

RAPPORT ANNUEL 2020-2021

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



Auteur

Marion Carrière, Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Planification et coordination

Jocelyne Guénette, Commissaire adjointe aux plaintes et à la qualité des services

Vérification des données et mise en page

Jocelyn Cossette, Technicien en administration

Patrick Malboeuf, Technicien en administration

Sandra Mompremier, Technicienne en administration

Source des données

Système d'information sur la gestion des plaintes et amélioration de la qualité des services (SIGPAQS)

Approuvé au conseil d'administration du CISSS de l'Outaouais le 17 juin 2021

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Cette publication sera disponible sur le site internet du CISSS de l'Outaouais après son adoption à l'Assemblée nationale: www.cisss-outaouais.gouv.qc.ca

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 Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais.

ISBN : 978-2-550-89424-7 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-89425-4 (PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2021

© CISSS de l'Outaouais, 2021

Table des matières

MOT DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES	1
INTRODUCTION	2
LE RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES ET SES ASSISES LÉGALES	2
<i>Pouvoir et fonctions du commissaire et commissaire adjoint aux plaintes et à la qualité des services (cpqs)</i>	<i>2</i>
<i>Les clientèles desservies.....</i>	<i>3</i>
PARTIE 1 - RAPPORT DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES	5
1.1 LES FAITS SAILLANTS AU COURS DE L'EXERCICE 2020-21.....	5
1.2 BILAN DES DOSSIERS DE PLAINTÉ	9
<i>Plaintes par missions et installations</i>	<i>10</i>
<i>Motifs et mesures d'amélioration de la qualité des soins et des services.....</i>	<i>11</i>
<i>Situations récurrentes pour l'année</i>	<i>15</i>
<i>Délai de traitement des dossiers de plainte</i>	<i>18</i>
1.3 BILAN DES DOSSIERS D'INTERVENTION	19
<i>Évolution des dossiers d'intervention.....</i>	<i>19</i>
<i>Interventions selon la mission</i>	<i>20</i>
1.4 BILAN DES DOSSIERS PROVENANT DU CAAP ET DE DROIT-ACCÈS DE L'OUTAOUAIS.....	23
1.5 BILAN DES DOSSIERS TRANSMIS POUR ÉTUDE À DES FINS DISCIPLINAIRES.....	23
1.6 BILAN DES DOSSIERS TRAITÉS POUR MALTRAITANCE.....	23
1.7 BILAN DES RECOMMANDATIONS DE LA COMMISSAIRE.....	27
1.8 BILAN DES DOSSIERS ANALYSÉS PAR LE PROTECTEUR DU CITOYEN EN DEUXIÈME	
INSTANCE	28
1.9 BILAN DES DEMANDES D'ASSISTANCE.....	29
1.10 BILAN DES CONSULTATIONS.....	30
PARTIE 2 - CONCLUSION ET OBJECTIFS 2021-22	34

ANNEXE 1	35
ANNEXE 2	38
PARTIE 3 - RAPPORT DES MÉDECINS EXAMINATEUR DU CISSS DE L'OUTAOUAIS	40
3.1 PRÉAMBULE	44
3.2 TRAITEMENT DES PLAINTES DU 1^{ER} AVRIL 2020 AU 31 MARS 2021	46
<i>Bilan des dossiers de plainte selon l'étape de l'examen</i>	<i>46</i>
<i>Bilan des dossiers de plainte selon l'étape de l'examen et la mission</i>	<i>47</i>
<i>État des dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires</i>	<i>47</i>
<i>État des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu selon le niveau de traitement et le motif</i>	<i>47</i>
<i>État des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu selon le délai d'examen</i>	<i>48</i>
3.3 RECOMMANDATIONS FAITES EN 2020-21	49
3.4 CONCLUSIONS POUR L'ANNÉE.....	50
3.5 OBJECTIFS POUR L'ANNÉE 2021-22.....	51
PARTIE 4 - RAPPORT DU COMITÉ DE RÉVISION	52
4.1 MANDAT ET RESPONSABILITÉS	53
4.2 COMPOSITION DU COMITÉ DE RÉVISION DES PLAINTES MÉDICALES	53
4.3 BILAN DES DOSSIERS REÇUS EN 2020-21.....	54
<i>État des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu selon le délai d'examen</i>	<i>54</i>

Liste des sigles ou acronymes

APPR	Agent de planification, programmation et de recherche
CA	Conseil d'administration
CAAP	Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHSP	Centre hospitalier de soins psychiatriques
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CISSSO	Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CPQS	Commissaire aux plaintes et à la qualité des services
CVQ	Comité de vigilance et de la qualité
LPJ	Loi de la protection de la jeunesse
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MDPR	Médecin, dentiste, pharmacien ou un résident
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OC	Organisme communautaire
PDC	Protecteur du citoyen
RAC	Résidence à assistance continue
RI	Résidence intermédiaire
R-I	Résidence
RPA	Résidence privée pour aînés
RTF	Résidence de type familial
SIGPAQS	Système intégré de gestion des plaintes et amélioration de la qualité des services

