



2021-2022

Rapport annuel

sur l'application de la procédure d'examen des plaintes
et de l'amélioration continue de la qualité des services

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

Québec 

La version électronique de ce document peut être consultée sur le site Web du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ) : <http://www.ciusssmcq.ca>

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.
Les pourcentages arrondis peuvent modifier le total de certains calculs.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec,
Bibliothèque et Archives Canada,

Format : PDF
ISBN : 978-2-550-92512-5

Format : Imprimé
ISBN : 978-2-550-92511-8

Tous droits réservés. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, ou la diffusion de ce document, même partielle, sont interdites sans l'autorisation préalable du CIUSSS MCQ.

Adopté par le conseil d'administration le 14 juin 2022

Cependant, la reproduction partielle ou complète de ce document à des fins personnelles et non commerciales est permise à la condition d'en mentionner la source.

Rédaction par Lucie Lafrenière, commissaire aux plaintes et à la qualité des services et mise en page par Céline Giroux, Guylaine Lagotte, Marie-Renée Leblanc (agentes administratives) et Nathalie Turcotte (archiviste).

© CIUSSS MCQ, 2022

Table des matières

MOT DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES.....	7
LES FAITS SAILLANTS 2021 – 2022	9
LE PORTRAIT DE LA RÉGION DE LA MAURICIE-ET-DU-CENTRE-DU-QUÉBEC	13
INTRODUCTION LE RÉGIME D’EXAMEN DES PLAINTES ET SES ASSISES LÉGALES	14
CHAPITRE 1 LE RAPPORT DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES.....	18
1.1 La commissaire aux plaintes et à la qualité des services.....	19
1.2 Le bilan des dossiers de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services.....	23
1.3 Les motifs de plainte et d’intervention au CIUSSS MCQ	26
1.4 Bilan des dossiers traités en maltraitance	28
1.5 Protecteur du citoyen.....	31
CHAPITRE 2 LE RAPPORT D’ACTIVITÉS DES MÉDECINS EXAMINATEURS	32
2.1 Les médecins examinateurs.....	33
2.2 Mot des médecins examinateurs	33
2.3 Le bilan des activités des médecins examinateurs	34
2.4 Les motifs de plainte médicale au CIUSSS MCQ	36
2.5 Les mesures d’amélioration de la qualité des soins et des services ainsi que du respect des droits des usagers	37
CHAPITRE 3 LE RAPPORT DU COMITÉ DE RÉVISION	38
3.1 Le comité de révision.....	39
3.2 Bilan des activités du comité de révision.....	39
CHAPITRE 4 RAPPORT POUR LES CHSLD PRIVÉS CONVENTIONNÉS.....	41

Liste des figures

Figure 1	Pourcentages des motifs de plainte et d'intervention	26
Figure 2	Nombre total de dossiers transmis au Protecteur du citoyen depuis 3 ans.....	37
Figure 3	Motifs des plaintes transmises au Protecteur du citoyen (2020-2021)	37

Liste des tableaux

Tableau 1	Faits saillants au cours de l'exercice 2020-2021	8
Tableau 2	Activités relatives à l'exercice des autres fonctions de la commissaire	22
Tableau 3	Bilan des dossiers de plainte selon l'étape de l'examen et l'instance visée	23
Tableau 4	Bilan des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu selon le délai d'examen	24
Tableau 5	Bilan des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu selon l'auteur	24
Tableau 6	Bilan des dossiers d'intervention selon l'étape de l'examen et l'instance visée	25
Tableau 7	Comparatif des principaux motifs d'insatisfaction (tableau par catégories d'objet)	247
Tableau 8	Exemples de recommandations pour les installations du CIUSSS MCQ	248
Tableau 9	Plaintes et interventions concernant des situations de maltraitance (loi 115)	30
Tableau 10	Bilan des dossiers de plainte médicales selon l'étape de l'examen	40
Tableau 11	Comparatif avec les années antérieures	34
Tableau 12	Bilan des dossiers de plainte médicale selon l'étape de l'examen et l'instance visée	41
Tableau 13	Bilan des dossiers de plainte médicale dont l'examen a été conclu selon le délai d'examen	41
Tableau 14	Bilan des dossiers de plainte médicale dont l'examen a été conclu selon l'auteur	35
Tableau 15	Bilan des dossiers de plainte médicale dont l'examen a été conclu selon le motif	42
Tableau 16	Exemples de mesures d'amélioration formulées par les médecins examinateurs	37
Tableau 17	Dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires	37
Tableau 18	Bilan des dossiers de plainte selon l'étape de l'examen	48
Tableau 19	Évolution du bilan des dossiers de plainte selon l'étape de l'examen	48
Tableau 20	Bilan des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu selon le motif	48

Liste des annexes

Annexe 1	Types de dossiers
Annexe 2	Motifs de plainte et d'intervention
Annexe 3	Liste des droits des usagers
Annexe 4	Tableau 8 – Exemples de recommandations pour les installations du CIUSSS MCQ
Annexe 5	Procédure à suivre pour porter plainte

Liste des acronymes

AAPA	L'Approche adaptée à la personne âgée
A.V.D.	Activités de la vie domestique
A.V.Q.	Activités de la vie quotidienne
CA	Conseil d'administration
CAAP	Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes
CAPQS	Commissaire adjoint(e) aux plaintes et à la qualité des services
CECMDP	Comité exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CH	Centre hospitalier
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHSP	Centre hospitalier de soins psychiatriques
CIUSSS MCQ	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
CJ	Centre jeunesse
CLSC	Centre local de services communautaires
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CPQS	Commissaire aux plaintes et à la qualité des services
CR	Centre de réadaptation
CRPDI	Centre de réadaptation pour personnes ayant une déficience intellectuelle
CRPDP	Centre de réadaptation pour personnes ayant une déficience physique
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CVQS	Comité de vigilance et de la qualité des services
ME	Médecin examinateur
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OC	Organisme communautaire
RAC	Résidences à assistance continue
RLRQ	Recueil des lois et des règlements du Québec
RPA	Résidence privée pour aînés
RQRA	Regroupement québécois des résidences pour aînés
SIGPAQS	Système d'information de gestion des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services
RPCCHD	Ressources privées ou communautaires certifiées offrant de l'hébergement en dépendance
SPU	Services préhospitaliers d'urgence

Mot de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services



J'ai le plaisir de vous présenter le rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services du CIUSSS MCQ, pour la période du 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022.

Nous avons été affectés cette d'année par l'absence de plusieurs de nos professionnels, ce qui a eu un impact sur les délais de traitement et de transmission des conclusions. Grâce à l'expertise développée par les membres de l'équipe, nous avons malgré tout conclu près d'une centaine de dossiers de plus que l'année dernière en ce qui a trait aux plaintes et aux interventions. Globalement, le volume de dossiers ouverts a augmenté de 25 % en un an.

En début d'année, nous avons fait le point sur l'évolution du régime d'examen des plaintes au CIUSSS MCQ depuis 2015. D'une part, le volume de dossiers ouverts montre une augmentation progressive et d'autre part, les responsabilités des commissaires ont augmenté également, notamment en lien avec la Loi visant à contrer la maltraitance envers toute personne majeure en situation de vulnérabilité et aussi avec la Loi visant à renforcer le régime d'examen des plaintes (PL 52). Depuis le mois de juin 2021, les plaintes et les signalements concernant des établissements privés sont traités par les commissaires des CISSS et CIUSSS du territoire où sont situés ces établissements, ce qui représente deux établissements (CHSLD) pour notre région.

Des discussions ont eu lieu avec les membres du comité de vigilance et de la qualité afin d'estimer les besoins de ressources humaines qui sont requises au bureau de la commissaire pour être en mesure de maintenir une offre de service à la hauteur des attentes et qui répond à nos obligations réglementaires. Nous maintenons une vigilance à cet égard, tout en poursuivant nos efforts afin d'optimiser au maximum nos processus de travail.

En cette année où la COVID-19 n'avait pas dit son dernier mot, les usagers et leurs proches nous ont témoigné des divers aspects ayant

suscité chez eux des interrogations, des inquiétudes ainsi que des insatisfactions. Nous avons observé que la question de la qualité des relations interpersonnelles a été plus fréquente qu'au cours des quatre dernières années; les usagers et leurs proches s'attendent à des services offerts avec humanisme, respect et empathie. La présence des proches à l'urgence et le confinement à la chambre dans les milieux de vie en raison d'éclosions de COVID-19 sont des sujets qui ont entraîné leur lot d'inquiétude et d'incompréhension de la part de nombreuses personnes. Le droit à l'information et le droit de participer à la prise de décision, le droit de choisir son établissement d'hébergement ont également fait l'objet d'insatisfactions. Mentionnons finalement que de nombreuses personnes ont rapporté des difficultés d'accès aux services, notamment pour l'accès à un médecin de famille.

Je tiens à rappeler que les personnes qui ont ainsi eu recours au régime d'examen des plaintes ont contribué à l'amélioration de la qualité des services, et ce, par le biais des 1010 mesures d'amélioration visant à prévenir la récurrence d'écarts entre la qualité de services attendue et la qualité de services rendue.

Je remercie encore une fois tous les gestionnaires et membres du personnel qui ont maintenu leur excellente collaboration avec nous, ceci malgré leurs défis liés à la COVID-19 et au manque criant de personnel. Un merci spécial aux membres du comité de vigilance et de la qualité pour leur disponibilité et leur engagement. Merci aux membres des comités d'usagers et de résidents qui contribuent à la promotion des droits des usagers et nous signalent certaines situations, ainsi qu'au CAAP.

En terminant, je veux souligner l'implication et l'engagement de tous les membres de notre équipe qui investissent avec générosité leurs talents au service de notre mission.

A handwritten signature in blue ink, reading 'Lucie Lafrenière'.

Lucie Lafrenière
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Les faits saillants | 2021 – 2022

Légende

Par rapport à l'an passé : ↑ augmentation ↓ diminution

Tableau 1 – Faits saillants au cours de l'exercice 2021-2022

↑ de 6,7 %	2021-2022 1487	2020-2021 1394	Nombre de dossiers conclus (plaintes et interventions)
↑ de 9,1 %	831	762	Plaintes reçues en première instance par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services
↓	1036	1062	Nombre de motifs des plaintes conclues
↓	402	528	Nombre de mesures correctives
↑	172	143	- à portée individuelle
↓	230	385	- à portée systémique
↓	29	45	Dossiers transmis au 2 ^e palier au Protecteur du citoyen
↑	7	4	Dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires
↓ de 6,1 %	663	706	Interventions amorcées par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services à la suite d'un signalement ou sur son initiative
↑	913	856	Nombre de motifs pour l'ensemble des dossiers d'intervention conclus
↑	571	490	Nombre de mesures correctives
↑	174	133	- à portée individuelle
↑	397	357	- à portée systémique
↑	13	3	Dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires
↑ de 64,1 %	1559	950	Assistances
↓ de 2,1 %	94	96	Consultations
↑ de 34 %	119	89	Plaintes reçues en première instance par les médecins examinateurs
↓	168	192	Nombre de motifs des plaintes conclues
↓	37	59	Nombre de mesures correctives
↑	8	5	Dossiers transmis au comité de révision
↓	5	10	Dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires

Services ou secteurs d'activité ayant fait l'objet d'une vigilance accrue

La section qui suit présente certains secteurs d'activité ayant fait l'objet d'une vigilance accrue, de la part de l'équipe de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services, pour l'année 2021-2022, et attire l'attention sur des défis à relever au cours de la prochaine année.

Présence des proches à l'urgence

Depuis le début de la pandémie, les règles entourant la présence des personnes proches aidantes (PPA) aux urgences et sur les unités de soins ont changé plusieurs fois, selon l'évolution de la situation. Le 6 juillet 2021, le MSSS a transmis une mise à jour des directives indiquant que les visites des PPA ou visiteurs en centres hospitaliers étaient autorisés, sous certaines conditions. Le 14 juillet 2021, les directives ont été de nouveau révisées et la présence des PPA était autorisée à l'urgence et ce, pour tous les paliers d'alerte. Par contre, en cas de débordement ou de situation exceptionnelle, l'accès peut être restreint temporairement, ceci afin d'assurer la sécurité des usagers et du personnel. Malgré tout, jusqu'à la fin mars 2022, plusieurs plaintes ont été transmises au bureau de la commissaire concernant des personnes proches aidantes qui se sont vues refuser le droit d'accompagner leur proche à l'urgence. Les personnes plaignantes ont par ailleurs déploré ne pas avoir obtenu d'information et d'explication concernant ce refus.

L'examen des différentes situations soumises à notre attention nous a menés au constat que les directives ministérielles n'étaient pas appliquées de façon uniforme dans les différentes salles d'urgence de l'établissement. De plus, nous avons relevé une certaine confusion autour de la notion de « personne proche aidante » et de « visiteur ». Finalement, ces situations reflétaient aussi des lacunes à l'égard du droit à l'information et du droit de recevoir des services de façon respectueuse et bienveillante.

La direction des services ambulatoires et des soins critiques (DSASC) a collaboré activement et avec ouverture à l'examen de toutes les situations qui nous ont été soumises. Il a été recommandé à la DSASC de clarifier, pour tous les chefs de service-Urgence, les indicateurs et les consignes retenus entourant les restrictions des visites à l'urgence (critères, durée, informations aux usagers et visiteurs), en tenant compte des directives du MSSS (en cas de débordement ou de situation exceptionnelle) et des droits des usagers. La direction a élaboré un plan d'action visant à apporter des changements au plan organisationnel et de la part des membres du personnel afin d'assurer une prestation de service bienveillante et sécuritaire aux usagers et aux PPA. Des activités de sensibilisation et de formation sont notamment prévues dans le but d'améliorer l'approche à la clientèle, dont la façon de mieux communiquer la compassion, l'empathie.

Accès à un médecin de famille

Nous avons reçu en 2021-2022 un nombre particulièrement élevé de plaintes concernant l'accès à un médecin de famille, que ce soit pour une consultation avec un médecin ou pour se voir attribuer un médecin de famille régulier. L'examen de ces dossiers nous a permis d'obtenir davantage d'informations sur la situation. Ainsi, nous avons été informés que sur tout le territoire de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, dans tous les réseaux locaux de services, l'accessibilité à un médecin de famille est un enjeu majeur.

