développée dans le domaine médical, mais elle s'est vite répandue aux autres professions de la santé et de l'éducation. On définit la pratique fondée sur des données probantes comme une approche permettant de prendre une décision clinique en intégrant les meilleures preuves scientifiques, l'expérience clinique et en consultation avec l'utilisateur, afin de choisir l'option qui s'applique le mieux à ce dernier (Sackett et al., 2000).

Chaque usager étant unique, les résultats de la recherche doivent être appliqués de façon à s'adapter à ses besoins particuliers. La culture, les croyances, les valeurs, les attentes et les expériences antérieures de l'usager sont autant d'éléments qui devront être pris en compte.

Quant à l'expérience du professionnel, elle devient surtout utile en l'absence de données scientifiques pour appuyer certaines prises de décisions cliniques. Tonelli (2006) affirme que les cliniciens doivent se servir de leur expérience afin de prendre la meilleure décision clinique pour l'usager, et ce, en maintenant un équilibre entre les interventions prouvées efficaces et celles qui ne le sont pas.

Les données probantes scientifiques sont des sources de renseignements permettant d'aider les professionnels dans leur processus de décision clinique. La décision clinique repose donc sur plusieurs données qui doivent tenir compte du contexte clinique et de l'usager.

Il est jugé primordial pour les cliniciens de développer une compréhension des concepts de base liés aux pratiques exemplaires, comme l'analyse critique d'articles et le transfert des résultats de la recherche dans la pratique courante. De la sorte, on leur permet d'acquérir des outils utiles à l'amélioration continue des services offerts.

La plupart des auteurs s'entendent pour identifier cinq compétences essentielles (ou étapes) qui sont à développer pour intégrer les données probantes à la pratique :

- Formuler une question clinique ;
- Chercher la meilleure preuve scientifique ;
- Critiquer les preuves scientifiques ;
- Appliquer les résultats scientifiques à la pratique ;
- Évaluer le processus des quatre étapes précédentes.



4. L'accès, le recensement, le choix et l'utilisation des lignes directrices éclairées de données probantes ou issues de la recherche

4.1 L'accès et le recensement des lignes directrices et des données probantes

L'établissement met en place plusieurs moyens pour s'assurer que son personnel ait accès et puisse recenser les lignes directrices et les données probantes pour améliorer les pratiques de l'organisation ;

- Favorisation du travail d'équipe et de partage de l'expertise ;
- Utilisation des méthodes de travail en intelligence collective ;
- Accès à de la formation continue ;
- Adhésion à une culture d'amélioration continue ;
- Accréditation Sofeduc;
- Accès aux ressources informatiques ;
- Mise en place de plusieurs comités d'expert internes (annexe 1)
- Participation aux tables et comités externes (annexe 2) ;
- Valorisation de l'innovation ;
- Abonnement aux revues, infolettres et périodiques (annexe 3).

4.2 La veille stratégique des lignes directrices et des données probantes

Les membres du comité de direction, les gestionnaires et les diverses conseillères (soins infirmiers et communication) de l'établissement assurent la veille des lignes directrices et des données probantes et font le lien et les suivis requis avec les comités internes ainsi qu'externes et les membres du personnel de l'organisation pour leur accès et leur utilisation. Ces personnes sont des ressources importantes pour le recensement, le choix et l'utilisation des lignes directrices et des données probantes.

4.3 Le choix et l'utilisation des lignes directrices éclairées par des données probantes

Les gestionnaires et le personnel travaillent en comité pour choisir, mettre en place ou réviser les lignes directrices, les pratiques et les documents administratifs de l'établissement tiennent compte des éléments suivants :

- La réglementation et les orientations ministérielles ;
- L'opinion des ordres professionnels concernés sur ces données, s'il y a lieu ;
- La date d'émission des lignes directrices ;
- L'opinion du personnel et des partenaires, s'il y a lieu ;
- L'adaptabilité de ces données aux valeurs de notre milieu ;
- Les besoins et l'opinion des usagers et de leurs proches.

Afin d'impliquer les usagers et leurs proches dans ce processus, les gestionnaires et le personnel peuvent utiliser les méthodes suivantes :

- Rencontre avec le comité « approche partenaire » ;
- Rencontre de validation individuelle avec un usager et / ses proches ;
- Rencontres de groupe avec des usagers et/ leurs proches ;
- Tenue d'un sondage ;
- Tenue d'une activité de groupe en méthode d'intelligence collective ;
- Rencontre avec le comité des usagers.

4.4 Le choix de données probantes contradictoires

Lorsque les données probantes sont contradictoires, les gestionnaires et le personnel prennent la décision la plus judicieuse possible dans le respect des principes suivants :

- Travaillent en comité interdisciplinaire et de façon participative pour obtenir une expertise variée ;
- Consultent les comités d'expert internes en place (annexe 1) ;
- Vérifient la position de l'AEPC ou d'autres établissements du RSSS au besoin,
- Se collent aux positions des ordres professionnels concernés, s'il y a lieu
- Consultent de nouveau le comité des usagers ;
- Demandent un avis d'expert ou un avis juridique au besoin ;
- Expérimentent un projet pilote au besoin ;
- Obtiennent l'approbation de comité de direction ou du conseil d'administration ;
- En cas de litige, le comité de direction et le conseil d'administration se réserve le droit de trancher.

5. Les documents administratifs

5.1 Les documents administratifs et les règlements devant être adoptés par le conseil d'administration :

- Différents règlements et lois doivent être respectés par les établissements du réseau de la santé. Pour répondre à ces obligations, la Résidence Berthiaume-Du Tremblay doit élaborer et faire adopter des règlements internes et des documents administratifs par son conseil d'administration ;
- Un règlement général sur les obligations légales et réglementaires de l'établissement (annexe 4) précise tous les règlements et les documents administratifs à mettre en place et à faire adopter par le conseil d'administration de la Résidence Berthiaume-Du Tremblay ;
- Ces documents sont rédigés en tenant compte des différentes lois, des données probantes de la littérature consultée, des lignes directrices, des orientations

ministérielles, des conseils juridiques reçus et du plan de communication de l'établissement. La rédaction des documents est effectuée par la directrice générale en collaboration avec les membres du comité de direction et les gestionnaires ;

- Les documents sont rédigés en respectant le modèle type retrouvé en annexe 5 ;
- Les documents font l'objet d'une révision au besoin ou minimalement tous les quatre ans ;
- La table des matières et le calendrier de révision des documents et des règlements adoptés par le conseil d'administration sont retrouvés à l'annexe 6.