Liste des graphiques

Rapport annuel des commissaires aux plaintes et à la qualité des services

Graphique 1.	Dossiers ouverts selon le type pour l'exercice 2020-21	5
Graphique 2.	Nombre de motifs concernant la COVID-19	6
Graphique 3.	Nombre de dossiers concernant la COVID-19	6
Graphique 4.	Répartition du nombre de dossiers COVID-19 par mission	7
Graphique 5.	Évolution du nombre de dossiers reçus	9
Graphique 6.	Motifs de plainte par catégories	12
Graphique 7.	Évolution des motifs de plainte par catégories	13
Graphique 8.	Évolution des dossiers d'intervention depuis les trois dernières années	19
Graphique 9.	Motifs des interventions conclues pendant l'exercice	20
Graphique 10.	Évolution annuelle des motifs d'intervention	21
Graphique 11.	Évolution des plaintes et interventions reçues en maltraitance au cours des deux dernières années	25

Graphique 12. Motifs de maltraitance à déclaration obligatoire.....	26
Graphique 13. Motifs de maltraitance à déclaration non obligatoire.....	27
Graphique 14. Évolution du nombre de recours au Protecteur du citoyen.....	28
Graphique 15. Évolution du nombre d'assistance.....	29
Graphique 16. Évolution du nombre d'assistance par motif	30
Graphique 17. Évolution du nombre de consultations	31

Liste des tableaux

Rapport annuel des commissaires aux plaintes et à la qualité des services

Tableau 1. Comparatif des dossiers de plainte selon l'étape de l'examen	10
Tableau 2. Portée des mesures correctives des dossiers conclus	12
Tableau 3. Délai pour conclure les dossiers lors de l'exercice 2020-21	18
Tableau 4. Évolution des dossiers d'intervention	19
Tableau 5. Nombre de dossiers selon le type de signalement	24
Tableau 6. Nombre de dossiers selon le signalant	24
Tableau 7. Nombre de dossiers selon le type de maltraitance	26
Tableau 8. Bilan des recommandations émises par la commissaire pour l'exercice 2020-21	27
Tableau 9. Bilan des motifs de plainte pour les dossiers conclus par le PDC au cours de l'exercice 2020-21	28
Tableau 10. Bilan des recommandations émises par le PDC pour l'exercice 2020-21	29
Tableau 11. Autres fonctions du commissaire	32-33
Tableau 12. Liste des recommandations et mesures	38-42

Rapport des médecins examinateurs pour le CISSS de l'Outaouais

Tableau 13. Bilan des dossiers de plaintes médicales selon l'étape de l'examen	46
Tableau 14. Évolution du bilan des dossiers de plainte médicale selon l'étape de l'examen	46
Tableau 15. Bilan des dossiers de plaintes médicales selon l'étape de l'examen et la mission	47
Tableau 16. État des dossiers de plaintes dont l'examen a été conclu selon le niveau de traitement et le motif	47
Tableau 17. Délai d'examen	48

Rapport du comité de révision pour le CISSS de l'Outaouais

Tableau 18. Les motifs, conclusions et délais de traitement des dossiers	54
Tableau 19. Délai d'examen	54

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

À titre de commissaire aux plaintes et à la qualité des services du Centre intégré de santé et des services sociaux (CISSS) de l'Outaouais, j'ai le plaisir de vous présenter, conformément à l'article 33.10 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS), le rapport annuel de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CISSS de l'Outaouais. Ce rapport, couvre la période du 1^{er} avril 2020 au 31 mars 2021, intègre le rapport annuel des médecins examinateurs, ainsi que le rapport annuel du comité de révision, comme prévu à l'article 76.11 de la LSSSS.

Tout au long de l'année, la commissaire et les médecins examinateurs ont travaillé avec, pour ultime objectif, la recherche de l'amélioration de la qualité des services à la clientèle et la satisfaction des usagers. C'est un total de 1886 dossiers qui ont été traités, que ce soit pour des plaintes, des demandes d'assistance, des interventions, des consultations et des plaintes de nature médicale. Les données citées dans ce rapport sont recueillies par le biais du système intégré Web de gestion des plaintes et amélioration de la qualité des services (SIGPAQS).

Au cours de cette année, les acteurs du régime d'examen des plaintes ont concentré leurs efforts afin d'offrir avec rigueur et célérité, un traitement diligent des plaintes et des insatisfactions leur ayant été adressées par les usagers ou par leurs représentants.