De nombreux médecins ont quitté pour la retraite et plusieurs autres départs à la retraite sont annoncés pour les prochains mois et les prochaines années. Aussi, depuis le début de la pandémie, il y a eu un ralentissement important de la prise en charge médicale. Malgré le recrutement de nouveaux médecins, il faut compter plusieurs années pour chacun d'eux avant de se bâtir une clientèle équivalente à celle des médecins qui quittent pour la retraite. De plus, plusieurs de ces nouveaux médecins reprennent le

suivi d'un nombre important de personnes considérées vulnérables provenant des médecins qui quittent, ce qui peut limiter leur capacité à prendre en charge d'autres personnes qui attendent sur la liste d'attente du guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF).

Il y a donc actuellement une augmentation importante du nombre de personnes inscrites au GAMF et malheureusement, il faut probablement prévoir encore de longs délais d'attente. On nous a expliqué que la liste d'attente est dynamique, c'est-à-dire qu'elle change continuellement en raison de plusieurs facteurs comme : l'arrivée de nouveaux usagers sur le territoire, l'inscription d'usagers dont les besoins sont évalués comme étant plus prioritaires, l'arrivée ou le départ de médecins, la variation dans l'offre de services (cliniques de grippe, de dépistage...). L'ensemble de ces facteurs a un impact direct sur la capacité de prise en charge des médecins.

Au cours des derniers mois, le guichet d'accès à la première ligne (GAP) a été instauré à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux pour la clientèle sans médecin de famille. On peut avoir recours aux services du GAP lorsqu'un problème de santé aigu ponctuel se manifeste. Ce guichet n'oriente pas automatiquement la personne vers une consultation avec un médecin. Le besoin des personnes qui appellent au GAP est d'abord évalué par du personnel infirmier. Selon cette évaluation, la personne peut se voir offrir un rendez-vous avec un médecin dans une clinique ou encore, avec une « super infirmière » ou un autre professionnel de la santé.

Sur le territoire de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, plusieurs cliniques médicales (21/28) ont adhéré au GAP (1 844 313-2029), ce qui permet une certaine amélioration de l'accessibilité pour la clientèle orpheline présentant un problème aigu ponctuel. Des démarches de recrutement sont aussi en cours afin d'ajouter des infirmières praticiennes spécialisées de première ligne (IPSPL), les super infirmières.

Les personnes sans médecin de famille peuvent obtenir une consultation « sans rendez-vous » en utilisant le site web suivant : www.rvsq.gouv.qc.ca.

Confinement dans les milieux de vie

Les impacts au plan physique, cognitif et psychologique du confinement chez les personnes hébergées ont été documentés depuis le début de la pandémie. À la suite de l'annonce d'un allègement des mesures sanitaires dans les médias en février 2022, les attentes de plusieurs personnes, résidents et proches, étaient grandes et le confinement à la chambre de moins en moins accepté. Le bureau de la commissaire a reçu des plaintes concernant une prudence jugée excessive dans certains milieux de vie. L'examen de ces situations nous a permis de constater toute la complexité entourant la prise de décision des gestionnaires et des équipes de prévention et contrôle des infections. Plusieurs facteurs doivent être pris en considération par les responsables en santé publique et en prévention et contrôle des infections (PCI) et malheureusement, des isollements à la chambre doivent parfois s'appliquer selon le contexte particulier du milieu de vie en question.

Des travaux ont été faits et se poursuivent afin d'assurer un juste équilibre entre les impératifs collectifs de prévention, les droits et la qualité de vie des usagers. Entre autres en CHSLD, les mesures suivantes ont été mises en place : une infolettre est désormais utilisée dans le but d'améliorer les communications avec les résidents et leurs proches; une conseillère PCI est maintenant assignée en CHSLD afin d'assurer une meilleure continuité; un mécanisme de coordination a été instauré entre les gestionnaires responsables de site et les équipes de prévention et contrôle des infections.

En suivi au rapport annuel 2020-2021

Accueil dans les différentes installations

L'année dernière, nous avons reçu un nombre important de plaintes (84) au sujet de l'attitude, des comportements et de la communication avec les agents de sécurité qui sont positionnés à l'accueil des différentes installations. Les motifs étaient principalement reliés aux relations interpersonnelles (manque de respect, de politesse, manque d'empathie, abus d'autorité), au respect des procédures (distanciation, port du masque, désinfection, droit de visite), au droit à l'information (non-respect des consignes aux visiteurs, informations erronées) et à la confidentialité (manque de discrétion). Malgré de nombreuses recommandations formulées en vue d'améliorer la qualité des services à l'accueil, les mêmes motifs de plaintes s'étaient répétés tout au long de l'année. Nous avons recommandé au président-directeur général du CIUSSS MCQ de s'assurer que soit revue l'organisation de la fonction d'accueil dans les différentes installations.

En 2021-2022, les plaintes au sujet des agents de sécurité ont été tout aussi fréquentes et toujours pour les mêmes motifs. En suivi à notre recommandation, nous avons été informés qu'un projet de réorganisation de la fonction d'accueil est en cours d'élaboration et devrait être déposé pour la fin de l'année 2022. Entre temps, des actions ont été réalisées telles que :

- Une sensibilisation générale des agences sous contrat et des agents de sécurité en place.
- Dans la mesure du possible, une sélection des agents de sécurité démontrant un profil plus adapté à la fonction d'accueil.
- Des interventions auprès des agences sous contrat lorsque le retrait d'un agent est requis (incompatibilité avec les comportements attendus).

Relations avec la clientèle autochtones

L'année dernière, le bureau de la commissaire avait eu des discussions avec l'agente à la liaison autochtone au sujet des stratégies à mettre en œuvre pour faire connaître le régime d'examen des plaintes et faire la promotion des droits des usagers auprès des communautés autochtones. Une traduction en Attikamekw de notre dépliant et de notre formulaire de plainte avait notamment été réalisée. Cette année, conjointement avec le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP), nous avons adapté une présentation permettant de faire connaître nos services respectifs ainsi que les droits des usagers. Des rencontres ont été réalisées dans les centres d'amitié autochtone de Trois-Rivières et La Tuque, d'abord de façon virtuelle, puis en présence. Les responsables des centres d'amitié autochtone ont exprimé leur intention d'intégrer en continu, à leurs diverses interventions, des informations au sujet des droits des usagers, notamment le droit de porter plainte pour contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des services.

Ressource intermédiaire (RI) et Résidences privées pour aînés (RPA)

L'année dernière, une attention avait été portée sur les enjeux entourant les ressources intermédiaires en raison du nombre de plaintes et de signalements, notamment pour les ressources attirées aux personnes âgées en perte d'autonomie. Des lacunes sur le plan de la qualité avaient alors été observées et des recommandations avaient été émises afin que les RI s'assurent de disposer de ressources humaines nécessaires en fonction des besoins des résidents et formalisent leurs modalités de communication avec les proches des résidents. Les enjeux de ressources humaines engendrés par la pénurie de personnel et les impacts de la pandémie sont encore forts présents cette année et ce, autant en RI qu'en (RPA); les responsables de ces ressources se voient parfois contraints de faire appel à du personnel d'agences privées. Ces enjeux continuent de défier ce type de ressource et ont parfois des impacts sur la qualité, la sécurité et la continuité des services. Ce contexte de roulement de

personnel entraîne également des défis de communication, de coordination et de continuité des services.

Enfin, l'amélioration des connaissances en matière de maltraitance est notable mais on remarque tout de même que ce sujet demeure bien souvent méconnu dans certains milieux. Une sensibilisation accrue et plus formelle à ce sujet est prévue et au cours de l'année 2022-2023.

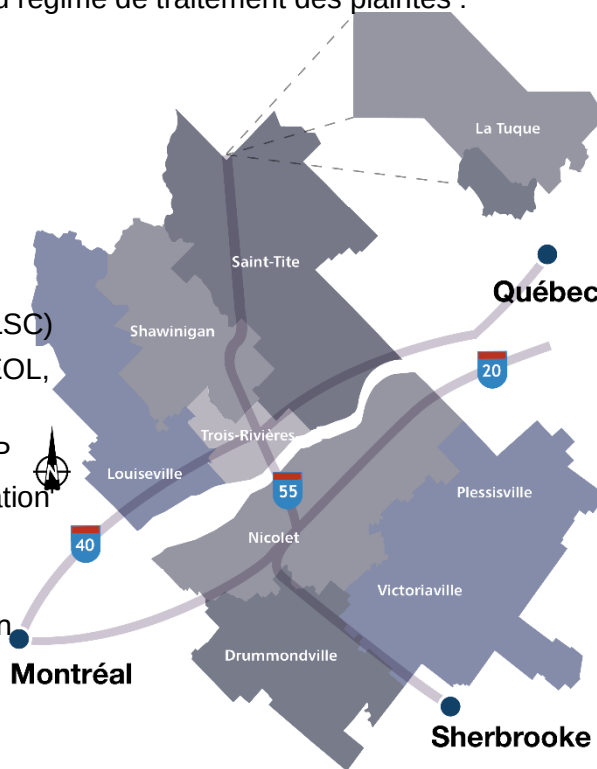
Le portrait de la région de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Le CIUSSS MCQ regroupe 125 installations. Les établissements du réseau public de la région sont répartis sur un territoire dont la superficie est de 47 000 km².

Le mandat

En vertu du régime d'examen des plaintes, la commissaire traite les plaintes et les insatisfactions formulées par différents organismes qui sont assujettis au régime de traitement des plaintes :

- 6 Hôpitaux
- 8 Urgences
- 27 Centres d'hébergement publics
- 2 Centres d'hébergement privés conventionnés
- 15 Centres multiservices
- 35 Centres locaux de services communautaires (CLSC)
- 22 Points de services de proximités DI-TSA-DP (AEOL, SAT, services externes et autres)
- 3 Unités de réadaptation fonctionnelle intensive DP
- 4 Résidences assistance continue (RAC) réadaptation intensive DI-TSA et hébergement DI-TSA
- 12 Services de réadaptation en dépendance
- 18 Centres d'activités de jour et centres d'intégration communautaire
- 28 Groupes de médecine de famille (GMF)
 - 1 Groupe de médecine de famille accès (GMFA)
 - 1 Groupe de médecine de famille réseau (GMF-R)
 - 3 Groupes de médecine de famille universitaire (GMF-U)
- 65 Ressources intermédiaires (RI) liées par entente avec l'établissement (1491 places)
- 859 Ressources de type familial (RTF) liées par entente avec l'établissement (2244 places)
- 224 Organismes communautaires reconnus en santé et services sociaux
- 162 Résidences privées pour aînés (RPA)
 - 9 Ressources privées ou communautaires certifiées offrant de l'hébergement en dépendance (RPCCHD)
- 28 Groupes de premiers répondants
- 7 Entreprises ambulancières
- 1 Centre de communication santé de la Mauricie et du Centre-du-Québec
- 1 Maison des naissances
- 1 Le service régional Info-Santé et Info-Social 811



Introduction |

Le régime d'examen des plaintes et ses assises légales

Régime d'examen des plaintes

Le régime d'examen des plaintes actuel, en vigueur depuis 2006, présente diverses composantes qui contribuent à assurer la réalisation des objectifs visés, soit d'améliorer la qualité des soins et des services tout en assurant le respect des droits des usagers.

La Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)

Art. 30. Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

Un commissaire local aux plaintes et à la qualité des services doit être nommé par le conseil d'administration de tout établissement. Lorsque le conseil d'administration gère plus d'un établissement, ce commissaire local est affecté au traitement des plaintes des usagers de chaque établissement que le conseil administre.

Autorité responsable

Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services relève du conseil d'administration.

Commissaires locaux adjoints

Après avoir pris l'avis du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, le conseil d'administration peut, s'il estime nécessaire, nommer un ou plusieurs commissaires locaux adjoints aux plaintes et à la qualité des services.

Fonctions, pouvoirs et immunités

Un commissaire local adjoint exerce les fonctions que le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services lui délègue et agit sous son autorité. Dans l'exercice de ses fonctions, le commissaire local adjoint est investi des mêmes pouvoirs et immunités que le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services.

Autorité du commissaire local

Une personne qui est membre du personnel de l'établissement peut agir sous l'autorité du commissaire local ou du commissaire adjoint [1991, c. 42, art. 30; 2001, c. 43, art. 41; 2005, c. 32, art. 9; 2017, c. 21, art. 15].

Art. 33. Responsabilités

Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services est responsable envers le conseil d'administration du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes.

Fonctions

À cette fin, il exerce notamment les fonctions suivantes :

1. Il applique la procédure d'examen des plaintes dans le respect des droits des usagers. Au besoin, il recommande au conseil d'administration toute mesure susceptible d'améliorer le traitement des plaintes pour l'établissement, y compris la révision de la procédure.
2. Il assure la promotion de l'indépendance de son rôle pour l'établissement, diffuse l'information sur les droits et les obligations des usagers, et sur le code d'éthique visé à l'article 233 afin d'en améliorer la connaissance. De plus, il assure la promotion du régime d'examen des plaintes et la publication de la procédure visée à l'article 29.
3. Il prête assistance, ou s'assure que soit prêtée assistance, à l'utilisateur qui le requiert pour la formulation de sa plainte ou pour toute démarche relative à sa plainte, y compris du comité de révision visé à l'article 51. Il l'informe de la possibilité d'être assisté et accompagné par l'organisme communautaire de la région à qui un mandat d'assistance et d'accompagnement a été confié en

application des dispositions de l'article 76.6. Enfin, il fournit tout renseignement demandé sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'informe de la protection que la loi reconnaît à toute personne qui collabore à l'examen d'une plainte en application de l'article 76.2.