5.2 Les documents administratifs devant être approuvés par le comité de direction

- D'autres documents administratifs doivent être élaborés et utilisés dans tous les secteurs de l'établissement afin de :
 - Répondre aux obligations légales de l'établissement ;
 - Définir la mission, les orientations, les règles et les activités de l'établissement ;
 - Outiller et encadrer la prestation de travail des employés ;
 - Informer la clientèle et ses proches sur les soins et les services de l'établissement.
- Ces documents administratifs sont entre autres :
 - Les politiques et procédures de gestion ;
 - Les programmes-cadres ;
 - Les différents guides ou dépliants d'information s'adressant aux employés et aux bénévoles ;
 - Les différents guides ou dépliants d'information s'adressant aux résidents hébergés, aux aînés du Centre de jour et à leurs proches.
- Ces documents sont rédigés en tenant compte des différentes lois, des données probantes de la littérature consultée, des lignes directrices, des orientations ministérielles, des conseils juridiques reçus et du plan de communication de l'établissement. La rédaction des documents est effectuée par les membres du comité de direction en collaboration avec les gestionnaires et personnel concernés de leur secteur d'activités respectif. La directrice de la qualité, à la performance, la gestion des risques et des services techniques peut être sollicitée lorsque la situation le requiert ;
- Les documents sont rédigés en respectant le modèle type retrouvé en annexe 5 ;
- Les divers dépliants d'information produits par l'établissement se retrouvent majoritairement insérés dans les politiques et procédures en vigueur dans l'établissement ;

- Après leur rédaction, ces documents doivent être approuvés par le comité de direction avant leur diffusion et utilisation ;
- Les documents font l'objet d'une révision au besoin ou minimalement tous les quatre ans ;
- Un modèle de la table des matières et du calendrier de révision des politiques et des procédures disponibles dans chaque direction est retrouvé à l'annexe 7.

6. Documents cliniques

- Des documents cliniques doivent être élaborés et utilisés par la direction des services à la clientèle et le Centre de jour afin de :
 - Outiller et encadrer les membres du personnel clinique pour la dispensation sécuritaire et de qualité des soins et services ;
 - Supporter les bénévoles et les stagiaires dans leurs activités ;
 - Informer la clientèle et ses proches sur les soins et services de l'établissement.
- Ces documents cliniques sont entre autres :
 - Les politiques et procédures ;
 - Les programmes de soins ;
 - Les protocoles de soins ;
 - Les techniques de soins ;
 - Les ordonnances collectives.
- Ces documents sont rédigés en tenant compte des différentes lois, des données cliniques probantes de la littérature consultée, des lignes directrices, des orientations ministérielles, des conseils juridiques reçus et du plan de communication de l'établissement. La rédaction des documents est effectuée par la conseillère en soins infirmiers en collaboration étroite avec les gestionnaires et le personnel concernés du service à la clientèle ainsi qu'avec le comité médico-pharmaco-nursing, le CII et le CMDP. La directrice de la qualité, la performance, la gestion des risques et des services techniques peut être sollicitée lorsque la situation le requiert ;
- Les documents sont rédigés en respectant le modèle type retrouvé en annexe 5 ;
- Après leur rédaction, les programmes de soins doivent être approuvés par le comité de direction avant leur diffusion et utilisation ;
- Après leur rédaction, les protocoles de soins et les techniques de soins doivent être approuvés par la directrice des services à la clientèle avant leur diffusion et utilisation ;

- Après leur rédaction, les ordonnances collectives doivent être approuvées par le CMDP avant leur diffusion et utilisation ;
- Tous les documents cliniques font l'objet d'une révision au besoin ou minimalement tous les trois à quatre ans ;
- Un modèle de la table des matières et du calendrier de révision des programmes de soins est retrouvé à l'annexe 8 ;
- Un modèle de la table des matières et du calendrier de révision des protocoles de soins est retrouvé à l'annexe 9 ;
- Un modèle de la table des matières et du calendrier de révision des techniques de soins est retrouvé à l'annexe 10 ;
- Un modèle de la table des matières et du calendrier de révision des ordonnances collectives est retrouvé à l'annexe 11.

7. Les communiqués et les notes de service

- Les communiqués et les notes de service concernant l'ensemble de l'établissement sont rédigés par la conseillère–cadre aux communications et médias numériques ;
- Les communiqués et les notes de service concernant les différents services de l'établissement sont rédigés par les gestionnaires ou par un membre du personnel mandaté et doivent faire l'objet de l'approbation de la directrice du service concerné ;
- Les communiqués sont rédigés et affichés selon les normes établies dans la politique « POL-DG-COM-175 Les communications » en vigueur dans l'établissement.

8. Diffusion des documents, politique et procédures

- Les documents administratifs et cliniques sont diffusés dans l'établissement et auprès des personnes concernées par divers moyens dans le respect du plan de communication et de la politique « POL-DG-COM-175 Les communications » en vigueur dans l'établissement.
- Tous les employés ont une responsabilité individuelle de prendre connaissance des documents, des politiques et des procédures de la Résidence et de les respecter. Lors de l'embauche tous les employés s'engagent par écrit en complétant le formulaire à cet effet retrouvé en annexe 12.
- L'objectif de la diffusion de l'information sur les documents politiques et procédures est de s'assurer que :

- ✓ Le message soit uniforme ;
- ✓ Les personnes visées par la politique en comprennent la teneur ;
- ✓ Elles puissent s'exprimer si elles le désirent ;
- ✓ Elles sachent à qui s'adresser si elles ont des questions à poser.

8.1 Modalités de diffusion pour les nouveaux documents, politique et procédures

➤ Les **nouveaux** documents, politiques ou procédures sont diffusés **par un ou plusieurs moyens suivants** :

- ✓ Présentation au conseil d'administration et aux cadres supérieurs ;
- ✓ Présentation aux gestionnaires par leur supérieur immédiat ;
- ✓ Présentation au personnel, aux bénévoles et aux usagers et leurs proches lors d'une assemblée générale ;
- ✓ Tenue d'une activité de formation auprès des gestionnaires du personnel et des bénévoles (feuille de présence en annexe 13) ;
- ✓ Tenue d'un kiosque ou d'une activité de sensibilisation auprès des employés, des bénévoles, des usagers et des proches (feuille de présence en annexe 13) ;
- ✓ Dépôt et explication lors de rencontres statutaires du personnel des différents services ;
- ✓ Envoie par courriel aux groupes « tous RBDT », « employés », « familles RBDT », et « familles CDJ » ;
- ✓ Dépôt de la version électronique du nouveau document sur le site Internet de la Résidence dans la section politiques et procédures ;
- ✓ Dépôt de la version électronique du nouveau document dans le « commun » informatique de l'établissement accessible à tous.