Le travail qu'effectue l'équipe de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services est un travail qui implique la collaboration du personnel, des gestionnaires et directeurs du CISSS de l'Outaouais ainsi que des partenaires dans la communauté. Je me dois de souligner leur excellente participation lors de l'analyse des dossiers. Ces collaborations sont essentielles pour développer une vision globale des besoins de la clientèle et ainsi identifier les meilleures stratégies pour augmenter la satisfaction de celle-ci. Sans les attitudes d'ouverture et de collaboration présentes chez les gestionnaires et les employés de l'établissement, il serait difficile d'exercer pleinement mon rôle et d'arriver à travailler concrètement à l'amélioration de la qualité des services au sein de l'établissement.

Malgré la crainte que peuvent avoir certains usagers de déposer une plainte formelle, je suis rassurée de constater que la perception qui y est rattachée a beaucoup évolué, les différents acteurs du réseau perçoivent les plaintes comme des occasions d'améliorer la qualité des soins et services et c'est dans cet esprit que la recherche de solutions et l'analyse des dossiers s'effectuent. Les usagers sont les personnes qui vivent les expériences clients et leur rétroaction eu égard à la qualité des services reçus est primordiale pour travailler à l'amélioration continue de la qualité des services. Je dois également préciser que l'exercice de mes fonctions me permet de constater le dévouement et l'engagement dont font preuve le personnel et les différents intervenants du réseau, au quotidien.



Marion Carrière

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CISSS de l'Outaouais

INTRODUCTION

Le présent rapport a pour objectif premier de renseigner la population concernant toutes les activités rattachées au régime d'examen des plaintes et de la qualité des services et fait état des activités du bureau de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services en regard de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et de la Loi 115 visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité.

Évidemment, l'année 2020-21 fut marquée par des demandes liées à la pandémie de COVID-19, ce qui nous a permis de constater les impacts de cette maladie sur l'expérience des usagers du CISSS de l'Outaouais et des résidents des RPA du territoire. Cette nouvelle réalité a obligé une réorganisation rapide des modalités de travail et de l'offre de service du bureau de la commissaire.

Ce rapport comprend principalement le bilan des activités de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services, celui du médecin examinateur et du comité de révision.

Le régime d'examen des plaintes et ses assises légales

POUVOIR ET FONCTIONS DU COMMISSAIRE ET COMMISSAIRE ADJOINT AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES (CPQS)

La *Loi sur les usagers en matière de santé et de services sociaux* dicte les fonctions qui guident l'ensemble des services offerts par le CPQS.

Les pouvoirs du CPQS se résument en un **pouvoir d'examen**, de **recommandation** et **d'intervention**. Son pouvoir d'examen lui permet de consulter toute personne et d'accéder à tous les renseignements et documents qu'exige l'examen de la plainte ou la conduite d'une intervention. Son pouvoir de recommandation lui permet, au terme d'une analyse, de faire des recommandations au conseil d'administration ou la plus haute autorité visée par la recommandation. Son pouvoir d'intervention lui permet d'intervenir de sa propre initiative ou sur signalement lorsqu'il a des motifs de croire que les droits des usagers ne sont pas respectés.

Les fonctions obligatoires du CPQS (art. 33 LSSSS) :

- **Applique la procédure d'examen des plaintes** dans le respect des droits des usagers ;
- **Recommande** au conseil d'administration toute mesure susceptible d'améliorer le traitement des plaintes pour l'établissement, au besoin ;
- **Assure la promotion de l'indépendance** de son rôle pour l'établissement, diffuse de l'information sur les droits et les obligations des usagers, sur le code d'éthique et sur la promotion du régime d'examen des plaintes ;
- **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 ;

- **Examine** avec diligence **toute plainte** d'un usager, dès sa réception et informe l'usager au plus tard dans les 45 jours, des conclusions motivées auxquelles il est arrivé ;
- **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 le cas échéant, la plus haute autorité de qui relèvent les services faisant l'objet de la plainte ou d'une intervention, pour l'étude plus approfondie, suivi du dossier et prise de mesures appropriées, s'il y a lieu ;
- **Intervient de sa propre initiative** lorsque des faits sont portés à son attention concernant le non-respect des droits des usagers et le cas échéant, fait rapport et **recommande** toute mesure visant la satisfaction des usagers et le respect de leur droit, au conseil d'administration et à toute direction ou responsable d'un service de l'établissement concerné, ou selon le cas, la plus haute autorité d'un organisme ou société ;
- **Donne son avis** sur toute question de sa compétence qui lui est soumise par tout conseil ou comité créé par lui ou de l'établissement ;
- **Dresse au besoin et au moins une fois par année, un bilan de ces activités**, accompagné s'il y a lieu, des mesures qu'il recommande pour améliorer la satisfaction des usagers et favoriser le respect de leurs droits ;
- **Prépare et présente** au CA, pour approbation, **un rapport annuel**, qui inclut un bilan des activités ainsi que le rapport du médecin examinateur et celui du comité de révision.