4. Sur réception d'une plainte d'un usager, il l'examine avec diligence.
5. En cours d'examen, lorsqu'une pratique ou la conduite d'un membre du personnel soulève des questions d'ordre disciplinaire, il en saisit la direction concernée ou le responsable des ressources humaines de l'établissement ou, selon le cas, la plus haute autorité de la ressource, de l'organisme ou de la société, ou encore, la personne détenant la plus haute autorité de qui relèvent les services faisant l'objet de la plainte ou d'une intervention, pour l'étude plus approfondie, le suivi du dossier et la prise de mesures appropriées, s'il y a lieu. Il peut également formuler une recommandation à cet effet dans ses conclusions.
6. Au plus tard dans les 45 jours de la réception de la plainte, il informe l'utilisateur des conclusions motivées auxquelles il en est arrivé, accompagnées, le cas échéant, de ses recommandations au conseil d'administration, de même qu'à la direction ou au responsable des services en cause de l'établissement, ainsi que, s'il y a lieu, à la plus haute autorité de qui relèvent les services faisant l'objet de la plainte et indique les modalités du recours que l'utilisateur peut exercer auprès du Protecteur du citoyen en matière de santé et de services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives (chapitre P-31.1). Il communique, par la même occasion, ces mêmes conclusions motivées au conseil d'administration, de même qu'à la direction ou au responsable des services en cause de l'établissement, ainsi qu'à la plus haute autorité concernée, le cas échéant. Si la plainte est écrite, il transmet ces informations par écrit.
7. Il intervient de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits des usagers ou d'un groupe d'utilisateurs ne sont pas respectés. Il fait alors rapport au conseil d'administration ainsi qu'à toute direction ou à tout responsable concerné d'un service de l'établissement ou, selon le cas, à la plus haute autorité de tout organisme, ressource ou société ou encore à la personne détenant la plus haute autorité de qui relèvent les services concernés et peut leur recommander toute mesure visant la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits.
8. Il donne son avis sur toute question de sa compétence qui lui soumet, le cas échéant, le conseil d'administration, tout conseil ou comité créé par lui en application de l'article 181 ou 181.0.1 ainsi que tout autre conseil ou comité de l'établissement, y compris le comité des usagers.
9. Il dresse, au besoin et au moins une fois par année, un bilan de ses activités accompagné, s'il y a lieu, des mesures qu'il recommande pour améliorer la satisfaction des usagers et pour favoriser le respect de leurs droits.
10. Il prépare et présente au conseil d'administration, pour approbation, le rapport visé à l'article 76.10, auquel il intègre le bilan annuel de ses activités ainsi que le rapport du médecin examinateur visé à l'article 50 et celui du comité de révision visé à l'article 57.

Assistance et accompagnement des usagers

Selon la LSSSS¹, le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP) MCQ est mandaté par le MSSS pour assister et pour accompagner les usagers qui souhaitent porter plainte auprès d'un établissement du réseau de la santé et des services sociaux, du Protecteur du citoyen en matière de santé et de services sociaux ou dont la plainte est acheminée au CMDP d'un établissement.

Le CAAP MCQ intervient en amont du dépôt de la plainte, pendant le traitement de la plainte et après qu'elle soit conclue à l'établissement (par la CPQS, le médecin examinateur, le comité de révision ou le Conseil des médecins dentistes et pharmaciens) ou par le Protecteur du citoyen. 146 accompagnements ont été effectués en 2021-2022 comparativement à 144 l'année précédente.

¹ Articles 76,6 et 76,7

Chapitre 1 |

Le rapport de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services

1.1 La commissaire aux plaintes et à la qualité des services

En plus de traiter les insatisfactions des usagers, en ce qui a trait aux services de santé ou services sociaux qu'ils ont reçus, auraient dû recevoir, reçoivent ou requièrent de la part du CIUSSS MCQ, les commissaires ont également la responsabilité de traiter les insatisfactions de la part de la population dans les secteurs d'activités suivants :

- Les résidences privées pour aînés (RPA);
- Les ressources d'hébergement en dépendance (RHD);
- Les services préhospitaliers d'urgence, incluant le Centre de communication santé de la Mauricie et du Centre-du-Québec (CCSMCQ), les services de premiers répondants et les entreprises de transport ambulancier;
- Les organismes communautaires.

De plus, les commissaires peuvent intervenir, de leur propre initiative, s'ils ont des motifs raisonnables de croire que les droits d'une personne ou d'un groupe de personnes ne sont pas respectés.

Examen d'un dossier

L'examen d'un dossier se fait selon une procédure bien établie.

1. Le commissaire reçoit la plainte et peut aider toute personne à formuler ses insatisfactions.
2. Il recueille la version des faits auprès des personnes ou des instances en cause.
3. Il examine l'ensemble des renseignements pour bien cerner le problème.
4. Il intervient de la manière la plus appropriée et sans délai, lorsqu'il est informé qu'une personne fait l'objet de représailles.
5. Il informe la personne de sa conclusion dans un délai de 45 jours prescrit par la loi. La conclusion peut être accompagnée de recommandations. Ces dernières permettent de résoudre les problèmes identifiés par la personne plaignante ou d'améliorer la qualité des services de façon satisfaisante, et ce, dans le respect des droits des usagers.

Motifs d'insatisfaction

Le terme **motif d'insatisfaction** représente l'objet sur lequel porte l'insatisfaction. Par exemple, l'insatisfaction de l'utilisateur qui formule une plainte peut porter sur le délai d'attente à l'urgence ou sur l'attitude d'une infirmière. Ainsi, le **délai d'attente** et l'**attitude de l'infirmière** sont les motifs d'insatisfaction retenus qui feront l'objet d'une enquête par un commissaire.

Ces motifs d'insatisfaction sont regroupés en huit catégories, soit : **accessibilité, aspect financier, droits particuliers, organisation du milieu et ressources matérielles, relations interpersonnelles, soins et services dispensés, autre** et, depuis octobre 2018, s'est ajouté le motif **maltraitance**.

Dans l'exemple cité, le motif d'insatisfaction portant sur le délai d'attente est classé dans la catégorie **accessibilité** et le motif portant sur l'attitude de l'infirmière est classé dans la catégorie **relations interpersonnelles**.

Dans ce contexte, les données présentées dans ce rapport, correspondant au nombre de motifs, reflètent la fréquence des motifs d'insatisfaction soumis pour examen au cours de la dernière année.

Traitement non complété ou complété

Le traitement d'un dossier peut être interrompu pour les raisons suivantes : abandonné par l'utilisateur, cessé, refusé ou rejeté sur examen sommaire.

Le traitement complété d'un dossier peut donner lieu à des mesures d'amélioration ou des recommandations.

Dossiers conclus ou fermés

Un dossier est conclu lorsque la conclusion a été transmise par le commissaire ou par le médecin examinateur à la personne ayant formulé ses insatisfactions. Un dossier est fermé lorsque la conclusion n'a donné lieu à aucune mesure ou lorsque les recommandations/engagements convenus ont été réalisés.

Deuxième instance

La Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2) (LSSSS) prévoit des dispositions permettant aux usagers de déposer une plainte en deuxième instance. Ces instances sont différentes selon qu'il s'agisse de plaintes traitées par les commissaires ou par les médecins examinateurs.

- **Protecteur du citoyen**

Les usagers en désaccord avec la conclusion du commissaire, à la suite du traitement de leur plainte ou à l'expiration du délai de 45 jours prescrit par la LSSSS, peuvent s'adresser en deuxième instance au Protecteur du citoyen. Dans ce cas, le Protecteur du citoyen reprend l'analyse de l'ensemble des insatisfactions exprimées par l'utilisateur. Dès ce moment, il peut formuler ses propres recommandations. Le Protecteur du citoyen a l'obligation de s'assurer que ses recommandations soient mises en application.

Engagement sur le plan provincial

La CPQS est membre du Regroupement des commissaires aux plaintes et à la qualité des services du Québec. Ce regroupement a été mis sur pied afin de favoriser, notamment, l'échange d'expertise et le développement de la pratique, et d'améliorer, par le fait même, la qualité des interventions des commissaires aux plaintes et à la qualité des services du réseau de la santé.

Comité de vigilance et de la qualité

Le comité de vigilance et de la qualité (CVQ) relève du CA du CIUSSS MCQ. Son mandat s'inscrit dans une perspective d'amélioration de la qualité des services offerts dans le respect des droits individuels et collectifs. Ainsi, le CVQ s'assure du bon fonctionnement des activités du bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services ainsi que du traitement diligent des plaintes des usagers. À cet égard, l'une des responsabilités du CVQ est d'assurer, auprès du CA, le suivi des recommandations des commissaires, des médecins examinateurs ou celles du Protecteur du citoyen, relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été réalisées.

De plus, le CVQ veille à ce que le CA s'acquitte, de façon efficace, de ses responsabilités en matière de qualité des services, notamment en ce qui concerne la pertinence, la qualité, la sécurité et l'efficacité des services dispensés au sein de l'établissement, le respect des droits des usagers et du traitement de leurs plaintes.

À titre de membre du comité de vigilance et de la qualité, la CPQS assume le suivi de ses recommandations dans le cadre de l'examen des plaintes et des interventions visant à l'amélioration de la qualité des soins et des services.

Séances au conseil d'administration du CIUSSS MCQ

La CPQS utilise ce moment privilégié afin de dresser un bilan de ses activités et de répondre à tout questionnement relevant de sa compétence.

Autres fonctions de la commissaire

Les autres fonctions des commissaires portent principalement sur la promotion du régime d'examen des plaintes auprès de différentes personnes et sur la promotion de l'indépendance de leur rôle. De plus, les commissaires participent à des activités de promotion des droits des usagers. Le tableau 2 présente les activités relatives aux autres fonctions de la commissaire.

Tableau 2 – Activités relatives à l'exercice des autres fonctions de la commissaire
Période du 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022

Autres fonctions de la commissaire	Nombre	Pourcentage (%)
Promotion / information		
Droits et obligations des usagers	1	0,12
Loi de lutte contre la maltraitance	13	1,54
Code d'éthique (employés, professionnels, stagiaires)	0	0
Régime et procédure d'examen des plaintes	13	1,54
Autres (préciser)	3	0,35
Sous-total	30	3,55 %
Communication au conseil d'administration (en séance)		
Bilan des dossiers des plaintes et des interventions	8	0,95
Attentes du conseil d'administration	6	0,71
Autres (préciser)	2	0,24
Sous-total	16	1,90 %
Participation au comité de vigilance et de la qualité		
Participation au comité de vigilance et de la qualité	11	1,30
Sous-total	11	1,30 %
Collaboration au fonctionnement du régime des plaintes		
Collaboration à l'évolution du régime d'examen des plaintes	388	45,86
Collaboration avec les comités des usagers / résidents	4	0,47
Soutien aux commissaires locaux	250	29,55
Autres	147	17,38
Sous-total	789	93,26 %
Total	846	100,00 %

* Le pourcentage est relatif au total de la colonne.

* Ce tableau inclut le nombre d'activités à l'exercice des autres fonctions de la commissaire.

1.2 Le bilan des dossiers de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Les prochaines pages présentent les résultats des dossiers de plaintes ou d'interventions conclus par l'équipe du bureau de la commissaire aux plaintes, au cours de l'année 2020-2021, selon la mission ou l'instance visée.

Plaintes

Tableau 3 – Bilan des dossiers de plainte selon l'étape de l'examen et l'instance visée

Instance visée	En cours d'examen au début de l'exercice	Reçus durant l'exercice	Conclus durant l'exercice		En cours d'examen à la fin de l'exercice		Transmis au 2 ^e palier (PDC)*
	Nombre	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	Nombre
CH	29	369	44,41	351	43,19	47	6
CHSLD	1	19	2,29	15	1,85	5	1
CLSC	25	238	28,65	231	28,43	32	3
CPEJ	25	100	12,03	110	13,54	15	14
CR	1	26	3,12	26	3,20	1	2
OC	4	6	0,72	10	1,24	0	0
RHD	0	11	1,32	7	0,88	4	0
RI-RTF	2	8	0,97	8	0,99	3	1
RPA	4	31	3,73	30	3,71	5	1
SPU	5	11	1,32	13	1,60	3	0
AUTRES	0	12	1,44	11	1,37	1	1
Total	96	831	100,00 %	812	100,00 %	116	29

* En matière de santé et de services sociaux, le Protecteur du citoyen (PDC) agit généralement en deuxième recours après que la situation ait été examinée par un commissaire ou un commissaire adjoint aux plaintes et à la qualité des services.

Ce tableau démontre que 44 % des plaintes déposées visaient des services en centre hospitalier. Viennent ensuite dans l'ordre, les services en CLSC, en centre jeunesse, en résidence privée pour aînés (RPA) et en centre de réadaptation.

Tableau 4 – Bilan des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu selon le délai d'examen

Délai d'examen	Délai moyen (en jours)	Nombre de dossiers	Taux de respect du délai de 45 jours (%)
Moins de 3 jours	1	46	5,67
De 4 à 15 jours	9	93	11,45
De 16 à 30 jours	22	113	13,92
De 31 à 45 jours	38	129	15,89
Sous-total	22	381	46,93
De 46 à 60 jours	53	130	16,01
De 61 à 90 jours	71	197	24,26
De 91 à 180 jours	118	83	10,22
181 jours et plus	279	21	2,59
Sous-total	85	431	53,08
Total	55	812	100,00 %

Le délai prescrit par la loi pour l'examen des plaintes est de 45 jours. Il n'y a pas de délai prescrit concernant les dossiers d'intervention. On constate que 47 % des plaintes ont été conclues dans un délai de 45 jours ou moins. Le délai moyen pour le traitement des plaintes est passé de 41 jours en 2020-2021 à 55 jours en 2021-2022. Plusieurs absences non prévues au sein de l'équipe du bureau de la commissaire ont eu un impact sur les délais de conclusion.

Tableau 5 – Bilan des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu selon l'auteur

Auteur	Nombre	Pourcentage (%)
Représentant	252	29,54
Usager	601	70,46
Total	853	100,00 %

* Le nombre d'auteurs peut être supérieur au nombre de dossiers, puisqu'il peut y avoir plus d'un auteur (usager, représentant ou tiers) par dossier.

Environ 70 % des plaintes sont formulées par l'utilisateur lui-même, alors qu'un peu plus de 29 % sont formulées par un représentant.