8.2 Modalités de diffusion lors de la révision de documents, politiques et procédures

- Les documents, politiques et procédures sont ensuite diffusés par un ou plusieurs moyens suivants ;
- ✓ Présentation au conseil d'administration et aux cadres supérieurs ;
 - ✓ Présentation aux gestionnaires par leur supérieur immédiat ;
 - ✓ Tenue d'un kiosque ou d'une activité de sensibilisation auprès des employés, des bénévoles, des usagers et des proches (feuille de présence en annexe 13) ;
 - ✓ Dépôt et explication lors de rencontres statutaires du personnel des différents services ;

- ✓ Dépôt de la version électronique du nouveau document sur le site Internet de la Résidence dans la section politiques et procédures ;
- ✓ Dépôt de la version électronique du nouveau document dans le « commun » informatique de l'établissement ;
- ✓ Envoi tous les trois mois d'un tableau synthèse des documents, politiques ou procédures révisées à tous les employés par courriel (tous RBDT et groupe employés).

8.3 Principes importants pour la trajectoire d'une politique

- ✓ L'élaboration et la révision des politiques doivent se faire en collaboration avec les personnes impliquées et en approche partenaire lorsque le sujet le requiert ;
- ✓ Le comité de direction doit approuver toutes les politiques élaborées ou révisées ;
- ✓ Le conseil d'administration doit adopter certaines des politiques. Cette mention est ajoutée aux politiques concernées ;
- ✓ Après adoption d'une politique par le comité de direction, les directrices sont responsables de :
 - Faire la bascule des politiques dans les dossiers de sa direction en les passant du fichier « politiques en cours » à « politiques actuelles ». Les anciennes versions des politiques doivent être conservées dans un fichier de politiques antérieures ;
 - Déposer la politique en format PDF au commun informatique dans le fichier « Politiques, procédures et programmes » dans le dossier de la direction concernée ;
 - Compléter le tableau de diffusion des politiques pour les employés dans le fichier au commun informatique « Diffusion de politiques » ;
 - Ajuster la table des matières des politiques au commun informatique au fichier « Politiques, procédures et programmes » ;
 - Diffuser la politique par courriel au groupe « Tous RBDT » en utilisant un hyperlien et non une pièce jointe ;
 - Envoyer la politique en format PDF à la conseillère-cadre aux communications et médias numériques si des ajustements au site Internet sont requis en précisant dans quelle section du site Internet il faut faire les changements ;
 - Acheminer au besoin les dépliants et annexes inclus à la politique aux personnes concernées pour utilisation ;

- Déposer une copie PDF de la politique révisée dans la trousse d'accueil des nouveaux gestionnaires au fichier électronique « Trousse d'accueil des gestionnaires et acheminer la politique à la technicienne en administration à la direction générale pour qu'elle ajuste le fichier maître trousse d'accueil des gestionnaires ;
- D'autres spécificités par direction pourraient s'ajouter par exemple, envoi aux administrateurs, aux bénévoles, au MSSS, etc. ;
- Un modèle d'aide-mémoire de la trajectoire est retrouvé en annexe 15.

8.4 Modalités de préparation pour l'envoi du tableau synthèse trimestriel pour diffusion aux employés des élaborations et révisions de documents, politique et procédures.

- Le tableau est préparé tous les trois mois par la conseillère-cadre aux communications et médias numériques en collaboration avec la technicienne en administration à la direction générale, l'adjointe à la direction des services à la clientèle et l'adjointe à la direction des ressources humaines (voir annexe 14). Le tableau est déposé au fichier électronique au commun intitulé « politiques et procédures » pour faciliter l'accès à tous. Chaque direction est responsable d'y inscrire les politiques élaborées ou révisées qui ont été adoptées par le comité de direction.
- Le tableau est acheminé aux employés par la conseillère-cadre aux communications et médias numériques par courriel aux moments suivants :
 - Fin septembre
 - Fin décembre
 - Fin mars
 - Fin juin
- Le courriel d'envoi de ce tableau, incluant les adresses courriels des employés, est conservé dans un fichier électronique par la conseillère-cadre aux communications et médias numériques.
- Ce courriel est relayé aux bénévoles par la responsable du service de bénévolat. Le courriel d'envoi, incluant les adresses courriels des bénévoles, est conservé également dans un fichier électronique.

8.5 Modalités pour l'envoi de documents, politiques et procédures par courriel aux bénévoles et aux employés.

- Le courriel adressé aux groupes « personnel » et « bénévoles » est identifié par l'objet suivant :

Objet : Révision de documents, politiques et procédures

- Le message doit préciser les éléments suivants :
- ✓ Qu'il s'agit du tableau contenant la liste des documents, politiques ou procédures révisés dans les trois derniers mois et qu'il est important d'en prendre connaissance ;
 - ✓ Que certains documents sont également déposés sur le site Internet de la Résidence Berthiaume-Du Tremblay ;
 - ✓ Que les documents peuvent être consultés dans le commun informatique en nommant dans quel fichier ;
 - ✓ Préciser de se référer à son gestionnaire pour toutes questions ;
 - ✓ Remerciement pour leur collaboration.

9. Les références

Intégrer les données probantes en cinq étapes, CNFS, volet université d'Ottawa, 2011.

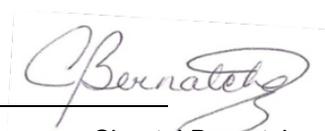
Sackett et al, 2000.

Evidence and decision making. Commentary on M.R. Tonelli (2006), Integrating evidence into clinical practice: an alternative approach to evidence-based approaches. Journal of Evaluation in Clinical Practice 12, 248-256.

Normes de gouvernance, Agrément Canada 2024.

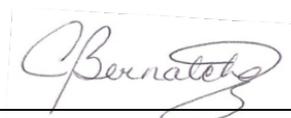
Signé le 18 janvier 2024
Date

par


Chantal Bernatchez
Directrice générale

Adopté par le conseil d'administration 6 février 2024
Date

par


Secrétaire du conseil
d'administration

N° de résolution : CA.24.10



LES COMITÉ D'EXPERTS INTERNES

Gouvernance

- Conseil d'administration ;
- Comité d'audit ;
- Comité de vigilance et de la qualité.

Direction générale

- Comité de direction ;
- Conseil des infirmières et infirmiers (CII) ;
- Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA) ;
- Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) ;
- Comité de coordination des mesures d'urgence (CCMU) ;
- Comité aménagement et décoration du milieu de vie ;
- Comité communication ;
- Comité philanthropique ;
- Comité sources de revenus ;
- Comité santé environnementale.