La Loi prévoit qu'un comité de vigilance et de la qualité est responsable d'assurer, auprès du conseil d'administration, le suivi des recommandations du CPQS ou celles du Protecteur du citoyen en matière de santé et de services sociaux relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées.

Les clientèles desservies

La principale clientèle visée par les services offerts par le commissaire aux plaintes et à la qualité des services (CPQS) est toute personne qui estime être lésée dans ses droits en tant qu'usager ou qui est insatisfaite d'un service ou des soins qu'il a reçus, aurait dû recevoir ou reçoit:

- D'une installation du CISSS de l'Outaouais;
- D'une ressource intermédiaire ou de type familial ou résidence pour personne âgée;
- De tout autre organisme, société ou personne auquel l'établissement recourt, notamment par entente pour la prestation de ces services (art. 34 LSSSS).

De même, peut s'adresser au CPQS toute personne qui:

- Est témoin ou a connaissance du fait que les droits d'un usager ou d'un groupe d'usagers n'ont pas été respectés;
- Veut signaler un cas de maltraitance;
- Veut consulter le CPQS.

Les droits des usagers, comme prévus par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, sont les suivants :

- Le droit d'être informé de l'existence des services et ressources disponibles et des modalités d'accès à ces services et ressources;
- Le droit de recevoir des services adéquats sur les plans scientifique, humain et social, avec continuité, et de façon personnalisée et sécuritaire;
- Le droit de choisir le professionnel ou l'établissement duquel une personne désire recevoir des services;
- Le droit de recevoir des soins lorsque la vie ou l'intégrité de la personne est en danger;
- Le droit d'être informé sur son propre état de santé ainsi que sur les solutions possibles et leurs conséquences avant de consentir à des soins;
- Le droit d'être informé, le plus tôt possible, de tout accident survenu au cours d'une prestation de services;
- Le droit d'accepter ou de refuser les soins de façon libre et éclairée soi-même ou par l'entremise de son représentant;
- Le droit d'accès à son dossier, lequel est confidentiel;
- Le droit de l'usager 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 des démarches;
- Le droit d'être représenté relativement à tous les droits reconnus advenant l'incapacité, temporaire ou permanente, à donner son consentement;
- Le droit pour un usager anglophone de recevoir des services en langue anglaise, conformément au programme d'accès gouvernemental.

Droit de réserve

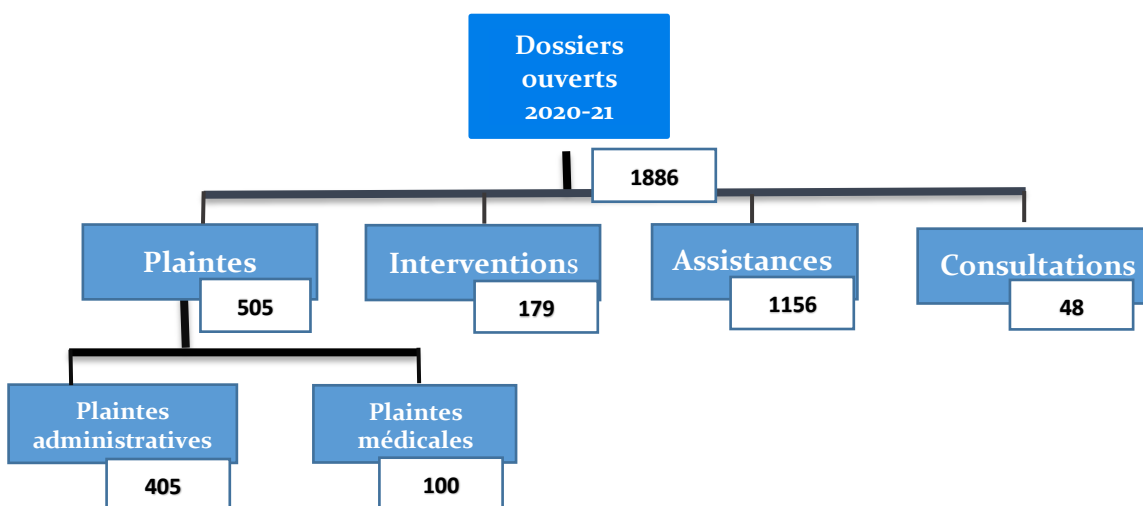
Il importe de préciser que ce rapport a été préparé à partir des données fournies par le logiciel SIGPAQS (système d'information sur la gestion des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services). Cette application assure l'uniformisation de la présentation des données statistiques sur les plaintes des différents établissements du réseau de la santé. La commissaire se garde une réserve sur l'exactitude des données fournies dans ce rapport.