Interventions

Tableau 6 – Bilan des dossiers d'intervention selon l'étape de l'examen et l'instance visée

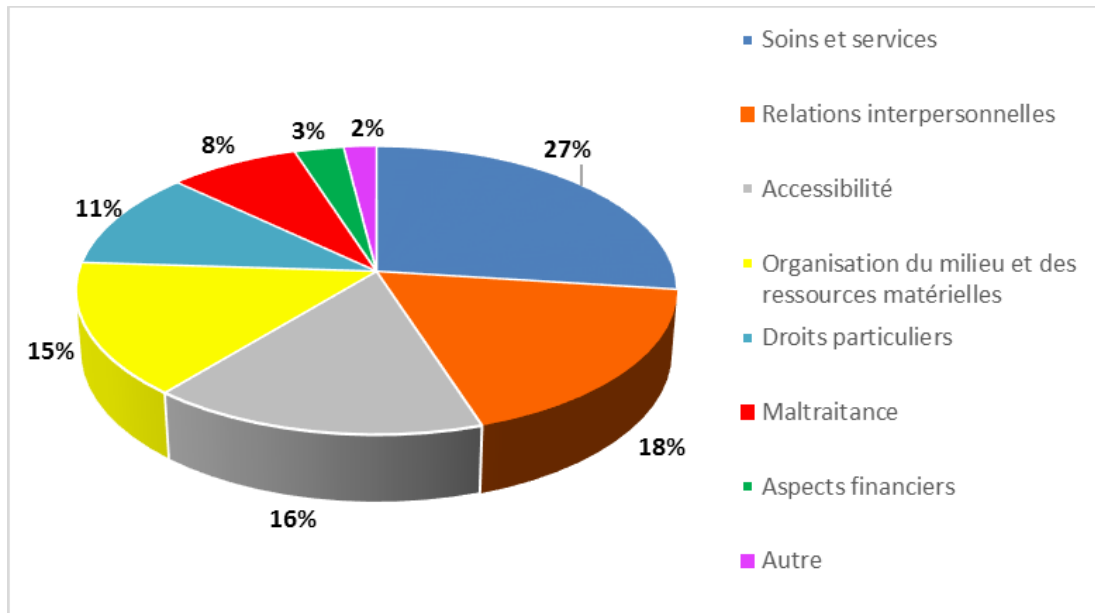
Instance visée	En cours de traitement au début de l'exercice	Amorcés durant l'exercice		Conclus durant l'exercice		En cours de traitement à la fin de l'exercice
	Nombre	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
CH	66	206	31,07	207	30,67	65
CHSLD	46	120	18,10	126	18,67	40
CLSC	32	119	17,95	123	18,22	28
CPEJ	5	31	4,68	33	4,89	3
CR	8	30	4,52	33	4,89	5
OC	1	3	0,45	2	0,30	2
RHD	1	6	0,90	7	1,04	0
RI-RTF	16	40	6,03	46	6,81	10
RPA	30	80	12,07	70	10,37	40
SPU	5	19	2,87	19	2,81	5
AUTRES	0	9	1,36	9	1,33	0
Total	210	663	100,00 %	675	100,00 %	198

Comme pour les plaintes, ce sont les services en centre hospitalier qui étaient concernés par la majorité des dossiers d'intervention amorcés en cours d'année. Les autres services principalement visés parmi les dossiers d'intervention sont les CHSLD, les CLSC, les résidences privées pour aînés (RPA), les ressources intermédiaires (RI), les services en centre jeunesse et les services en réadaptation. Il est à noter que les interventions qui concernent un milieu d'hébergement (CHSLD, RPA et RI) représentent à elles seules 36,2 % des dossiers d'intervention, comparativement à 7 % des dossiers de plainte. Rappelons que les personnes hébergées craignent souvent de subir des représailles si elles formulent une plainte ou encore, ne sont pas en mesure de faire valoir leurs droits. La plupart du temps, ce sont des proches ou des tiers qui s'adressent au bureau de la commissaire. Néanmoins, de façon globale, on remarque une diminution des plaintes et interventions ciblant des milieux d'hébergement comparativement à l'année dernière. Les plaintes et interventions visant des services à domicile ou en CLSC, de même que les services préhospitaliers d'urgence, ont été par contre plus fréquentes.

1.3 Les motifs de plainte et d'intervention au CIUSSS MCQ

Les motifs² des 812 dossiers de plainte et 675 dossiers d'intervention ayant été conclus au cours de la dernière année sont par ordre d'importance : les soins et les services dispensés 27 %, les relations interpersonnelles 18 %, l'accessibilité aux soins et aux services 16 %, l'organisation du milieu 15 %, les droits particuliers 11 %, la maltraitance 8 %, l'aspect financier 3 %, et autre 2 %.

Figure 1 – Pourcentages des motifs de plainte et d'intervention



En ce qui concerne les **soins et services**, les objets de plainte ont porté plus particulièrement sur les décisions cliniques, les interventions/traitements effectués, l'approche, des problématiques de continuité des services, l'insuffisance de services ou de ressources et les compétences techniques et professionnelles.

Les insatisfactions exprimées concernant les **relations interpersonnelles** étaient reliées à l'attitude et aux habiletés de communication; notamment les personnes plaignantes déploraient avoir ressenti un manque d'empathie et de respect, ou encore on reprochait des commentaires inappropriés.

L'**accessibilité** aux services en tant que source d'insatisfaction touchait principalement les délais d'accès, notamment l'accès à un médecin de famille et les difficultés en lien avec les processus pour l'accès aux services, l'accès téléphonique ou sur le web.

Des plaintes en lien avec les mesures de sécurité et de protection, les règles et procédures, le confort et les commodités composent les principales sources d'insatisfaction relatives à l'**organisation du milieu et les ressources matérielles**.

En ce qui concerne les **droits particuliers**, c'est le droit à l'information qui revient le plus souvent, suivi du droit à la confidentialité des informations contenues au dossier médical, le droit à des soins et services sécuritaires, le droit de consentir à ses soins et services et le droit de choisir son établissement (particulièrement en hébergement) et finalement, le droit à l'assistance et l'accompagnement.

² Voir les définitions des motifs de plainte et d'insatisfaction à l'annexe 2
Rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes
et de l'amélioration continue de la qualité des services 2021-2022

Tableau 7 – Comparatif des principaux motifs d'insatisfaction (tableau par catégories d'objet)

Catégories d'objet	2021-2022				2020-2021			
	Plaintes	Interventions	Total	%	Plaintes	Interventions	Total	%
Soins et services	302	218	520	26,7	104	103	207	20,3
Relations interpersonnelles	227	130	357	18,3	117	64	181	17,8
Accessibilité	215	99	314	16,1	76	16	92	9,0
Organisation du milieu et ressources matérielles	145	155	300	15,4	102	149	251	24,7
Droits particuliers	91	115	206	10,6	73	51	124	12,2
Maltraitance	13	148	161	8,3	21	88	109	10,7
Aspect financier	28	22	50	2,5	23	15	38	3,7
Autres	15	26	41	2,1	12	4	16	1,6
Total	1036	913	1949	100 %	528	490	1018	100 %

La fréquence du motif Relations interpersonnelles a augmenté par rapport à l'année dernière et ces insatisfactions touchent plus particulièrement les services d'urgence ainsi que l'accueil dans les installations. On remarque aussi une augmentation de la fréquence des insatisfactions reliées à l'accessibilité aux services comparativement à l'année dernière, alors que ce motif avait tendance à diminuer depuis les trois dernières années. L'année dernière, en pleine pandémie, nous avons remarqué de grandes préoccupations pour tout ce qui touchait la sécurité et la protection, l'hygiène et la salubrité, les mesures de prévention des infections, ainsi que les règles et procédures du milieu, au point où le motif Organisation du milieu et ressources matérielles était en tête de liste des motifs les plus fréquents. On constate que cette année, ce motif est plutôt en quatrième place en ordre de fréquence, ce qui correspond davantage au portrait habituel des années antérieures.

En Annexe 4, on retrouve des exemples de mesures d'amélioration réalisées à la suite de l'examen de dossiers de plaintes ou d'intervention

1.4 Bilan des dossiers traités en maltraitance

La loi 6.3 a pour objet de lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute personne majeure en situation de vulnérabilité, en édictant des mesures qui visent notamment à faciliter la dénonciation des cas de maltraitance et à favoriser la mise en œuvre d'un processus d'intervention concerté.

Cette Loi confie aux commissaires aux plaintes et à la qualité des services la responsabilité de traiter les plaintes et les signalements reçus dans le cadre de la politique de lutte contre la maltraitance envers les personnes en situation de vulnérabilité. De plus, elle prévoit des mesures à l'égard de la personne qui fait un signalement afin d'assurer la confidentialité des renseignements relatifs à son identité, de la protéger contre des mesures de représailles et de lui accorder une immunité contre les poursuites en cas de signalement de bonne foi.

Au cours de l'année 2020-2021, des travaux avaient été réalisés sous la coordination de la DQEPE. Ainsi, la politique de lutte à la maltraitance avait été révisée et une procédure organisationnelle (PRO-20-011) avait été élaborée afin de soutenir les équipes cliniques dans leurs actions. Cette procédure comprend une annexe s'adressant spécifiquement aux ressources non institutionnelles (RNI) et aux résidences privées pour aînés (RPA). Aussi, un plan de communication était mis en œuvre et une section complète concernant la lutte à la maltraitance a été intégrée à l'intranet et au site web de l'établissement. De nets progrès ont donc été réalisés au courant de l'année dernière, et ce, malgré le contexte de pandémie à la COVID-19.

Malgré toutes ces actions réalisées, nous avons constaté que le signalement obligatoire à la commissaire n'est pas effectué avec constance, notamment lorsque la situation concerne un résident en CHSLD. Aussi, nous avons remarqué que la notion de maltraitance organisationnelle demeure méconnue de la part des gestionnaires et des divers intervenants, entraînant une difficulté à la repérer pour la faire cesser. En fait, plusieurs gestionnaires et intervenants ne sont arrivés en poste que récemment, soit depuis environ un an et en pleine pandémie. De plus, le manque de personnel, notamment dans tous les milieux d'hébergement, le manque d'expérience et de formation, la lourdeur des tâches de travail et la fatigue après deux ans de pandémie constituent des facteurs de risque qui appellent à grande vigilance au quotidien. Pour ces raisons, la commissaire formule la recommandation suivante à la personne responsable de la mise en œuvre de la politique :

- 1- Prendre des mesures afin que les gestionnaires et les membres du personnel du CIUSSS MCQ connaissent et respectent les modalités du signalement obligatoire prévu à la loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité (Loi 6.3, Art. 21), ainsi qu'à la politique et à la procédure organisationnelle;
- 2- Clarifier, particulièrement pour l'ensemble des gestionnaire en CHSLD, l'application des lignes directrices (section 6.2) sur la déclaration des accidents-incidents en ce qui a trait au signalement obligatoire à la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services lors d'agression d'un usager envers un autre ou d'un prestataire de services envers un usager;
- 3- Déterminer et mettre en œuvre des actions visant à :
 - a. accroître la sensibilisation, les connaissances et le niveau de vigilance des membres du personnel à l'égard de la maltraitance, notamment sur la maltraitance organisationnelle;
 - b. intensifier les activités de promotion d'une culture de bientraitance, tel que prévu à la politique PO-20-005.

Le Tableau 9 fait état des dossiers traités par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services au cours du présent exercice. On remarque une augmentation de 22 % de dossiers ouverts concernant une situation de maltraitance, dont 96 dossiers avec mesures, soit 67 %.

Dans la majorité des situations traitées (58 %), la maltraitance provenait d'un dispensateur de services. Dans 37 % des situations, la maltraitance provenait d'une personne proche et elle provenait d'un autre usager dans 4 % des situations.

La forme de maltraitance la plus fréquente était la maltraitance physique, (41,5 % des cas), suivie de la maltraitance organisationnelle (17 %), financière (17 %), psychologique (15 %) et sexuelle (7,5 %).

En ce qui a trait à l'instance visée, la majeure partie des signalements ou plaintes en maltraitance concernaient des milieux d'hébergement dans une proportion d'environ 39 % en CHSLD, 16 % en RPA et 11 % en RNI.

Les situations de maltraitance provenant d'un proche concernaient principalement de la maltraitance financière, psychologique et physique sous forme de violence, pour des personnes hébergées en CHSLD ou à domicile.

Tableau 9 – Plaintes et interventions concernant des situations de maltraitance (Loi 6.3)

Année	Nombre de dossiers	Avec mesures	Sans mesures	Nombre de mesures émises
2021-2022	143	96	47	167
2020-2021	94	62	32	79
2019-2020	72	44	28	128

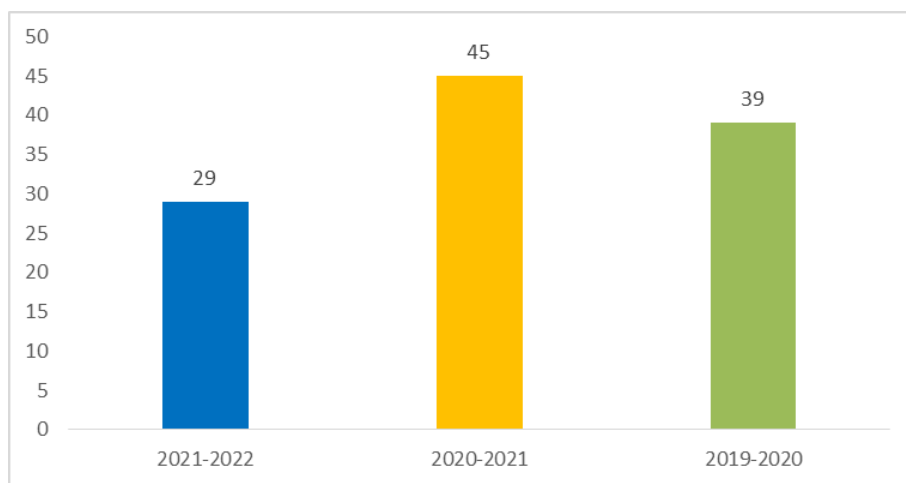
Exemples de recommandations/mesures en lien avec des situations de maltraitance

- La directrice de la RNI a formalisé le processus d'encadrement et de supervision du personnel afin d'assurer une prestation de service de qualité et identifier les améliorations à apporter.
- Formation offerte aux membres du personnel sur l'approche positive envers les usagers.
- Congédiement d'une employée.
- Déclenchement d'un P.I.C. et démarches pour homologation du mandat de protection.
- Changement de milieu de vie et changement de tous les comptes et cartes bancaires de la personne.
- Présence quotidienne d'ASSS au domicile, démarches d'ouverture d'un régime de protection et interventions auprès du fils (personne maltraitante).
- Démarche de consolidation d'équipe afin d'améliorer le climat de travail sur cette unité.
- Formation offerte : Approche milieu de vie et gestion des comportements perturbateurs.
- Surveillance un pour un pour un résident à potentiel agressif en attendant sa relocalisation.
- De concert avec l'équipe SCPD, élaboration d'un plan d'intervention et transfert en îlot prothétique du résident ayant des comportements perturbateurs.
- Implantation d'un mécanisme de coordination entre la GRS et la PCI pour analyse conjointe des demandes d'exception des personnes proches aidantes visant à préserver la santé physique et psychologique d'un usager tout en minimisant le risque de transmission de la Covid-19.
- Se conformer au règlement quant au respect du code d'éthique, incluant l'affirmation d'une philosophie de bientraitance selon laquelle les actions posées envers les résidents doivent favoriser leur bien-être, leur épanouissement, leur pouvoir de décision et respecter leurs droits tels qu'être accueillis, écoutés et aidés selon leurs souhaits, dans le plus grand respect de leur liberté, de leur dignité et de leur intégrité.
- Prendre les mesures nécessaires, avec son équipe, afin de s'assurer que l'ensemble des résidents reçoivent les soins d'hygiène requis (complets et réguliers).
- Mettre en œuvre des mécanismes permettant la participation des usagers aux décisions.
- Assurer une présence et une disponibilité d'encadrement clinique au sein de l'organisme.
- Engagement des exploitants à appliquer les consignes sanitaires en vigueur et à se référer à la ligne RPA/COVID en cas de besoin.
- Améliorer les connaissances du personnel en ce qui a trait à l'approche adaptée pour les personnes âgées (formation disponible sur la plate-forme ENA).