Direction des ressources humaines, et alimentaires et de buanderie -lingerie

- Comité paritaire en santé et sécurité du travail (CPSST) ;
- Comité ethnoculturel ;
- Comité bien-être au travail ;
- Comités relations de travail.

Direction des ressources financière et informationnelles

- Comité achat des fournitures médicales / équipement ;
- Comité sur la sécurité des actifs informationnels et informatiques ;
- Comité informatique.

Direction des services à la clientèle

- Comité médico-pharmaco-nursing ;
- Comité nutrition ;
- Comité accompagnement en fin de vie ;
- Comité qualité du milieu de vie (CQMV) ;
- Comité d'éthique clinique ;
- Comité lingerie ;
- Comité rêve d'un jour.
- Comité gestion des fournitures médicales

Direction de la qualité, la performance, la gestion des risques et des services techniques

- Comité approche partenaire ;
- Comité confidentialité et protection des renseignements personnels ;
- Comité de gestion des risques et de la qualité ;
- Comité de planification des mesures d'urgences (CPMU).



LES PARTICIPATIONS AUX TABLES ET COMITÉS EXTERNES

Direction générale

- Comité des directeurs généraux et comité ad hoc de l'AEPC ;
- Table SAPA du CIUSSS-du-Nord-de-l'Île de Montréal.
- Membre de la communauté virtuelle de pratique en amélioration continue du réseau de la santé et des services sociaux (CvPAC) ;
- Comité d'experts sur la lutte contre la maltraitance ;
- Comité d'experts ADMA.;
- Synergie Santé Environnement.

Direction des ressources financières et informationnelles

- Comité finance de l'AEPC;
- Rencontres ponctuelles chez Sigma santé.

Direction des ressources humaines, techniques et alimentaires

- Comité de gestion en ressources humaines de l'AEPC (CGRH-AEPC) ;

Direction des services à la clientèle

- Comité des services cliniques AEPC ;
- Table des DSI de Montréal-Laval ;
- Table nationale des DSI du MSSS ;
- Regroupement des infirmières en prévention des infections du Québec ;
- Regroupement québécois des infirmières en soins de plaies ;
- Comité aînés sans abus d'Ahuntsic et Montréal-Nord ;
- Comité de mobilisation du territoire du CIUSSS-du-Nord-de-l'Île de Montréal soutenu par L'Appui Montréal ;
- Table de la pratique infirmière de l'OIIQ ;
- Table de concertation et d'action pour les aînés d'Ahuntsic ;
- Comité d'orientation - communauté de pratique continuum de services de santé à l'autonomie des aînés – volet CHSLD (CdP aînés).

Direction de la qualité, la performance, la gestion des risques et des services techniques

- Comité de travail sur les indicateurs de qualité (AEPC)
- Groupe Franco-Québécois d'intérêt sur la gérontologie



**LES ABONNEMENTS AUX REVUES SCIENTIFIQUES,
INFORMATIONS, INFOLETTRES ET PÉRIODIQUES**

Abonnement

- Avis du coroner du Québec ;
- Le bulletin de veille du Curateur public ;
- Avis de Santé Canada ;
- Perspective infirmière, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) ;
- La gérontoise, Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie (AQIIG) ;
- Circulaires de gestion du MSSS ;
- Objectif prévention, Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS) ;
- Vie et vieillissement, Association québécoise de gérontologie (AQG) ;
- Bulletin de veille, Observatoire international de la santé et des services sociaux ;
- Bulletin de veille, Réseau sur le vieillissement et les changements démographiques, MSSS ;
- Association du diabète ;
- Association canadienne pour la santé mentale – filiale de Montréal ;
- Fédération québécoise du loisir en institution ;
- Édition Yvon Blais - Relation de travail ;
- Soquij - Intelligence juridique ;
- Publications Lecorre avocats en relations de travail, santé sécurité et négociations ;
- Guide d'interprétation des conventions collectives.

Infolettre

- Parkinson Québec ;
- Présages ;
- Pôle santé, HEC Montréal ;
- Ordre des administrateurs agréés du Québec ;
- Bulletin info de la direction générale, AEPC ;
- Solidarité Ahuntsic ;
- Vézina assurances ;
- Agrément Canada ;
- Avis juridique Monette Barakett ;
- Avis juridique Lavery.
- Régie du bâtiment du Québec (RBQ) ;
- Commission Standard Association (CSA) ;
- Infrared Training Center (ITC) - Centre de formation infra-rouge ;
- Association des maîtres électriciens pour le réseau public ;
- Service d'inspection des aliments de la Ville de Montréal ;
- Communauté virtuelle de pratique en amélioration du réseau de la santé et des services sociaux (CvPAC) ;
- Veille médiatique de l'AEPC ;
- Association des professionnels en gestion philanthropique ;
- Nouveautés et mise à jour du MSSS ;
- Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU). ;
- Office québécois de la langue française.



Règlement général
sur les obligations légales ou réglementaires de l'établissement
adopté le 27 avril 2010
en assemblée régulière du conseil d'administration
de la Résidence Berthiaume-Du Tremblay
Résolution : CA.10.04

Révisé et adopté le 29 juin 2021
en assemblée régulière du conseil d'administration
de la Résidence Berthiaume-Du Tremblay
Résolution : CA.21.62

1. Préambule

Différents règlements et lois doivent être respectés par les établissements ce qui oblige ces derniers à faire adopter par leur conseil d'administration un grand nombre de règlements internes et de rapports publics à produire pour différentes instances, gouvernementales, et autres.

2. Objectifs

- S'assurer que la Résidence se conforme aux exigences des lois et règlements auxquels elle est soumise;
- S'assurer que la Résidence détient tous les règlements et/ou documents nécessaires à son fonctionnement et que ces derniers sont dûment adoptés par son conseil d'administration, lorsque requis;
- S'assurer que la Résidence transmet tous les documents requis aux instances concernées;
- S'assurer que la Résidence met en place toutes les mesures requises par les lois et règlements qui la concernent;
- S'assurer que la Résidence respecte les règles édictées dans le cadre de ces règlements et autres obligations.

3. Responsabilité de l'application

Le conseil d'administration en collaboration avec la direction générale de la Résidence.