Partie 1

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

1.1 LES FAITS SAILLANTS AU COURS DE L'EXERCICE 2020-21

Un total de 1886 dossiers ont été traités par le bureau de la commissaire au cours de l'exercice 2020-21 comparativement à 1920 en 2019-20, ce qui représente une relative stabilité quant au volume de dossiers traités.

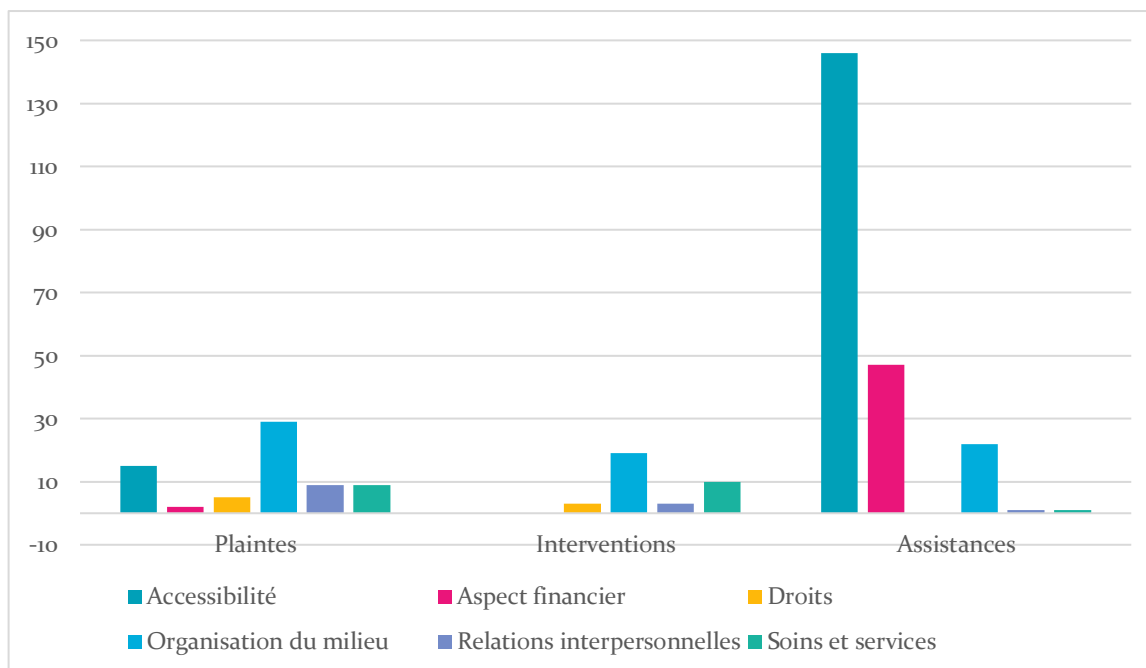


Graphique 1. Dossiers ouverts selon le type, pour l'exercice 2020-21

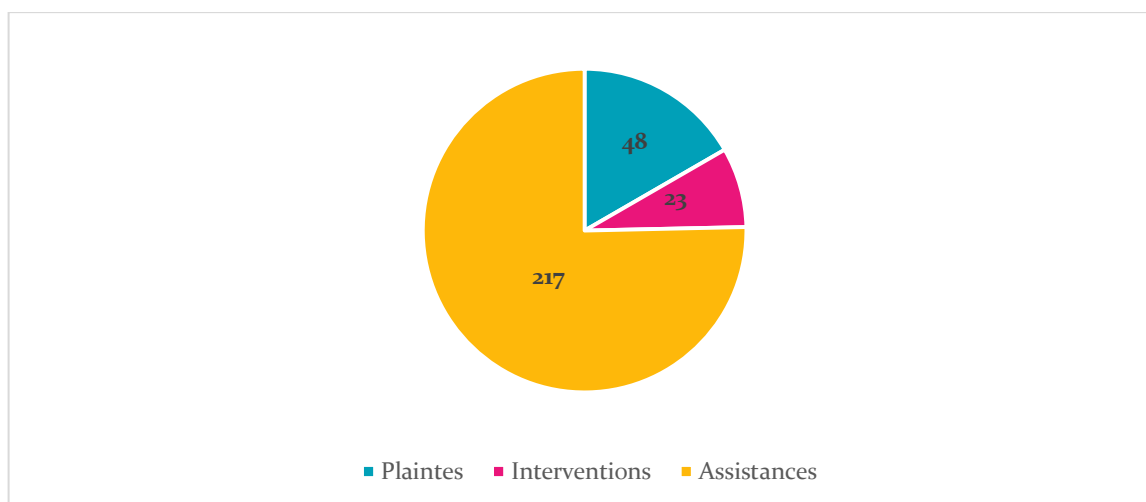
Premier fait saillant : Contexte de la pandémie COVID-19