1.5 Protecteur du citoyen

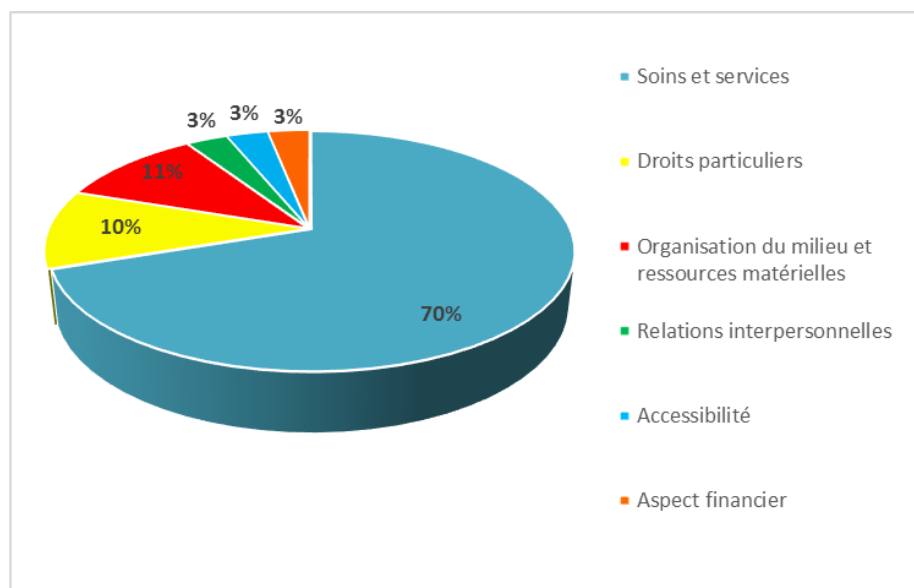
En 2021-2022, nous avons reçu 29 demandes du bureau du Protecteur du citoyen (comparativement à 45 en 2020-2021). En incluant les dossiers transmis antérieurement, le Protecteur du citoyen a traité 40 dossiers en 2021-2022. Pour 26 de ces dossiers, le Protecteur du citoyen confirme les conclusions du bureau de la commissaire. Pour 14 dossiers, le Protecteur a émis 37 recommandations. On remarque que 6 de ces dossiers sont issus de la mission Centre jeunesse et comportent 17 recommandations. Le bureau de la commissaire aux plaintes est en attente de 54 dossiers qui sont toujours à l'étude au bureau du Protecteur du citoyen.

Figure 2 – Nombre total de dossiers transmis au Protecteur du citoyen depuis 3 ans



Tel que démontré dans la figure 3, les soins et les services ainsi que les droits particuliers constituent les principaux motifs de plainte ayant fait l'objet d'un deuxième recours au Protecteur du citoyen.

Figure 3 : Motifs des plaintes transmises au Protecteur du citoyen (2021-2022)



Chapitre 2 |

Le rapport d'activités des médecins examinateurs

2.1 Les médecins examinateurs

Statut

Les médecins examinateurs (ME) sont responsables, envers le conseil d'administration, de l'application de la procédure d'examen des plaintes qui concernent un médecin, un dentiste ou un pharmacien, de même qu'un médecin résident. Ils examinent toute plainte formulée par un usager ou par toute autre personne, concernant un professionnel qui exerce sa profession dans un centre exploité par le CIUSSS MCQ. Le conseil d'administration doit prendre les mesures pour préserver, en tout temps, l'indépendance des ME dans l'exercice de leurs fonctions et éviter toute situation de conflit d'intérêts.

Fonctions

Selon la nature des faits et leurs conséquences sur la qualité des soins ou des services médicaux, dentaires ou pharmaceutiques offerts aux usagers, le ME doit, sur réception de la plainte, décider de son orientation parmi les possibilités suivantes :

- Examiner la plainte;
- Lorsque la plainte soulève des questions d'ordre disciplinaire, le ME doit l'acheminer vers le comité exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CECMDP) afin que la plainte soit examinée par un comité constitué à cette fin;
- Rejeter toute plainte qu'il juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi;
- Processus de traitement des dossiers.

Ce chapitre présente la répartition des dossiers de plainte conclus par les médecins examinateurs pour l'exercice 2021-2022.

2.2 Mot des médecins examinateurs

Les enjeux actuels principaux soulevés par le groupe de médecins examinateurs sont :

- La difficulté à trouver des médecins experts possédant des connaissances spécifiques pour le traitement de certaines plaintes. Cela pourrait ultimement influencer l'orientation prise par le médecin examinateur dans le traitement des plaintes et prolonger leur délai de traitement.
- Les délais importants de traitement des plaintes référées en comité de discipline et en comité de révision. À cet effet, les médecins examinateurs ont de nouveau interpellé le CMDP afin de mettre cette problématique en lumière et de proposer des solutions, par exemple l'instauration de comités statutaires.
- Le suivi des recommandations faites par les médecins examinateurs, que ce soit sur le plan individuel ou systémique. En effet, des relances doivent souvent être faites afin de savoir si les recommandations ont été appliquées, ainsi que l'impact éventuel de ces dernières.

À la fin de l'année dernière, on remarquait une importante diminution du nombre de plaintes médicales reçues, probablement en raison du délestage des services en contexte de pandémie. Cette année, le nombre de plaintes médicales reçues montre une légère augmentation, de même que le nombre de dossiers conclus par les médecins examinateurs.

2.3 Le bilan des activités des médecins examinateurs

Au cours de cette dernière année, les situations portées à l'attention des médecins examinateurs ont permis l'analyse et la conclusion de 117 dossiers de plaintes médicales.

Tableau 10 – Bilan des dossiers de plainte médicale selon l'étape de l'examen

Exercice	En cours d'examen au début de l'exercice		Reçus durant l'exercice		Conclus durant l'exercice		En cours d'examen à la fin de l'exercice		Transmis au 2 ^e palier	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
2021-2022	10	-69	119	34	117	5	12	20	8	60
2020-2021	32	23	89	-41	111	-23	10	-69	5	67
2019-2020	26	-74	151	-2	145	-37	32	23	3	-70

On remarque donc, cette année, une légère augmentation du nombre de dossiers conclus par rapport à l'année précédente. Aussi, on observe une augmentation (34 %) du nombre de plaintes médicales reçues.

Tableau 11 – Bilan des dossiers de plainte médicale selon l'étape de l'examen et l'instance visée

Instance visée	En cours de traitement au début de l'exercice	Reçus durant l'exercice		Conclus durant l'exercice		En cours de traitement à la fin de l'exercice
	Nombre	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
CH	9	95	79,83	95	81,20	9
CLSC	1	17	14,29	15	12,82	3
CHSLD	0	2	1,68	2	1,71	0
CR	0	2	1,68	2	1,71	0
AUTRE	0	3	2,52	3	2,56	0
Total	10	119	100,00 %	117	100,00 %	12

La grande majorité des plaintes médicales concernent des médecins offrant des services en centre hospitalier.

Tableau 12 – Bilan des dossiers de plainte médicale dont l'examen a été conclu selon le délai d'examen

Délai d'examen	Délai moyen (en jours)	Nombre de dossiers	Taux de respect du délai de 45 jours (%)
Moins de 3 jours	1	3	2,56
De 4 à 15 jours	9	16	13,68
De 16 à 30 jours	22	30	25,64
De 31 à 45 jours	37	29	24,79
Sous-total	24	78	66,67
De 46 à 60 jours	52	18	15,38
De 61 à 90 jours	72	11	9,40
De 91 à 180 jours	106	10	8,55
181 jours et plus	0	0	0,00
Sous-total	72	39	33,33
Total	40	117	100,00 %

On constate que le taux de respect du délai de 45 jours s'est amélioré. Ce taux était de 40,55 % en 2020-2021 alors qu'il se situe à 66,67 % en 2021-2022. Le délai moyen de conclusion s'est nettement amélioré, passant de 70 à 40 jours. Les délais de conclusion peuvent être influencés par la disponibilité parfois réduite des médecins examinateurs, la complexité de certaines situations et, parfois, la non disponibilité en temps opportun des informations pertinentes pour l'analyse du dossier (les médecins visés par la plainte, entre autres, n'étant souvent pas rapidement disponibles pour partager leurs observations). Les médecins examinateurs soulignent que la difficulté à accéder à un médecin expert est certainement un facteur qui contribue à prolonger le délai de traitement des plaintes. Peu de solutions sont actuellement disponibles dans ce type de situation.

Tableau 13 – Bilan des dossiers de plainte médicale dont l'examen a été conclu selon l'auteur

Auteur	Nombre	Pourcentage
Représentant	37	30,83
Tiers	7	5,83
Usager	76	63,33
Total	120	100,00 %

Ce tableau nous indique que dans 63,33 % des cas, c'est l'utilisateur lui-même qui a porté plainte. Pour les autres dossiers, l'utilisateur a été représenté par un proche ou par un tiers.

2.4 Les motifs de plainte médicale au CIUSSS MCQ

Les médecins examinateurs ont analysé et conclu 117 dossiers, comportant 168 motifs de plainte, lesquels ont donné lieu à la formulation de 37 mesures d'amélioration. Ces mesures visaient majoritairement des améliorations à portée individuelle (81,08 %) permettant de régler une problématique propre au plaignant. Les recommandations à portée systémique représentent 18,92 % des mesures d'amélioration, c'est-à-dire qu'elles ciblent l'amélioration des soins et des services dans son ensemble, au bénéfice de tous les usagers.

Vingt-cinq motifs de plainte n'ont pas été complétés. Cela s'explique par des plaintes ayant été rejetées par les médecins examinateurs ou par le désistement des plaignants.

Tableau 14 – Bilan des dossiers de plainte médicale dont l'examen a été conclu selon le motif

Catégorie de motifs	Nombre de motifs	Traitement non complété	Avec mesures	Sans mesures	%
Soins et services dispensés	104	18	17	69	61,90
Relations interpersonnelles	41	2	12	27	24,40
Droits particuliers	18	2	8	8	10,72
Accessibilité	5	3	0	2	2,98
Organisation du milieu et ressources matérielles	0	0	0	0	0,00
Aspect financier	0	0	0	0	0,00
Autre	0	0	0	0	0,00
Maltraitance	0	0	0	0	0,00
Total	168	25	37	106	100,00 %

2.5 Les mesures d'amélioration de la qualité des soins et des services ainsi que du respect des droits des usagers

Les recommandations soumises par les médecins examinateurs visent l'amélioration de la pratique médicale et surtout à éviter la répétition de certaines erreurs ou comportements délétères. Elles peuvent avoir une portée systémique, intéressant un groupe de médecins, pharmaciens ou résidents pratiquant une activité commune, ou encore, individuelle, ne s'adressant alors qu'à la pratique spécifique d'un praticien. Les trois grandes catégories de motifs de plainte sont évidemment bien représentées en nombre de recommandations.

Soins et services dispensés

Ce motif est vaste et englobe un nombre varié de sujets de plainte allant de problématiques de décision clinique, de continuité de soins, de notions de compétence technique et professionnelle. Nous avons travaillé en étroite collaboration avec la CPQS afin d'améliorer la qualité des soins dans plusieurs services. Nous souhaitons ainsi simplifier et faciliter la trajectoire de soins des patients en nous basant sur le vécu de ces derniers. Nous tenons à souligner encore cette année, la collaboration des patients, dont plusieurs se sont montrés disponibles afin de contribuer à cette démarche d'amélioration de la qualité des soins.

Relations interpersonnelles

Ce motif de plainte, encore très courant, fait intervenir plusieurs aspects plutôt subjectifs et parfois difficilement vérifiables. À cet égard, le rôle du médecin examinateur en est un de sensibilisation des praticiens en les invitant à revoir certains articles de leur *Code de déontologie* portant justement sur la relation médecin-malade et, de façon plus spécifique, sur les notions de communication, d'attitude et de respect. L'autre partie de ce rôle est également de sensibiliser et d'expliquer aux plaignants le contexte de pratique, les contraintes de leur praticien et de leur suggérer, si possible, des réflexions propres à réconcilier, sinon à concilier les éléments des situations vécues.

Droits particuliers

Malgré les interventions faites à ce sujet, nous constatons que la notion de consentement éclairé et de refus catégorique constitue une problématique récurrente, particulièrement lors d'interventions données sous sédation, tels les examens endoscopiques.

En annexe 4, on retrouve le tableau 15 qui présente le libellé de quelques recommandations formulées par les médecins examinateurs dans le but d'apporter des améliorations de la qualité des soins et des services.

Tableau 16 – Dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires

	2021-2022	2020-2021
Nombre de dossiers transmis	5	10

Lorsque la plainte soulève des questions d'ordre disciplinaire, le médecin examinateur doit l'acheminer vers le comité exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CECMDP) afin que la plainte soit examinée par un comité constitué à cette fin. Le comité de discipline est toujours un comité ad hoc, formé selon la situation à examiner. Le comité est formé de trois membres qui sont nommés par le CECMDP. Ce comité procède à l'analyse et fait rapport au CECMDP qui lui, fait ensuite ses recommandations au Conseil d'administration.

Chapitre 3 |

Le rapport du comité de révision

3.1 Le comité de révision

À la suite d'une plainte médicale, l'article 52 de la LSSSS prévoit qu'une personne plaignante peut s'adresser au comité de révision du CIUSSS MCQ pour réviser le traitement accordé à sa plainte par le ME ou à l'expiration du délai de 45 jours prescrit par la loi. Ce comité dispose de 60 jours pour donner son avis.

Le comité de révision est composé de trois membres, soit deux médecins de l'établissement et un administrateur du conseil d'administration du CIUSSS MCQ, lequel agit à titre de président du comité. Ce comité a pour fonction de réviser le traitement accordé à l'examen d'une plainte de l'utilisateur par le médecin examinateur. À cet effet, il doit prendre connaissance de l'ensemble du dossier de plainte de l'utilisateur, s'assurer que l'examen de la plainte a été effectué de façon appropriée, diligemment et avec équité, et que les motifs des conclusions du médecin examinateur, le cas échéant, se fondent sur le respect des droits et des normes professionnelles.