4. Lois, règlements, protocoles et autres entraînant des obligations légales pour la Résidence

- Loi sur la santé et les services sociaux;
- Loi visant à renforcer le régime d'examen des plaintes du réseau de la santé et des services sociaux notamment pour les usagers qui reçoivent de services des établissements privés.
- Loi concernant les soins de fin de vie;
- Loi sur le ministère du Conseil exécutif;
- Loi sur les archives;
- Loi d'accès aux documents des organismes publics;
- Loi sur le curateur public;
- Loi sur la sécurité dans les édifices publics;
- Loi sur la protection des personnes et des biens en cas de sinistre;
- Règlement sur le plan municipal de prévention des sinistres et de mesures d'urgence;
- Loi sur la lutte contre maltraitance;
- Loi sur la divulgation des actes répréhensibles;
- Loi sur les normes du travail;
- Code du bâtiment;
- Loi sur les archives;
- Loi sur la prévention des incendies;
- Loi sur la lutte contre le tabagisme;
- Loi sur la qualité de l'environnement;
- Règlement sur les déchets biomédicaux;
- Règlement sur l'information concernant les produits contrôlés;
- Cadre de référence pour l'organisation de la pastorale en établissement de santé et de services sociaux;
- Protocole d'entente entre le MSSS et les autorités religieuses;
- Loi sur le développement de la main-d'œuvre;
- Loi sur la santé et la sécurité au travail;
- Loi modifiant la loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux;
- Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé;
- Loi sur le protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives;
- Orientations et plan d'action ministériels relatifs à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle;
- Règlement sur l'organisation et l'administration des services de santé et des services sociaux.

5. Règlements du conseil d'administration selon la LSSSS

Le conseil d'administration doit adopter les règlements portant sur les points suivants :

- Sa régie interne;
- Les orientations et les activités de l'établissement;
- Les rapports à produire au conseil d'administration sur la nature, la quantité et la qualité des services fournis aux bénéficiaires;

Règlement général sur les obligations légales ou réglementaires de l'établissement

2

- La répartition et le contrôle du budget;
- Les formalités concernant toute demande ou projet soumis au ministre de la Santé et des Services sociaux ou au conseil régional, lorsque requis;
- La conclusion de contrats de services professionnels;
- La révision annuelle de la répartition des lits, lorsque requis;
- La détermination des critères d'admission, de sorties définitives et des politiques de transfert des bénéficiaires;
- La détermination des critères d'inscription des bénéficiaires d'un programme d'activités de jour;
- Les conditions d'admission des personnes atteintes de maladies contagieuses ou infectieuses;
- Les visites aux bénéficiaires admis;
- Les mécanismes à mettre en place afin d'assurer le contrôle de l'utilisation des mesures de contention et d'isolement des bénéficiaires;
- Les modes d'administration de l'allocation des bénéficiaires;
- La procédure d'attribution des congés temporaires des bénéficiaires;
- Les modalités d'adoption et de révision des plans d'intervention des bénéficiaires;
- La procédure s'appliquant à la sortie temporaire d'un dossier ou d'une partie de dossier incluant la désignation des personnes devant autoriser la sortie du dossier ou d'une partie de dossier;
- Les délais accordés au médecin, au dentiste, au pharmacien ou aux membres du personnel clinique pour compléter le dossier d'un bénéficiaire après le dernier service offert;
- La procédure applicable lorsqu'un bénéficiaire quitte l'établissement sans avoir obtenu son congé;
- La procédure d'élimination de dossiers ou de parties de dossier d'un bénéficiaire conformément à la loi sur les archives;
- L'organisation des services de pastorale de l'établissement;
- Les mesures et dispositions pour prévenir et enrayer la contagion et les infections.

6. Règlements et documents à produire et mesures à mettre en place par l'établissement

Documents à produire et mesures à prendre	Devant être adoptés par le conseil d'administration
▪ Règlement intérieur de la Résidence Berthiaume-Du Tremblay	√
▪ Code d'éthique et de déontologie des administrateurs	√
▪ Plan d'organisation de l'établissement	√
▪ L'énoncé de mission, vision, valeurs et le code d'éthique de l'établissement	√
▪ Plan d'action annuel	√

Règlement général sur les obligations légales ou réglementaires de l'établissement

3

Documents à produire et mesures à prendre	Devant être adoptés par le conseil d'administration
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La planification stratégique 	√
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La politique sur la planification et l'organisation des services de l'établissement 	√
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nomination <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nomination des cadres supérieurs ▪ Nomination des médecins, dentistes et pharmaciens et attribution de statut, privilèges et obligations s'y rattachant ▪ Nomination d'un chef du service médical 	√
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le CMDP <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adoption des règlements du CMDP ▪ Réception du rapport annuel et des avis du CMDP 	√
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le CII et Le CIIA <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adoption des règlements du CII ▪ Réception du rapport annuel et des avis du CII et du CIIA 	√
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amélioration continue de la qualité <ul style="list-style-type: none"> ▪ Démarche d'agrément ▪ Programme d'amélioration de la qualité ▪ Plan d'amélioration continue Agrément et visite ministérielle ▪ Politique sur l'utilisation des données probantes et le processus d'élaboration, d'approbation et de diffusion des écrits administratifs et cliniques 	√
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Approche partenaire <ul style="list-style-type: none"> ▪ Politique cadre 	√
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Loi sur le curateur <ul style="list-style-type: none"> ▪ Règlement et politique sur la protection du majeur inapte / Loi sur le curateur public ▪ Demandes de curatelle : responsabilité directe du DG – nomination du DSP comme personne déléguée 	√
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gouvernance <ul style="list-style-type: none"> ▪ Toutes les politiques de gouvernance 	√
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comité des usagers <ul style="list-style-type: none"> ▪ Formation d'un comité des usagers 	√

Règlement général sur les obligations légales ou réglementaires de l'établissement

4

Documents à produire et mesures à prendre	Devant être adoptés par le conseil d'administration
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plan d'action et rapport annuel du comité des usagers 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestion des risques <ul style="list-style-type: none"> ▪ Politique sur la gestion intégrée des risques ▪ Règlement et politique sur la divulgation à un usager ou à son représentant de l'information nécessaire lorsque survient un incident-accident ▪ Règlement et politique sur le comité de gestion des risques et de la qualité ▪ Nomination d'un délégué de la direction générale sur le comité de gestion des risques ▪ Rapport annuel sur la gestion des risques ▪ Registre local des incidents-accidents et des événements sentinelles ▪ Plan de sécurité 	√
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Loi sur la lutte contre le tabagisme <ul style="list-style-type: none"> ▪ Politique sur l'environnement sans fumée ▪ Rapport annuel tous les deux ans sur l'application de la politique 	√
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Procédure d'examen des plaintes <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nomination d'une agente à la bienveillance et à la qualité des services ▪ Règlement et procédure de gestion proactive des insatisfactions ▪ Plan d'action et rapport annuel sur le traitement des plaintes 	√
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Loi de la lutte contre la maltraitance <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapport annuel sur le signalement des cas de maltraitance 	√
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Loi sur la divulgation des actes répréhensibles <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapport annuel sur la divulgation des actes répréhensibles 	√
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comité de vigilance et de la qualité <ul style="list-style-type: none"> ▪ Institution d'un comité de vigilance et de la qualité ▪ Règlement sur les règles de fonctionnement du comité de vigilance et de la qualité 	√