Dans le contexte de la pandémie, un volume important des insatisfactions des usagers est lié aux directives ministérielles et à l'offre de services pour la COVID-19. Également, les habitudes des usagers pour l'utilisation des soins et services ont été bousculées, en ce sens que l'offre de services a dû être modulée par le CISSS de l'Outaouais pour répondre aux besoins évolutifs de la clientèle à l'égard de la pandémie. Plusieurs activités cliniques ont dû être délestées, ce qui a eu un impact sur la nature des insatisfactions des usagers et sur le type d'assistances par le bureau de la commissaire. En fait, mon intervention est très limitée à l'égard des directives ministérielles concernant la pandémie. Plusieurs insatisfactions des usagers sont liées à ces dernières et malgré que je comprenne que la situation soit difficile, je ne peux intervenir sur la raison d'être de ces directives. Mon intervention se fait à deux niveaux, soit : d'expliquer aux usagers que ces directives sont en place pour assurer la sécurité de la population ainsi que l'offre des soins et services requis; de m'assurer que les directives soient bien appliquées par les différentes directions et, le cas échéant, de demander des mesures d'amélioration.

Voici le portrait des insatisfactions des usagers liées à la COVID-19:



Graphique 2. Nombre de motifs concernant la COVID-19

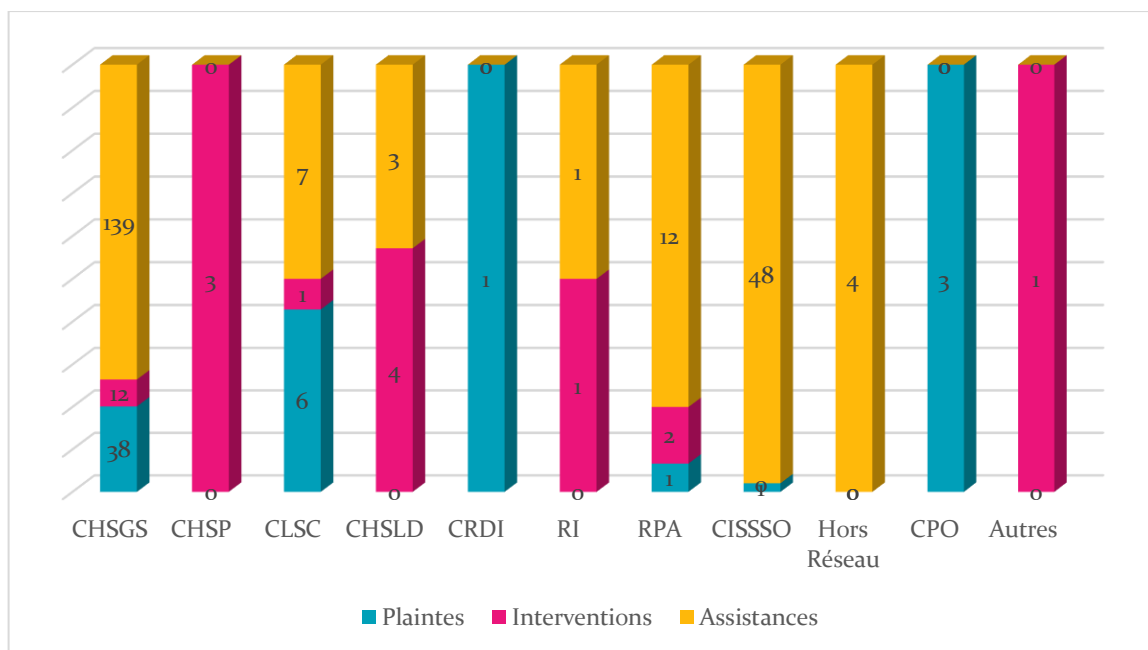


Graphique 3. Nombre de dossiers concernant la COVID-19

En 2020-21, 288 dossiers liés à la COVID-19 ont été reçus, comparativement à 61 dossiers en 2019-20, soit une augmentation de 372 %. Ceci représente 17 % de l'ensemble des dossiers traités cette année. Le nombre de plaintes a diminué de 28 %, par contre le nombre d'assistanes et d'interventions ont respectivement augmenté de 20,5 % et de 5,59 %. Cet exercice démontre les impacts de la pandémie sur la répartition des insatisfactions des usagers. Ceci démontre également que ce contexte a modulé nos actions pour répondre aux insatisfactions des usagers.