Au terme de sa révision, le comité doit communiquer, par écrit, un avis motivé à l'utilisateur, au professionnel concerné, au médecin examinateur ainsi qu'à la commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Le comité de révision peut être appelé à conclure l'une des options suivantes :

- Confirmer les conclusions du médecin examinateur;
- Requérir de ce dernier qu'il effectue un complément d'examen;
- Recommander au médecin ou aux parties toute mesure de nature à les réconcilier;
- Lorsque requis, une copie de la plainte est acheminée au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du CIUSSS (ci-après, CMDP) pour son étude à des fins disciplinaires par un comité constitué à cette fin.

La décision du comité de révision est finale et ne peut être révisée.

Enfin, la Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit que le comité de révision transmette au conseil d'administration, au CMDP et à la commissaire aux plaintes et à la qualité des services, au moins une fois par année, un rapport décrivant les motifs des plaintes ayant fait l'objet d'une demande de révision de ses conclusions.

3.2 Bilan des activités du comité de révision

Tableau 17 – Bilan des dossiers de plainte selon l'étape de l'examen

En cours d'examen au début de l'exercice	Reçus durant l'exercice	Conclus durant l'exercice	En cours d'examen à la fin de l'exercice
4	8	3	9

Tableau 18 – Évolution du bilan des dossiers de plainte selon l'étape de l'examen

Exercice	En cours d'examen au début de l'exercice		Reçus durant l'exercice		Conclus durant l'exercice		En cours d'examen à la fin de l'exercice	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
2021-2022	4	300	8	60	3	50	9	125
2020-2021	1	(80)	5	67	2	(71)	4	300
2019-2020	5	67	3	(70)	7	(13)	1	(80)

Tableau 19 – Bilan des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu selon le motif

Catégorie de motifs	Nombre de motifs	Traitement non complété	Avec mesures	Sans mesures	%
Soins et services dispensés	4	1	1	2	100,00
Relations interpersonnelles	0	0	0	0	0,00
Droits particuliers	0	0	0	0	0,00
Accessibilité	0	0	0	0	0,00
Organisation du milieu et ressources matérielles	0	0	0	0	0,00
Aspect financier	0	0	0	0	0,00
Autre	0	0	0	0	0,00
Total	4	1	1	2	100,00 %

Pour les quatre motifs de plaintes traitées en deuxième instance, le comité de révision a formulé une mesure d'amélioration. Le délai moyen de traitement des dossiers par le comité de révision a été de 279 jours. Cette année encore, les difficultés à programmer des dates de rencontre convenant à tous les membres ont eu des impacts sur les délais de traitement des demandes de révision.

Chapitre 4 |

Rapport pour les CHSLD privés conventionnés

Mise en contexte

Le 1er juin 2021 entrain en vigueur la Loi visant à renforcer le régime d'examen des plaintes du RSSS notamment pour les usagers qui reçoivent des services des établissements privés. À partir de cette date, les plaintes et les signalements émanant des usagers de ces établissements sont désormais traités par les commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services (CLPQS) des centres intégrés et centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CISSS et CIUSSS) du territoire où sont situés ces établissements. Les CLPQS sont également responsables de la réception et du traitement des signalements de maltraitance provenant des usagers des établissements privés et de leurs proches. Pour la région de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, on retrouve deux établissements privés conventionnés, soit le CHSLD Vigi Les Chutes à Shawinigan et le CHSLD Foyer Sts-Anges de Ham-Nord.

Cette section présente le bilan de l'application de la procédure d'examen des plaintes pour chacun de ces deux établissements.

Foyer Sts-Anges de Ham-Nord

Le 2 juin 2021, la commissaire a effectué une visite au Foyer Sts-Anges afin de rencontrer le propriétaire, la directrice des soins et la représentante du comité des usagers. Après une visite des lieux, cette rencontre fut l'occasion de présenter le fonctionnement du régime d'examen des plaintes et de clarifier les mécanismes de communication entre les responsables de cet établissement et la Commissaire. Par la suite, nous avons eu 3 rencontres du comité de vigilance et de la qualité, soit le 7 juillet 2021, le 14 septembre 2021 et le 9 décembre 2021. Aussi, la commissaire a été consultée dans le cadre de la visite du Conseil canadien d'agrément des services de santé et elle a assisté à la rencontre bilan de cette visite.

À noter que les informations à jour concernant le régime d'examen des plaintes et la façon d'y recourir ont été mises à jour sur le site web de l'établissement foyer Sts-Anges.

Les plaintes

Bilan des dossiers de plainte, niveau et délais de traitement

Comme le présente le tableau suivant, une seule plainte a été déposée en cours d'année.

Plaintes	En cours d'examen au début de l'exercice	Reçus durant l'exercice	Conclus durant l'exercice	En cours d'examen à la fin de l'exercice	Délai de traitement moyen (nb de jours)
2021-2022	0	1	1	0	71
2020-2021	0	0	0	0	S.O.

Recours au Protecteur du citoyen

Les usagers qui seraient en désaccord avec la conclusion de la commissaire, à la suite du traitement de leur plainte ou à l'expiration du délai de 45 jours prescrit par la LSSSS, peuvent s'adresser en deuxième instance au Protecteur du citoyen. Dans ce cas, le Protecteur du citoyen reprend l'analyse de l'ensemble des insatisfactions exprimées par l'utilisateur. Dès ce moment, il peut formuler ses propres recommandations. Le Protecteur du citoyen a l'obligation de s'assurer que ses recommandations soient mises en application.

Pour 2020-2021, le seul dossier de plainte ayant été conclu n'a pas fait l'objet d'un recours au protecteur du citoyen.

Les interventions

Bilan des interventions

La commissaire n'a traité aucun dossier d'intervention en 2020-2021.

Motifs des plaintes et des interventions

Le seul dossier de plainte ayant été traité comportait deux motifs principaux, soit l'organisation du milieu et les ressources matérielles ainsi que les relations interpersonnelles.

Ventilation des motifs de plaintes et d'interventions conclues selon leur catégorie en 2021-2022

MOTIF	Plaintes		Interventions		TOTAL	%
	Nombre	%	Nombre	%		
Accessibilité	0	-	0	-	0	-
Aspect financier	0	-	0	-	0	-
Droits particuliers	0	-	0	-	0	-
Maltraitance (Loi)	0	-	0	-	0	-
Organisation du milieu et ressources matérielles	1	50 %	0	-	1	50 %
Relations interpersonnelles	1	50 %	0	-	1	50 %
Soins et services dispensés	0	-	0	-	0	-
Autre	0	-	0	-	0	-
TOTAL	2	100 %	0	0	2	100 %

Vol et Maltraitance

La loi 6.3 a pour objet de lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute personne majeure en situation de vulnérabilité, en édictant des mesures qui visent notamment à faciliter la dénonciation des cas de maltraitance et à favoriser la mise en œuvre d'un processus d'intervention concerté.

Cette Loi confie aux commissaires aux plaintes et à la qualité des services la responsabilité de traiter les plaintes et les signalements reçus dans le cadre de la politique de lutte contre la maltraitance envers les personnes en situation de vulnérabilité. De plus, elle prévoit des mesures à l'égard de la personne qui fait un signalement afin d'assurer la confidentialité des renseignements relatifs à son identité, de la protéger contre des mesures de représailles et de lui accorder une immunité contre les poursuites en cas de signalement de bonne foi.

Aucun signalement ni plainte concernant une situation de maltraitance n'a été reçu en cours d'année.

Les autres activités du commissaire

Les autres fonctions des commissaires portent principalement sur la promotion du régime d'examen des plaintes auprès de différentes personnes et sur la promotion de l'indépendance de leur rôle. De plus, les commissaires participent à des activités de promotion des droits des usagers. En raison du contexte de pandémie à la Covid-19, aucune activité de promotion n'a été réalisée au Foyer Sts-Anges.

Il a été convenu que la commissaire serait invitée lorsque l'activité extérieure annuelle, réunissant les résidents et leurs proches, pourra de nouveau être réalisée.

À noter qu'on recense un dossier d'assistance ayant été réalisé en cours d'année.

Mesures d'amélioration

Voici le libellé des deux recommandations formulées par la commissaire afin que soient apportées des améliorations à la qualité des soins et des services.

Motifs/Nombre de mesures	Catégories de mesure	Mesures d'amélioration
Organisation du milieu et ressources matérielles 1 mesure	Mécanismes de prévention des infections	Recommandation : Vérifier que l'adresse courriel de la personne répondante apparaît bien dans votre liste d'envoi, pour la transmission des modifications aux consignes sanitaires, le cas échéant. Suivi : Vérification effectuée et adresse présente.
Relations interpersonnelles 1 mesure	Confidentialité	Rappeler à l'ensemble des membres du personnel l'importance de préserver la confidentialité des informations auxquelles ils ont accès dans le cadre de leur travail. Suivi : un rappel personnalisé auprès de chaque intervenant a été effectué.

Rapport du médecin examinateur

Aucune plainte médicale n'a été reçue.

CHSLD Vigi Les Chutes

La commissaire aux plaintes et à la qualité des services a la responsabilité de traiter les plaintes et les signalements pour les résidents du CHSLD Vigi Les Chutes et leurs proches. Mentionnons que la commissaire du CIUSSS MCQ ne participe pas directement au comité de vigilance et de la qualité du groupe Vigi, sauf exception. En effet, c'est le commissaire du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal qui est désigné pour faire partie du comité de vigilance et de la qualité de cette organisation dont le siège social est situé sur le territoire du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal. La commissaire du CIUSSS MCQ doit cependant transmettre les rapports d'activités, soit le bilan des plaintes, interventions, assistances, consultations et plaintes médicales pour Vigi Les Chutes, en prévision de chacune des rencontres du comité de vigilance et de la qualité du groupe Vigi.

Les plaintes

Bilan des dossiers de plainte, niveau et délais de traitement

Aucune plainte n'a été reçue au cours d'année 2021-2022.

Plaintes	En cours d'examen au début de l'exercice	Reçus durant l'exercice	Conclus durant l'exercice	En cours d'examen à la fin de l'exercice	Délai de traitement moyen (nb de jours)
2021-2022	0	0	0	0	N/A
2020-2021	0	0	0	0	N/A

Recours au Protecteur du citoyen

Les usagers qui seraient en désaccord avec la conclusion de la commissaire, à la suite du traitement de leur plainte ou à l'expiration du délai de 45 jours prescrit par la LSSSS, peuvent s'adresser en deuxième instance au Protecteur du citoyen. Dans ce cas, le Protecteur du citoyen reprend l'analyse de l'ensemble des insatisfactions exprimées par l'usager. Dès ce moment, il peut formuler ses propres recommandations. Le Protecteur du citoyen a l'obligation de s'assurer que ses recommandations soient mises en application.

Pour 2021-2022, comme il n'y a eu aucune plainte, ce recours ne s'applique pas.

Les interventions

Bilan des interventions

Nous avons ouvert deux dossiers d'intervention en cours d'année.

Interventions	En cours d'examen au début de l'exercice	Reçus durant l'exercice	Conclus durant l'exercice	En cours d'examen à la fin de l'exercice
2021-2022	0	2	2	0

2020-2021	0	0	0	0
-----------	---	---	---	---

Motifs des plaintes et interventions

Le seul dossier de plainte ayant été traité comportait deux motifs principaux, soit l'organisation du milieu et les ressources matérielles ainsi que les relations interpersonnelles.

Ventilation des motifs de plaintes et d'interventions conclue selon leur catégorie en 2021-2022

MOTIF	Plaintes		Interventions		TOTAL	%
	Nombre	%	Nombre	%		
Accessibilité	0	-	1	-	1	-
Aspect financier	0	-	0	-	0	-
Droits particuliers	0	-	2	-	2	-
Maltraitance (Loi)	0	-	2	-	2	-
Organisation du milieu et ressources matérielles	0		1	-	1	50 %
Relations interpersonnelles	0		0	-	0	50 %
Soins et services dispensés	0	-	2	-	2	-
Autre	0	-	0	-	0	-
TOTAL	2	100 %	8	0	8	100 %

Les insatisfactions relatives aux droits particuliers étaient en lien avec des facteurs de risques propres à l'usager n'ayant pas été suffisamment considérés et au droit de consentir de façon libre et éclairée aux services. En ce qui a trait aux soins et services, les insatisfactions étaient en lien avec des décisions cliniques et la continuité des services. Pour ces motifs, des recommandations ont été émises, par contre, pour tous les autres motifs, aucune recommandation n'a été formulée et des informations et clarifications ont été transmises aux plaignants.

Volet Maltraitance

La loi 6.3 a pour objet de lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute personne majeure en situation de vulnérabilité, en édictant des mesures qui visent notamment à faciliter la dénonciation des cas de maltraitance et à favoriser la mise en œuvre d'un processus d'intervention concerté.

Cette Loi confie aux commissaires aux plaintes et à la qualité des services la responsabilité de traiter les plaintes et les signalements reçus dans le cadre de la politique de lutte contre la maltraitance envers les personnes en situation de vulnérabilité. De plus, elle prévoit des mesures à l'égard de la personne qui fait un signalement afin d'assurer la confidentialité des renseignements relatifs à son identité, de la protéger contre des mesures de représailles et de lui accorder une immunité contre les poursuites en cas de signalement de bonne foi.

Deux signalements pour des allégations de maltraitance ont été reçus en cours d'année mais après vérification, l'un s'est avéré non fondé et pour l'autre, des actions des informations de clarification ont été transmises.

Les autres activités du commissaire

Les autres fonctions des commissaires portent principalement sur la promotion du régime d'examen des plaintes auprès de différentes personnes et sur la promotion de l'indépendance de leur rôle. De plus, les commissaires participent à des activités de promotion des droits des usagers. Des communications ont eu lieu avec les responsables afin de clarifier les mécanismes de communication

et de collaboration. Aucune activité de promotion n'a été réalisée, en raison des mesures sanitaires visant à prévenir la propagation de la Covid-19.

À noter qu'on recense deux dossiers d'assistance ayant été réalisés en cours d'année.

Mesures d'amélioration

Voici le libellé des deux recommandations formulées par la commissaire afin que soient apportées des améliorations à la qualité des soins et des services.