Règlement général sur les obligations légales ou réglementaires de l'établissement

5

Documents à produire et mesures à prendre	Devant être adoptés par le conseil d'administration
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapport annuel sur les priorités d'amélioration de la qualité 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapport annuel d'activités 	√
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapport financier annuel (AS-471) 	√
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapport statistique annuel (AS-478) 	√
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Règlement et politique sur la répartition et le contrôle budgétaire / Processus de budgétisation 	√
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Règlement et politique sur les services professionnels <ul style="list-style-type: none"> ▪ Accès à des services sur les lieux de l'établissement, moyennant frais ▪ Services professionnels achetés par l'établissement 	√
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Règlement et politique sur les critères d'admission, de sorties définitives et de transfert des bénéficiaires <ul style="list-style-type: none"> ▪ Critère d'admission du résident ▪ Départ définitif d'un résident sans congé médical ▪ Transfert inter-établissement et départ définitif planifié d'un résident 	√
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Règlement et politique sur l'offre de service au Centre de jour incluant les critères d'inscription des aînés 	√
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programme de prévention et de contrôle des infections incluant les conditions d'admission des personnes atteintes de maladies contagieuses ou infectieuses 	√
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Règlement sur les visites aux résidents hébergés 	√
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilisation des mesures de contentions et d'isolement <ul style="list-style-type: none"> ▪ Règlement et politique sur l'application, la réduction, la cessation des mesures de contrôle et d'isolement ▪ Rapport annuel sur l'application des mesures de contention 	√
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Règlement et politique sur la gestion des comptes en fiducie des résidents hébergés (administration de l'allocation des bénéficiaires) 	√

Règlement général sur les obligations légales ou réglementaires de l'établissement

6

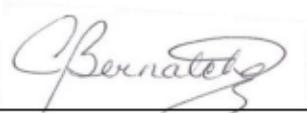
Documents à produire et mesures à prendre	Devant être adoptés par le conseil d'administration
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Règlement et politique sur les soins de fin de vie <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapport annuel concernant les soins de fin de vie 	√
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Règlement et politique sur les sorties extérieures avec ou sans consentement médical (attribution de congés temporaires) 	√
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Règlement et politique sur l'élaboration et la révision du plan d'intervention interdisciplinaire 	√
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Règlement et politique sur la sortie temporaire d'un dossier ou d'une partie incluant la désignation des personnes devant autoriser la sortie du dossier ou d'une partie de dossier 	√
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accès à l'information <ul style="list-style-type: none"> ▪ Règlement et politique sur la sécurité des actifs informationnels ▪ Nomination d'une personne responsable de l'accès à l'information ▪ Règlement et politique sur le respect de la confidentialité ▪ Règlement et politique sur la destruction de documents incluant l'élimination du dossier ou d'une partie de dossier d'un usager ▪ Calendrier de conservation ▪ Politique sur la protection des renseignements personnels, leur sécurité et leur confidentialité 	√
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les communications <ul style="list-style-type: none"> ▪ Règlement et politique sur les communications ▪ Plan de communication ▪ Politique sur la gestion de crise médiatique 	√
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Règlement et politique sur les délais pour compléter le dossier d'un résident après les derniers services fournis 	√
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Règlement et politique sur les services de soins spirituels 	√
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plan de main-d'œuvre et de développement des ressources humaines (inclus tableau de bord) ▪ Politiques sur les conditions de travail des cadres 	√

Documents à produire et mesures à prendre	Devant être adoptés par le conseil d'administration
▪ Cadre conceptuel en matière d'éthique et règlement sur la procédure d'accès au comité d'éthique clinique	√
▪ Plan de continuité des affaires	√
▪ Politique de rémunération des cadres	√
▪ Politique sur la santé environnementale et le développement durable	√
▪ Politique sur la sécurité	√

ENTRÉE EN VIGUEUR

Le présent règlement entre en vigueur le 28 avril 2010 après avoir été approuvé et adopté par le conseil d'administration de l'établissement lors de son assemblée tenue le 27 avril 2010.

Le présent règlement révisé entre en vigueur le 30 juin 2021 après avoir été approuvé et adopté par le conseil d'administration de l'établissement lors de son assemblée tenue le 29 juin 2021.



Chantal Bernatchez, directrice générale et
secrétaire du conseil d'administration

30 juin 2021

LE CADRE DE RÉFÉRENCE TYPE POUR LA RÉDACTION DES DOCUMENTS

1. Source
2. Responsable de l'application
3. Destinataires
4. Préambule, mise en contexte
5. Objectifs
6. Définition s'il y a lieu
7. Politique, procédures et modalités
8. Responsabilités des intervenants, s'il y a lieu
9. Entretien et formation, s'il y a lieu
10. Références et/ou bibliographie
11. Annexes, s'il y a lieu

RÈGLEMENTS ADOPTÉS PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

TABLE DES MATIÈRES

		DATE D'ÉMISSION	DATE RÉVISION/ ADOPTION
	Règlement intérieur de la Résidence Berthiaume-Du Tremblay et du conseil d'administration	2011-06-22	2020-10-27
	Règlement général sur les obligations légales ou réglementaires de l'établissement	2010-04-27	2021-06-29
	2006		
Reg.06.01	Règles de fonctionnement du comité de vigilance et de la qualité	2007-02-28	2021-06-29
	2007		
Reg.07.01			
Reg.07.02	Règles relatives à la divulgation à un usager ou à son représentant de l'information nécessaire lorsque survient un incident ou un accident	2010-04-27	2021-09-08
	2008		
Reg.08.01	Service des soins spirituels	2010-04-27	2022-09-20
	2010		
Reg.10.01	Application, réduction et cessation des mesures de contrôle chez le résident	2010-04-27	2022-09-20
Reg.10.02	Critères d'inscription des aînés du Centre de jour / Offre de service	2010-04-27	2023-02-07
Reg.10.03	Attribution de congés temporaires aux résidents / Sorties extérieures avec ou sans consentement médical	2010-04-27	2021-06-29
Reg.10.04	Adoption et révision des plans d'intervention interdisciplinaires	2010-04-27	2023-02-07
Reg.10.05	Sortie temporaire d'un dossier ou d'une partie de dossier de l'usager	2010-04-27	2021-06-29
Reg.10.06	Délai accordé au médecin, au dentiste, au pharmacien et aux membres du personnel clinique pour compléter le dossier médical d'un résident après les derniers services fournis	2010-04-27	2020-04-21
Reg.10.07	Élimination de dossiers ou de parties de dossiers des usagers (Destruction des documents)	2010-04-27	2020-10-27