Plus précisément voici la répartition des dossiers liés à la COVID-19 :

- 12 % des plaintes
- 13 % des interventions
- 19 % des assistances



Graphique 4. Répartition du nombre de dossiers COVID-19 par mission

Les motifs principaux sont :

- 54 % des dossiers liés à l'accès pour prendre un rendez-vous à la clinique de dépistage ou d'évaluation ou pour obtenir un résultat de laboratoire du dépistage;
- 21 % des dossiers liés à l'organisation du milieu et des ressources matérielles lors de la prestation de services incluant l'accès aux milieux, les mesures sanitaires et les visites, entre autres par les proches aidants;
- 17 % des dossiers liés à l'information sur les services et sur les droits et recours;
- 16 % des dossiers liés au remboursement des frais pour les services ménagers non rendus en RPA;
- 5 % des dossiers liés à la prestation des soins et services.

Voici certaines des mesures prises par les directions pour améliorer la qualité des soins et services liés à la COVID-19:

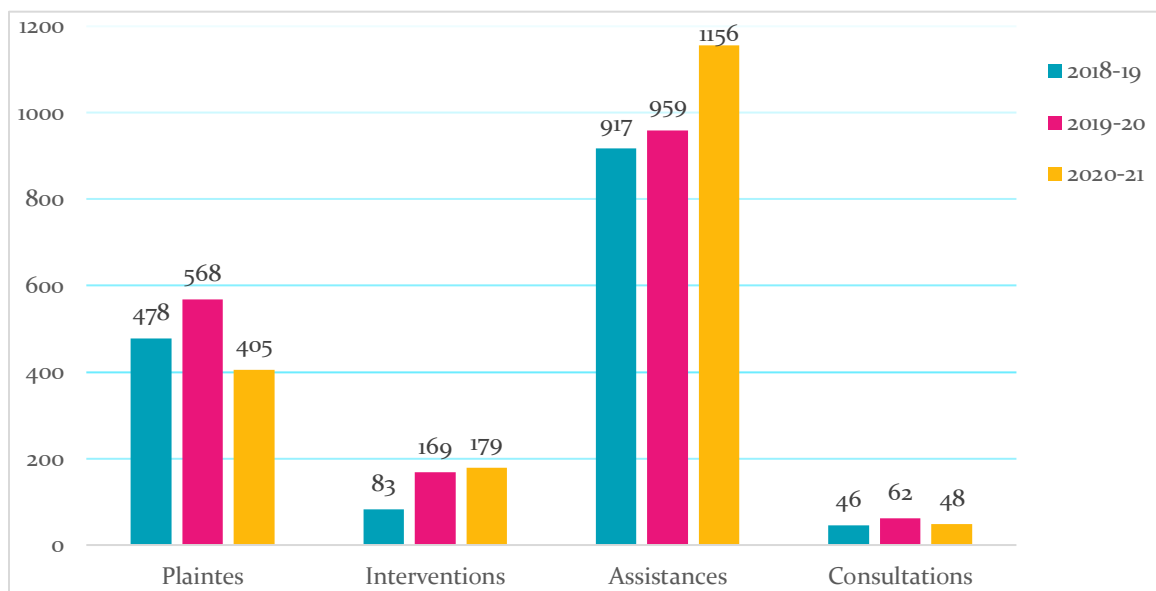
- Un plan d'amélioration continue de la qualité a été mis en application suite à l'éclosion à l'Hôpital de Gatineau avec l'ensemble des partenaires impliqués dans la gestion de l'éclosion;
- Revoir la procédure de transfert en lien avec les éclosions en milieu hospitalier;
- Octobre 2020, acquisition d'un nouvel appareil pour les tests de dépistage;

- Rappeler à toute l'équipe de la périnatalité l'obligation et l'importance d'obtenir le consentement parental pour chaque intervention, y compris pour le dépistage COVID-19 chez les nouveau-nés;
- À l'avenir, informer les usagers et leurs proches aidants dès la confirmation d'une éclosion sur une unité de soins;
- Rencontrer tous les employés travaillant la nuit du 10 septembre 2020 et rappeler à l'ensemble du personnel que le port du masque est obligatoire pour tout le monde même si cela peut parfois être déroutant et que la violation de cette consigne de la Prévention et contrôle des infections (PCI) est inacceptable;
- Rappeler à tous les membres de l'équipe du centre de cancérologie l'importance du respect des règles sanitaires, en particulier la distanciation lors des repas;
- Offrir la formation sur le dépistage à l'infirmière concernée;
- Ajuster le fonctionnement éliminant la file d'attente;
- Rencontrer l'agente administrative et lui expliquer comment porter le couvre-visage de manière optimale;
- Le 3 juillet dernier, mettre en place un corridor de service entre l'Hôpital de Hull et la Clinique désignée d'évaluation (CDÉ) COVID-19, destinée exclusivement aux usagers de la catégorie jaune, lorsque le prélèvement veineux n'est pas possible à la CDÉ.