Motifs/Nombre de mesures	Catégories de mesure	Mesures d'amélioration
Soins et services 3 mesures	Décision clinique/évaluation et jugement professionnel	Recommandation : S'assurer d'évaluer adéquatement la capacité des résidents à sortir lors de journées de canicule. Suivi : Nous avons une procédure Chaleur accablante et extrême- Révision en juin 2021 (Annexe au plan d'urgence) Poursuivre la Capsule donnée aux équipes; faire un rappel lors de journée de canicule; s'assurer d'évaluer adéquatement la capacité des résidents à sortir lors de journée de canicule. S'assurer de consulter les notes d'observations cliniques infirmières, au besoin consulter le médecin. Consigner l'orientation choisie selon la condition. Ces rappels seront effectués dès le mois de mai. Recommandation : S'assurer d'évaluer adéquatement la capacité des résidents à sortir pour les divers rendez-vous. Suivi : Ajout à notre politique DSP-140 Consultation médicale suite à cette recommandation : Valide si la volonté et la condition clinique du résident lui permettent d'aller à son rendez-vous. Inscrire une note d'évolution à cet effet. (la politique sera adoptée sous peu) Assurer la diffusion fréquente de cette politique.
	Continuité	Mesure d'amélioration : La directrice des soins a pris les mesures requises afin que les contacts des gestionnaires avec les répondants soient consignés lorsque requis.
Droits particuliers	Consentement libre et éclairé aux services	Recommandation : En collaboration avec le DSP, explorer la possibilité d'établir rapidement le niveau de soins (NIM) lors de l'admission d'un

Motifs/Nombre de mesures	Catégories de mesure	Mesures d'amélioration
	Sécurité de l'utilisateur/ Facteur de risque propre à l'utilisateur non considéré	résident. Suivi : Une politique est établie depuis avril 1997, révisée en septembre 2020, et répond aux pratiques attendues. Dans notre politique DSP-164 Niveau de soins et réanimation cardio respiratoire, le délai à l'admission d'un nouveau résident pour déterminer le NIM est de 4-8 semaines. De plus, le dépliant Niveau de soins, prenez part à la discussion, de l'INESSS est remis au résident ou son répondant lors de l'admission et disponible en tout temps dans notre album de dépliants. (en contexte hors pandémie). Nous continuons de nous assurer que le processus à l'admission est bien connu et respecté. Engagement : La Directrice des soins s'assurera que la situation du décès de la résidente soit considérée comme un événement sentinelle et revue sous l'angle de la gestion des risques dans une perspective d'amélioration et un retour sera fait avec plaignante. En attente du suivi.

Rapport du médecin examinateur

Aucune plainte médicale n'a été reçue.

Annexes

Types de dossiers

Au cœur de leur mandat, les commissaires traitent les dossiers selon les catégories qui suivent.

Plainte

Insatisfaction exprimée par un usager, son représentant ou l'héritier d'une personne décédée, concernant les services offerts à l'utilisateur ou requis par ce dernier.

Plainte concernant un médecin, un dentiste, un pharmacien ou un résident

Concerne une insatisfaction exprimée auprès du commissaire aux plaintes et à la qualité des services, par toute personne, relativement à la conduite, au comportement ou à la compétence d'un médecin, d'un dentiste, d'un pharmacien ou d'un résident. La plainte qui implique un contrôle ou une appréciation des actes médicaux, dentaires ou pharmaceutiques relève aussi de la compétence du médecin examinateur.

Assistance

Demande d'aide à la formulation d'une plainte ou d'une demande pour avoir accès à des soins ou à des services.

Intervention

Enquête entreprise par les commissaires ayant des motifs raisonnables de croire que les droits des usagers ne sont pas respectés à la suite de faits rapportés ou observés.

Consultation

Demande d'avis auprès d'un commissaire sur l'application du régime d'examen des plaintes et le respect des droits des usagers ou sur tout autre sujet pertinent à leurs fonctions, comme les politiques de l'établissement.

Motifs de plainte et d'intervention

Accessibilité et continuité

- Concerne les modalités des mécanismes d'accès;
- Concerne l'accès au bon service, au moment opportun, et dispensé aussi longtemps que le nécessite l'état de l'usager.

Aspect financier

Concerne la contribution financière des usagers à certains services selon les normes prévues par la loi :

- Facture d'hôpital;
- Facture d'ambulance;
- Contribution au placement;
- Aide matérielle et financière (maintien à domicile, répit-dépannage, etc.).

Droits particuliers

Concerne l'obligation d'informer adéquatement les usagers :

- Sur leur état de santé;
- Sur les services offerts;
- Sur les droits, recours et obligations.

Concerne le droit des usagers :

- De consentir aux soins;
- De porter plainte;
- De participer à toutes décisions le concernant sur son état de santé et de bien-être.

Maltraitance

- Le terme **maltraitance** désigne les mauvais traitements, l'abus, la négligence et la violence dont une personne est victime. Il y a maltraitance quand un geste singulier ou répétitif, ou une absence d'action appropriée, se produit de façon intentionnelle ou non, dans une relation où il devrait y avoir de la confiance, et que cela cause du tort ou de la détresse chez une personne âgée ou vulnérable.

Organisation du milieu et des ressources matérielles

Concerne l'environnement matériel, physique et humain au sein duquel le service est donné et qui influe sur sa qualité :

- Mixité des clientèles;
- Hygiène et salubrité;
- Propreté des lieux;
- Sécurité et protection

Relations interpersonnelles

- Concerne l'intervenant, la relation d'aide qu'il a avec l'usager, l'assistance et le soutien qu'il lui porte, et fait appel aux notions de respect, d'empathie et de responsabilisation;

Soins et services dispensés

- Concerne l'application des connaissances, du **savoir-faire** et des normes de pratique des intervenants;
- Concerne l'organisation et le fonctionnement général des soins et des services qui affectent la qualité des services.

Liste des droits des usagers

- Le droit d'être informé sur les services existants et sur la façon de les obtenir.
- Le droit de recevoir des services adéquats sur les plans scientifiques, humains et sociaux, avec continuité, et de façon personnalisée et sécuritaire.
- Le droit de choisir le professionnel ou l'établissement dont les services seront reçus.
- Le droit de recevoir des soins en cas d'urgence.
- Le droit d'être informé sur son état de santé ainsi que sur les solutions possibles et leurs conséquences avant de consentir à des soins le concernant.
- Le droit d'être informé, le plus tôt possible, de tout accident survenu au cours d'une prestation de services.
- Le droit d'être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie, de ses besoins et de sa sécurité, dans toute intervention.
- Le droit d'accepter ou de refuser les soins de façon libre et éclairée lui-même ou par l'entremise de son représentant.
- Le droit d'accès à son dossier, lequel est confidentiel.
- Le droit de participer aux décisions le concernant.
- Le droit d'être accompagné ou assisté d'une personne de son choix pour obtenir des informations sur les services.
- Le droit de porter plainte, sans risque de représailles, d'être informé de la procédure d'examen des plaintes et d'être accompagné ou assisté à toutes les étapes de ses démarches, si nécessaire.
- Le droit d'être représenté relativement à tous les droits reconnus advenant son inaptitude, temporaire ou permanente, à donner son consentement.
- Le droit de l'utilisateur anglophone de recevoir des services en langue anglaise, conformément au programme d'accès gouvernemental.

Les mesures d'amélioration de la qualité des soins et des services ainsi que du respect des droits des usagers

Une mesure peut prendre la forme d'une recommandation adressée par le commissaire, d'une mesure corrective appréciable immédiatement ou d'un engagement d'un gestionnaire pour corriger ou améliorer une situation.

Une mesure peut être à portée individuelle ou systémique. La mesure à portée individuelle n'a généralement d'effet que pour la personne concernée et vise à régler une situation particulière. La mesure à portée systémique vise à prévenir la répétition d'une situation ou à améliorer la qualité des services pour un ensemble de personnes ou pour les usagers futurs du service.

Voici le libellé de quelques mesures (mesures d'amélioration, engagements de gestionnaires ou recommandations) qui ont été prises à la suite de l'examen de situations ayant été soumises à l'attention de la commissaire.

Tableau 8 – Exemples de recommandations pour les installations du CIUSSS MCQ³

Motifs/Nombre de mesures	Catégories de mesure	Mesures d'amélioration
Soins et services dispensés 204 mesures	Évaluation et jugement professionnel	Recommandation : Prendre des mesures afin de s'assurer de la prestation sécuritaire et de la qualité des soins de l'infirmière visée. (<i>SUIVI : Évaluation aléatoire de 10 triages; assurance du maintien des compétences selon les exigences de l'OIIQ via la formation obligatoire; lecture des communiqués hebdomadaires afin d'être à jour au sujet des nouveautés (protocoles, procédures); évaluation de triage 3 fois par année; participation au programme de formation EPICC; suivi et encadrement.</i>)
	Habiletés techniques et professionnelles	Recommandation : Revoir, avec les ambulanciers concernés et un formateur en entreprise, les protocoles en lien avec l'appréciation clinique préhospitalière médicale et l'évaluation complète de la personne sachant qu'elle avait fait une chute de sa hauteur plus tôt en journée. (<i>SUIVI : Rencontres des deux techniciens ambulanciers par le formateur régional. Une revue de l'intervention a été réalisée et les discussions ont porté notamment sur l'évaluation clinique/traumatique, les différents instruments d'évacuation en situation similaire, la rédaction du formulaire AS-803, la transmission des données audionumériques au CIUSSS MCQ.</i>)
	Organisation des soins et services	Recommandation : Valider l'existence d'une procédure commune et explicite, destinée aux PAB, en matière de nettoyage et d'entreposage des prothèses dentaires en centre d'hébergement afin d'éviter toute confusion. En l'absence d'une telle procédure, voir à en élaborer une et en informer l'ensemble des PAB afin d'uniformiser les façons

³ À noter que le motif maltraitance est détaillé à la section 1.5
Rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes
et de l'amélioration continue de la qualité des services 2021-2022

Motifs/Nombre de mesures	Catégories de mesure	Mesures d'amélioration
		de faire. (<i>SUIVI</i> : La Règle de soins infirmiers buccodentaires en CHSLD (RSI-15-014) et le Programme québécois de soins buccodentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche en CHSLD - Cadre de référence ont été identifiés comme étant les références en la matière. Une séquence de déploiement a été présentée et acceptée au comité buccodentaire.)
	Organisation des services réseau	Recommandation : Analyser cette situation afin d'identifier les lacunes ayant entraîné un manque de soutien, autant pour l'enfant que pour la PFAP et déterminer les actions requises afin d'éviter la récurrence d'une situation semblable. (<i>SUIVI</i> : À la suite des différents constats, un rappel a été effectué auprès de la personne autorisée ainsi que de l'équipe évaluation-orientation, sur la nécessité de respecter l'article 69 de la LPJ qui prévoit de se rendre sur les lieux afin de s'assurer des conditions de vie de l'enfant. Il a également été rappelé de recourir aux services des agents de suivi qui agissent au sein des équipes évaluation-orientation, lors de telles situations.)
	Approche thérapeutique	Recommandation : En collaboration avec la direction DI-TSA-DP, mettre en place les moyens et mécanismes permettant aux intervenants des urgences de recevoir le soutien nécessaire, le cas échéant, pour la clientèle DI-TSA. (<i>SUIVI</i> : La jeune fille et sa mère, à titre d'usagers-partenaires volontaires, feront une courte présentation de type mini-conférence auprès des chefs administratifs, des cogestionnaires médicaux et des ASI pour sensibiliser le personnel à l'approche à favoriser en présence de cette clientèle. La conférence pourra être présentée à différents moments et enregistrée pour rediffusion ultérieure. Cette solution s'ajoute aux dépliants explicatifs qui sont déjà disponibles.)
	Évaluation et jugement professionnel	Mesure d'amélioration : Rappel effectué auprès de l'ensemble des infirmières et ASI que lors d'un retour en hébergement, l'infirmière doit toujours communiquer avec la résidence pour lui transmettre les informations pertinentes et organiser le transport de façon sécuritaire.
	Continuité inter quarts de travail	Recommandation : S'assurer que tous les usagers qui quittent l'unité en transport adapté soient vêtus de leurs vêtements personnels lorsque ces derniers les ont en leur possession, ceci pour leur confort et leur dignité. (<i>SUIVI</i> : la gestionnaire a effectué un rappel aux employés de toujours vêtir les usagers avec leurs effets personnels lorsqu'ils quittent l'unité de soins.)
	Évaluation et jugement professionnel	Recommandation : S'assurer que toutes les mesures alternatives aux mesures de contrôle, et adaptées aux besoins d'un usager, soient mises en place pour prévenir les chutes et les blessures. (<i>SUIVI</i> : Publications des cadres de références sur les

Motifs/Nombre de mesures	Catégories de mesure	Mesures d'amélioration
		<i>mesures de contrôle (contention) sur notre groupe en ligne ainsi que dans le poste de garde des infirmières. Publications des cadres de références et des fiches explicatives sur la prévention des chutes et mesures alternatives sur notre groupe en ligne ainsi que dans le poste de garde des infirmières.)</i>
Relations interpersonnelles 225 mesures	Abus par un intervenant, par un professionnel, ou un médecin \ D'autorité	Mesure d'amélioration effectuée par la gestionnaire : Diffusion d'une capsule animée et affichage sur la station visuelle pour expliquer les différents rôles du proche aidant et mettre l'emphasis sur le fait que ce sont des partenaires.
	Communication / attitude \ Attitude non verbale inappropriée	Recommandation : Sensibiliser l'intervenante et l'ensemble des intervenants au danger d'interprétation lorsqu'on utilise l'humour et leur rappeler de faire preuve de bienveillance envers l'usager. (SUIVI : Sensibilisation de l'intervenante; Rencontre avec les coordonnatrices cliniques concernant la vigilance requise en lien avec l'utilisation de l'humour comme moyen d'intervention par nos intervenants. Rencontre stand up : sensibilisation pour tous les intervenants.)
	Fiabilité / disponibilité	Application de mesures : 1) Une rencontre de réconciliation a eu lieu et l'employée a présenté ses excuses et a rassuré la personne plaignante pour la poursuite des services. 2) L'infirmière auxiliaire a été rencontrée et les rappels lui ont été adressés afin que la situation ne se répète plus.
Accessibilité 76 mesures	Difficulté d'accès	Mesure d'amélioration : Le formulaire de requête en électrophysiologie a été actualisé en y ajoutant les modes de transmission possibles, notamment par voie électronique.
	Délais / Temps d'attente pour obtenir un rendez-vous	Mesure d'amélioration : Ajout de plages horaires supplémentaires pour desservir les usagers dont le temps d'attente est hors du délai prescrit. Ces journées sont des ajouts au canevas d'horaire habituel et ont permis de voir près de 90 usagers de plus en clinique externe.
	Difficulté d'accès / Aux services formellement requis	Recommandation : Devant l'absence de directives concernant les demandes d'hébergement interrégionales et dans l'attente qu'elles soient clarifiées et formalisées, traiter la demande en hébergement de l'usagère sur le même pied d'égalité que toute autre demande d'hébergement en MCQ. (SUIVI : En considérant les besoins de l'usagère, soit d'avoir un milieu de vie adapté, et l'état de santé de cette dernière qui se dégradait dans la RPA où elle vivait, la direction DI-TSA-DP a intensifié les recherches d'une ressource de type familial. Une opportunité s'est présentée dans une RTF qui correspondait aux besoins de l'usagère et