Reg.10.08	Répartition et contrôle budgétaire / Processus de budgétisation	2010-04-27	2022-04-19
		DATE D'ÉMISSION	DATE RÉVISION
Reg.10.09	Départ définitif d'un résident sans congé médical	2010-04-27	2021-06-29
Reg.10.10	Transfert inter établissement et départ définitif planifié d'un résident	2010-04-27	2021-09-21
Reg.10.11	Administration de l'allocation des résidents / Gestion des soldes en fiducie	2010-04-27	2020-09-22
Reg.10.12	Sécurité des actifs informationnels	2010-04-27	2022-02-08
Reg.10.13	Accès à des services sur les lieux de l'établissement, moyennant frais	2010-04-27	2023-06-06
Reg.10.14	Services professionnels achetés par l'établissement pour la clientèle	2010-04-27	2023-06-06
	2014		
Reg. 14.01	Protection du majeur inapte	2014-09-30	2023-04-25
Reg. 14.02	Comité de gestion des risques et de la qualité	2014-09-30	2020-06-16
Reg. 14.03	Le respect de la confidentialité	2014-12-09	2022-10-25
Reg. 14.04	Les communications	2014-11-11	2022-10-25
Reg. 14.05	Critères d'admission des résidents / Procédure lors de l'admission d'un résident	2014-11-11	2021-04-20
Reg.14.06	Conditions d'admission des résidents atteints d'une maladie contagieuse ou infectieuse	2014-11-11	2023-04-25
Reg.14.07	Visites aux résidents hébergés	2014-12-09	2022-04-19
	2016		
Reg.16.01	Mandat du comité d'audit	2016-02-16	2020-10-27
Reg.16.02	Les soins de fins de vie	2016-10-25	2022-06-07
	2017		
Reg.17.01	Procédure d'accès au comité d'éthique clinique	2017-04-25	2020-12-08

DIRECTION GÉNÉRALE

Table des matières et calendrier de révision des politiques

117DG 100 à 174		Date d'émission	Date de révision	CA		Site internet				
				Règlement	Résolution	P	B	C	S	A
100	Prévention et promotion de la santé et de la sécurité au travail	2011-03-09	2022-03-09		CA.22.41	X	X	X	X	X
101	Rôles et responsabilités en matière de prévention et de promotion de la santé et sécurité au travail	2011-03-09	2022-03-09			X	X	X	X	X
102	La gestion des activités de financement à portée locale	2018-11-08	2023-08-31							
103	Respect de la diversité et de l'intégration des personnes issues de l'immigration	2008-12-01	2020-01-14			X	X	X	X	X
104	Procédure d'accès au comité d'éthique clinique	2012-02-15	2020-12-08	2020-12-08	CA.20.91	X	X	X	X	X
105	La gestion proactive des insatisfactions	2021-09-08	2023-08-31			X	X	X	X	X
106	Gestion de la continuité des activités	2021-12-01		2021-12-07	CA.21.99					
107	Protection des renseignements personnels	2021-01-13	2022-10-04	2022-10-25	CA.22.105	X	X	X	X	X
108	Visite aux résidents hébergés	2014-12-11	2022-03-09	2022-04-19	CA.22.40	X	X	X	X	X
109	Procédure pour le visualiseur du dossier de santé du Québec (DSQ)	2014-12-11	2023-01-19							
110	Respect de la confidentialité dans l'établissement	2007-05-02	2022-10-04	2022-10-25	CA.22-106	X	X	X	X	X
111	La gestion de proximité	2022-11-30				X	X	X	X	X
112										
113	L'utilisation des données probantes et le processus d'élaboration et d'approbation des écrits administratifs et cliniques	2015-02-02	2021-09-13		2020-09-22 CA.20.60	X	X	X	X	X
114	Protection des biens des résidents, des aînés du Centre de jour, des bénévoles et des visiteurs et la déclaration des événements associés nécessitant un suivi	1999-02-25	2022-11-30			X	X	X	X	X
115	Accès à des services sur les lieux de l'établissement, moyennant frais	1998-06-15	2022-11-30	2023-06-06	CA.23.34			X		



CALENDRIER DE RÉVISION DES PROGRAMMES

2021-08-13

PROGRAMMES DE SOINS		Date d'émission	Date de révision	Révision à prévoir
1	Accompagnement en fin de vie	2008-01-23	2016-05-25	
2	Gestion de la douleur	2011-11-16	2014-01-30	
3	Groupe d'entraide pour les proches dont est hébergé un parent atteint de démence	2014-09-04	2017 Sept.	Micheline
4	Prévention des chutes	2006-02-01	2019-05	
5	Prévention et contrôle des infections	2009-10-01	2019-11	
6	Prévention et traitement des lésions de la peau	2009-09-01	2019-01	
7	Programme intégré approche optimale		2022-09	
8	Groupe d'entraide pour les familles sur l'accompagnement en fin de vie	Sept. 2014		
9	Programme PAB accompagnateur	Juin 2018		
10	Programme de l'examen clinique de l'aîné symptomatique	2021-08-13		
11				
12				
13				
14				
15				



CALENDRIER DE RÉVISION DES PROTOCOLES DE SOINS

2023-09-05

PROTOCOLES DE SOINS		Date d'émission	Date de révision	Révision à prévoir
PS-01	Procédure d'administration de l'Infufer ou Dexiron (Fer Dextran)	2003-08-20	2018-04-09	
PS-02	Gestion de la glycémie	2003-02-10	2019-01-24	
PS-03	Procédure pour le suivi des analyses de laboratoire	2003-11-05	2022-09-06	
PS-04	Gestion de la dénutrition	2012-11-14	2018-03-13	
PS-05	Suivi des résidents sous anticoagulothérapie	2007-01-16	2016-10-21	
PS-06	Rotation des sites d'injection sous-cutanée d'un médicament anticoagulant	2006-06-15	2013-04-01	2017/05/19
PS-07	Protocole de soins lors de fièvre	2007-11-01	2013-11-18	2017-05-19
PS-08	Procédure lors de l'utilisation du coffret d'urgence	2004-09-30	2013-10-14	2017-05-19
PS-09	Procédé de soins en cas d'intoxication	2004-09-30	2013-11-18	2017-05-19
PS-10	Procédé de soins en cas de choc anaphylactique	2004-07-29	2013-11-18	2017-05-19
PS-11	Protocole de constipation	2007-10-17	2023-05-04	
PS-12	Procédure de commande pour les produits de pharmacie et les fournitures médicales	2003-05-27	2018-03-13	
PS-14	Évaluation de la dysphagie en situation d'urgence	2014-01-30	2017-12-29	
PS-15	L'encadrement et la surveillance des idéations suicidaires	2015-01-30	2018-04-09	
PS-18	Sédation palliative continue	2018-02-01		
PS-19	Détresse respiratoire aiguë	2019-10-10	2022-03-10	
PS-20	Réanimation cardiorespiratoire en contexte de pandémie	2020-10-18	2022-09-07	
PS-21	Modalités de dépistage pour la Covid-19	2020-10-18	2021-07-19	
PS-22	PS-22 Modalités de surveillance des symptômes liés à la covid-19	2022-03-18	2022-07-25	

Révision

CALENDRIER DE RÉVISION DES TECHNIQUES DE SOINS

TECHNIQUES DE SOINS		Date d'émission	Date de révision	Révision à prévoir
Section 2	Soins d'hygiène			
TS-01	Le bain à la baignoire ou au cabinet douche	2003-09-16	2017-05-19	
TS-02	Faire une toilette complète au lit	2003-11-03	2017-05-19	
TS-03	Faire une toilette partielle au lit ou au lavabo	2003-11-04	2017-05-19	
TS-04	Soins dentaires et de la bouche	2005-08-10	2016-01-28	
TS-05	Le bain serviette et les techniques de massage	2011-01-13	2018-07-30	
TS-06	L'assistance à la toilette	2011-01-14	2017-05-19	
TS-07	Utilisation et entretien d'appareils auditifs contour	2016-05-09		
TS-08				
Section 3	Oxygénothérapie et système respiratoire			
TS-09	Administer de l'oxygène avec une bonbonne en utilisant une lunette nasale ou un masque	1983-01-10	2017-05-19	
TS-10	Administer de l'oxygène avec un concentrateur d'oxygène et à haute concentration à l'aide de deux concentrateurs d'oxygène	1990-10-01	2017-05-19	
TS-11	Utilisation et entretien du pulse-dose	2007-09-27	2017-05-19	
TS-12	Utilisation et entretien d'un compresseur nébuliseur	1996-05-10	2017-05-19	
TS-13	Utilisation et entretien du saturomètre	2004-02-23	2018-06-15	
TS-14	Utilisation et entretien du CPAP (appareil à pression positive continue)	2005-06-15	2017-05-19	
TS-15				
TS-16	Utilisation et entretien du BPAP (Appareil de ventilation à deux niveaux de pression ou bi-niveaux)	2011-02-21	2017-05-19	
TS-17	Utilisation et entretien de l'appareil à succion pour une aspiration des sécrétions par voie bucco ou nasopharyngée	2006-10-05	2016-06-09	
TS-18	Utilisation et entretien de l'appareil à succion pour une aspiration des sécrétions de la cavité buccale	2016-06-09		
TS-19				
TS-20				
TS-21				
TS-22				
TS-23				



CALENDRIER DE RÉVISION DES O. COLLECTIVES

ORDONNANCES COLLECTIVES		Date d'émission	Date de révision	Révision à prévoir
PARTIE A - MÉDICAMENTS				
1A	Acétaminophène à RBDT	2005-02-24	2013-11-18	2017-05-11
1B	Acétaminophène au CDJ	2005-02-24	2013-11-18	2017-05-11
2				
3	Suppositoire de glycérine / lavement évacuant / PEG 3350 / Senokot / Lactulose	2005-02-24	2023-05-04	
4	Gravol	2005-02-24	2017-01-19	
5				
6	Hydroxide d'Aluminium-magnésium	2005-02-24	2018-10-25	
7	Nitroglycérine	2005-02-24	2020-01-16	
8				
9				
10	Instaqlucose	2005-02-24	2015-10-25	
11	Dextrose I.V.	2005-02-24	2018-10-25	
12	Glucagon	2005-02-24	2018-10-25	
13	Adrénaline	2005-02-24	2018-10-25	
14	Tamiflu	2007-03-01	2023-02-16	
15	Naloxone	2011-10-05	2023-02-06	
16	Perméthrine 5%	2012-11-14	2018-02-01	
17	Instillagel (gel lidocaïne et chlorhexidine)	2013-01-31	2020-01-16	

Révision



Engagement à la lecture des documents, politiques et procédures

Je comprends que la qualité et la sécurité du milieu de vie et du milieu de travail sont des éléments importants de la mission de la Résidence.

Je m'engage donc à prendre connaissance et à respecter les politiques et procédures de la Résidence afin d'y contribuer.

Nom, Prénom

Signature

Date

FEUILLE DE PRÉSENCE

Titre de l'activité:	
Date:	
Endroit:	
Heures (début/fin) :	

	Matricule	Titre d'emploi	Nom et Prénom (par ordre alphabétique)	Signature
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Je, soussigné(e), avoir reçu une copie de la politique suivante :

De plus, en signant ce présent document, je m'engage à prendre connaissance et à respecter cette politique.



Annexe 14

Tableau synthèse trimestriel des Révision des documents politiques et procédures

Année : 2023-2024

Septembre Décembre Mars Juin

Direction	Nom du document révisé	Où trouver le document	
		Commun informatique	Site Internet
Direction générale			
Direction des services à la clientèle			
Direction des ressources humaines, alimentaires et de buanderie-lingerie			
Direction des ressources financières et informationnelles			

Direction	Nom du document révisé	Où trouver le document	
		Commun informatique	Site Internet
Direction des services professionnels			
Direction de la qualité, la performance, la gestion des risques et des services techniques			



Sujet : _____

- Corriger, faire la mise en page, enlever le rouge et les ratures
- Faire la bascule du document, politique antérieure, actuelle et en cours
- Diffuser politique après signature
 - Déposer au commun informatique
 - Compléter le tableau de diffusion (commun informatique- fichier diffusion de politique)
 - Envoyer par courriel à tous RBDT en incluant un hyperlien
- Envoyer aux personnes concernées si requis : _____
- Envoyer dépliants et annexes aux personnes concernées : _____
- Corriger table des matières des politiques
- Trousse d'accueil des gestionnaires à ajuster
- Ajuster site Internet:
 - Section : _____
 - Aviser la conseillère-cadre aux communications et médias numériques
 - Autres :