Motifs/Nombre de mesures	Catégories de mesure	Mesures d'amélioration
		<i>de ses proches et celle-ci a pu intégrer cette ressource rapidement.)</i>
	Délais / Temps réponse	Mesure d'amélioration : En imagerie médicale, mise en place d'un processus régional de vérification des dictées non finalisées à raison d'une fois par mois, dans le but d'éviter des délais dans la transmission des résultats.
	Délais / Rendez-vous	Mesure d'amélioration : Afin d'éviter tout malentendu pour l'actualisation des rendez-vous, un rappel a été fait aux intervenants de se montrer vigilants et de toujours laisser des traces dans le système lors de la prise de rendez-vous et aussi lors de toute modification à un rendez-vous.
	Délais / Report / D'examen ou d'évaluation	Recommandation : Clarifier le cheminement d'une demande d'examen selon la procédure en vigueur en vue de l'harmoniser avec le logiciel MédiVisit. (SUIVI en cours.)
Organisation du milieu et ressources matérielles 135 mesures	Respect des normes requises / Guide alimentaire	Recommandation : Revoir les repas dont l'apport en protéines semble insuffisant. (SUIVI : Refonte complète du menu, lequel est maintenant offert sur 5 semaines.)
	Sécurité et protection / système d'appel à l'aide	Recommandation : Procéder à des audits afin d'établir et, s'il y a lieu, améliorer le délai moyen de réponse aux cloches d'appel. (SUIVI : À partir du 10 mai 2021, une grille pour évaluer le délai de réponses aux tirettes d'urgence est mis en place (Date, no de chambre, heure tirette activée, temps de réponse, nom de l'employé).)
	Hygiène et salubrité des lieux	Recommandation : Évaluer la possibilité d'installer une affiche dans les salles de bain incitant la clientèle à aviser le personnel lorsqu'il y a un problème de propreté. (SUIVI : Nous avons implanté dans les salles de bain à proximité des principaux centres de prélèvement de la région (HDA, HSC, Cloutier, St-Joseph, HCM, CCR) un registre papier affiché au mur/porte de la salle de bain indiquant à quelle heure la dernière intervention en H&S a été faite. De plus, le numéro à rejoindre si les gens constatent de la malpropreté y est indiqué. Ce registre a également été implanté dans les salles de bains près des salles d'attentes des urgences.)
	Confort et commodité / Température des lieux	Engagement : Mettre en place des moyens d'informer les usagers de la possibilité d'obtenir un dispositif d'air climatisé portatif sur demande. (SUIVI : Un feuillet explicatif est remis aux usagers dès leur admission. Aussi, une note de service a été transmise aux gestionnaires expliquant la marche à suivre lorsqu'un usager ou un résident désire avoir la climatisation.)

Motifs/Nombre de mesures	Catégories de mesure	Mesures d'amélioration
	Règles et procédures du milieu	Recommandation : Dans un contexte de mise sous tension, s'assurer que tout le personnel des unités ait accès à la liste des personnes proches aidantes autorisées pour chaque résident. (SUIVI : Le document est maintenant accessible dans le Workgroup / Installation – Infirmières, en format PDF. Seulement, la GRS, les chefs d'unité et l'ASI dégagée ont l'autorisation de le mettre à jour à partir d'une version Word.)
	Alimentation	Recommandation : Prendre tous les moyens que vous jugerez nécessaires afin que les usagers hébergés reçoivent des repas servis à la température appropriée et répondant à leurs besoins et à leurs choix. (SUIVI : Le service alimentaire et les unités ont mis en place : Contact de la GRS lors d'un bris à la cuisine pour offrir un soutien et s'assurer que le café sera offert; modification des horaires de pause sur les unités pour s'assurer d'une présence accrue lors de l'activité repas; Réorganisation de la distribution des repas pour réduire les délais entre la réception des repas et le service; rénovations à la cuisine : changement de lave-vaisselle et ajout de chariots chauffants.)
	Équipement et matériel / Désuétude	Engagement : Vérifier rapidement l'état des balançoires. S'il y a lieu, de voir à les réparer ou les remplacer. (SUIVI : Deux balançoires ont été réparées (changer le tissus des sièges).)
	Organisation spatiale / Signalisation	Recommandation : Explorer, avec les gestionnaires concernés (chirurgie d'un jour, radiologie), les moyens temporaires pouvant être mis en œuvre afin d'assurer une signalisation adéquate pour les usagers qui doivent se rendre en chirurgie d'un jour. (SUIVI : Janvier 2022, début de la construction d'une grande partie de la radiologie et la réception en fait partie. Il y a des indications temporaires et la signalisation permanente est déjà prévue sur le nouveau plan.)
	Règles et procédures	Recommandation : En tenant compte des directives du MSSS (« en cas de débordement ou de situation exceptionnelle ») et en tenant compte du droit de l'usager d'être accompagné, clarifier pour tous les chefs de service-Urgence les indicateurs et les consignes retenus entourant les restrictions (critères, durée, informations aux usagers et visiteurs) des visites à l'urgence. (SUIVI : Élaboration d'un plan d'action par la Direction des services ambulatoires et des soins critiques visant essentiellement à apporter un changement au niveau organisationnel et du personnel afin d'assurer une prestation de service bienveillante et sécuritaire aux usagers et aux personnes proches aidantes. Ce plan prévoit notamment, auprès des gestionnaires, cogestionnaires médicaux des urgences et coordonnatrice de la fluidité, de la gestion des lits et des activités 24/7 courte durée et hébergement : Un rappel de la Politique en vigueur au CIUSSS MCQ sur la présence des

Motifs/Nombre de mesures	Catégories de mesure	Mesures d'amélioration
		<i>familles et leur participation aux soins, où la personne proche aidante est considérée comme un membre à part entière de l'équipe; son apport est bénéfique, en tout temps pour l'utilisateur; Établir les critères de surcapacité, des pistes de solutions (en collaboration avec la PCI et coordonnateur 24/7) et baliser à quel moment il est possible de refuser.)</i>
Droits particuliers 130 mesures	Assistance / Droit à l'accompagnement	Recommandation : Rappeler au personnel des unités de soins de médecine de permettre l'accès à au moins une personne proche aidante à la fois, tout palier d'alerte confondu, sans qu'aucune autorisation particulière soit nécessaire, et ce, conformément aux Directives relatives aux visites des proches aidants en centre hospitalier du MSSS. (SUIVI : Lors du comité de gestion, les consignes ont été revues et la définition de personne proche aidante (PPA) a été précisée avec tous les gestionnaires afin d'assurer une application cohérente et harmonisée au sein des unités de soins. Il a été convenu que toute personne identifiée par l'utilisateur pouvait être une PPA et inscrites sur la liste. Appel à la souplesse et à la compréhension du besoin des usagers. Les gestionnaires sont invités à s'assurer que les directives soient appliquées de façon conforme.)
	Droit à l'information sur les services	Recommandation : S'assurer que tous les usagers qui arrivent au module sécuritaire reçoivent verbalement et par écrit les règles à observer à cet endroit. (SUIVI : Note de service transmise au personnel pour informer de l'importance d'indiquer au dossier de l'utilisateur que les informations liées au module sécuritaire ont bel et bien été transmises verbalement et par écrit à l'utilisateur. Il est demandé de mettre à la vue des usagers les règles du module (les afficher dans les fenêtres).
	Accès au dossier de l'utilisateur et dossier de plainte \ Confidentialité	Recommandation : Déterminer et mettre en œuvre les actions nécessaires afin de sensibiliser et responsabiliser le personnel de vos équipes sur les risques et les enjeux relatifs à l'utilisation de l'information confidentielle. (SUIVI : Il y a eu formation de même qu'une sensibilisation et une discussion avec le personnel concernant l'importance de la confidentialité et le respect de celle-ci. Le partage de certaines situations a permis un échange constructif de chacun sur le sujet et a été bénéfique pour tous.)
	Consentement libre et éclairé	Recommandation : S'assurer que la « Politique de consentement et refus de l'utilisateur ou de son représentant légal aux soins de santé et de services sociaux » (PO-10-013) soit bien intégré auprès du personnel soignant. (SUIVI : note de service diffusée à aux équipes concernées, aussi, un registre de lecture obligatoire est mis en place afin de s'assurer que la Politique de consentement et refus de l'utilisateur ou son représentant légal aux soins et santé et services sociaux (PO-10-013) soit lue de tous les employés concernés.)

Motifs/Nombre de mesures	Catégories de mesure	Mesures d'amélioration
	Consentement libre et éclairé	Mesure d'amélioration : Création d'un aide-mémoire sur les informations à transmettre aux patients avant de débiter l'examen avec ajout des éléments relatifs à la présence de stagiaires.
	Droit à un accommodement/lié à un handicap	Recommandation : Évaluer la possibilité de rendre disponible des masques de protection adaptés (transparents) pour le personnel œuvrant auprès d'une clientèle malentendante ou sourde afin de faciliter la communication. (SUIVI : Courriel acheminé à la directrice de la RI lui indiquant que, pour permettre à son personnel de mieux communiquer avec la clientèle malentendante ou sourde, il est possible de commander ce type de masques; la procédure lui est expliquée.)
Aspect financier 35 mesures	Facturation inadéquate	Recommandation : Déterminer les actions requises afin de vous assurer de l'harmonisation, au sein du CIUSSS MCQ, des procédures relatives à l'admission d'un usager en lit post-hospitalier, notamment de l'harmonisation des frais facturés dans toutes les ressources LPH, des informations à fournir à la clientèle et des outils soutenant cette transmission d'informations puis, de l'application systématique de la procédure ainsi établie. (SUIVI : Les frais d'hébergement pour les usagers orientés vers un lit de type post hospitalier ont été harmonisés pour l'ensemble des réseaux locaux de services (RLS) du CIUSSS MCQ. Il s'agit de lits de convalescence, d'évaluation-orientation et d'unité transitoire de réadaptation fonctionnelle (UTRF). Dans le but d'assurer aux usagers ou à leur représentant la diffusion des informations applicables à leur séjour dans ce type d'hébergement, le formulaire FOR-07-1309 « Engagement – Hébergement lits post hospitaliers (LPH) » a été mis en place comme outil, afin de s'assurer que l'usager a été avisé des modalités cliniques et financières associées à son hébergement et puisse donner un consentement éclairé.)
	Facturation/À des non-résidents du Québec	Engagement : Conformément à l'information diffusée par la RAMQ, au regard de l'élargissement de la couverture en assurance maladie et médicaments aux enfants anciennement non admissibles, mettre à jour le processus de facturation de l'établissement et l'information destinée aux parents et partager l'information à l'équipe. (SUIVI : Le processus a été mis à jour et dorénavant, une lettre est jointe à la facturation des enfants sans RAMQ, expliquant qu'il y a possibilité que l'enfant soit admissible au régime d'assurance maladie du Québec, selon certaines conditions.

Tableau 15 – Exemples de mesures d'amélioration formulées par les médecins examinateurs

Motifs/Nombre de mesures	Catégories de mesures	Mesures d'amélioration
Soins et services dispensés 17 mesures	Décision clinique : 11 Traitement / Intervention / Services (action faite) : 2 Continuité : 4	Que le médecin se déplace pour évaluer les patientes enceintes du 3^e trimestre se plaignant de douleur abdominale accompagnée d'hypertension, offre un suivi clinique clairement organisé après une investigation échographique dans un contexte similaire, effectue et documente un examen physique attentif. Réviser la littérature sur l'appendicite aiguë. Compléter une des trois formations suivantes : Comment contrer le biais de négativité, un facteur d'érosion de la résilience; Les différents visages de la collégialité et résilience; Résilience et bien-être psychologique en temps de pandémie. S'assurer de la continuité de la prise de médicaments personnels. Lors du changement de garde et du transfert des patients, vous assurer de bien identifier leurs particularités et tracer, avec le remplaçant, le plan d'investigation et de traitement pour les prochaines heures dans le but de prévenir toute complication ultérieure.
Soins et services dispensés 17 mesures (suite)		
Relations interpersonnelles 12 mesures	Communication / Attitude Respect	S'assurer de permettre tout l'espace possible pour favoriser la confiance du patient et bâtir l'alliance thérapeutique. Se montrer attentif à votre attitude afin de bien communiquer votre compassion et votre empathie, de façon à procurer l'espace suffisant pour permettre à vos patientes de se sentir confortables et de poser leurs questions. Suivre une formation spécifique sur la communication dans la relation médecin-patient. À titre d'exemple, le Collège des médecins offre différents ateliers à ce sujet, dont : « Défis et opportunités de l'entrevue médicale », « Défis et opportunités de la communication professionnelle ». S'assurer de garder une réserve dans les interprétations faites aux patients. Rappel au médecin visé que selon l'article 17 du Code de déontologie, le médecin doit avoir une conduite irréprochable envers toute personne avec laquelle il entre en relation dans l'exercice de sa profession, notamment envers tout patient, que ce soit au plan physique, mental ou affectif.

Motifs/Nombre de mesures	Catégories de mesures	Mesures d'amélioration
Droits particuliers 8 mesures	Choix du professionnel Consentement Droit à l'information	À la demande du plaignant et du médecin examinateur, transférer le dossier à un collègue qui pourra prendre la relève. Prendre connaissance du document intitulé « Le médecin et le consentement aux soins », particulièrement les pages 23 à 28 inclusivement. Discuter avec des cliniciens de la possibilité de produire un document explicatif à remettre aux usagers lors d'une anesthésie afin qu'ils puissent donner un consentement libre et éclairé.

Procédure à suivre pour porter plainte

La Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit un régime d'examen des plaintes dans le réseau de la santé et des services sociaux. Il permet à une personne s'estimant lésée dans ses droits d'exprimer son insatisfaction ou de déposer une plainte.



Assistance et accompagnement

Toute personne qui désire formuler une plainte auprès d'un établissement de santé et de services sociaux de la région peut parler de son insatisfaction avec le responsable du service ou elle peut être accompagnée gratuitement en s'adressant directement au :

- Bureau de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services;
- Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP) Mauricie/Centre-du-Québec;
- Comités des usagers du CIUSSS MCQ.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
858, terrasse Turcotte, Trois-Rivières (Québec) G9A 5C5

WWW.CIUSSSMCQ.CA