Les autres faits saillants cette année sont :

- L'année a débuté avec 41 dossiers de plainte provenant de l'exercice 2019-20 et 405 nouveaux dossiers de plainte ont été reçus au cours de l'année, pour un total de 446 dossiers. Puis, de ces 446 dossiers de plaintes, 415 ont été conclus au 31 mars 2021, soit 93 %;
- Maintien d'une approche préventive préalablement au dépôt d'une plainte et traitement des situations par le biais d'assistances;
- 405 plaintes administratives, soit une diminution de 28 % comparativement à l'année précédente :
 - 96,15 % des plaintes ont été traitées à l'intérieur du délai légal de 45 jours, comparativement à 94,14 % pour l'année 2019-20;
 - 39 dossiers de plainte ont été acheminés en deuxième instance au Protecteur du citoyen.
- 100 plaintes médicales transmises aux médecins examinateurs, comparativement à 162 en 2019-20, soit 38,27 % de moins :
 - 7 dossiers ont été acheminés en deuxième instance au comité de révision et un dossier a été redirigé vers une autre instance.
- 179 dossiers d'intervention, soit une augmentation de 5,59 % par rapport à l'année précédente;
- 1156 demandes d'assistance pour de l'aide à la formulation d'une plainte ou concernant l'accessibilité à un soin ou un service, soit une augmentation de 20,5 % par rapport à l'année précédente;

- 48 demandes de consultation référant notamment à des demandes d'avis sur l'application du régime d'examen des plaintes et sur les droits des usagers soit une diminution de 22,58 % par rapport à l'année précédente.



Graphique 5. Évolution du nombre de dossiers reçus

1.2 BILAN DES DOSSIERS DE PLAINTE

Une plainte est une insatisfaction exprimée par un usager ou son représentant auprès du personnel du bureau de la commissaire sur les services qu'il a reçu, aurait dû recevoir, reçoit ou requiert.

Une plainte peut comporter plus d'un motif et l'examen d'un motif peut ou non, se traduire par une ou plusieurs mesures correctives.

Le législateur a fixé à 45 jours calendaires le délai pour le traitement d'une plainte, délai au-delà duquel le plaignant peut s'adresser au Protecteur du citoyen. Le plaignant insatisfait des conclusions rendues peut également s'adresser au Protecteur du citoyen.

Au cours de l'année, 75,41 % de ces plaintes ont été soumises par des usagers, 19,67 % par des représentants et 4,92 % par des tiers. Par cet apport, la population et les usagers du CISSS de l'Outaouais ont contribué à l'amélioration de la qualité des soins et des services en favorisant la mise en place de mesures correctives tangibles permettant de prévenir la récurrence de situations similaires.

Concernant les plaintes reçues et analysées, il y a eu une diminution de 28 % du nombre de plaintes reçues par rapport à l'année précédente.

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	%
2018-19	186	37	478	23	627	85	37	-80	21	-16
2019-20	36	-81	568	19	563	-10	41	14	37	76
2020-21	41	14	405	-29	415	-26	31	-24	39	-10

Tableau 1. Comparatif des dossiers de plainte selon l'étape de l'examen

La diminution du volume de plaintes enregistrées témoigne également de la volonté de consolider une approche de conciliation et de résolution de problèmes basée sur la responsabilisation des parties. Particulièrement en temps de pandémie, près de 67 % des assistances étaient liées à l'accessibilité. Ainsi, en étant attentif aux besoins et attentes des usagers, il est privilégié d'adresser leurs insatisfactions par le biais d'une assistance plutôt que par celui d'une plainte et obtenir le plus rapidement possible une réponse à leur insatisfaction.

De l'analyse et du traitement des 405 dossiers de plainte portés à mon attention, 20 dossiers, soit 4,93 %, ont mené à la formulation de recommandations, ce qui constitue des mesures d'amélioration de la qualité des soins et services. Il importe de savoir que toutes les recommandations sont présentées au comité de vigilance et de la qualité (CVQ), qui a le devoir de s'assurer qu'un suivi soit apporté à chacune d'elles. (LSSSS, art. 181.0.1, art. 181.0.3). L'ensemble de ces recommandations peut être consulté à l'Annexe 2.

Il faut rappeler ici que le bureau de la commissaire encourage les intervenants et les responsables des services à gérer sur le terrain les insatisfactions au lieu de les référer immédiatement au régime d'examen des plaintes, qui est en fait le dernier recours pour les usagers dans l'organisation.

Plaintes par missions et installations

Des 415 plaintes conclues en 2020-21, la répartition par mission est la suivante, pour un total de 380 plaintes dont la mission est connue:

- 72,30 % pour la mission CHSGS, soit 274 plaintes;
- 10,82 % pour la mission CPEJ, soit 41 plaintes;
- 8,44 % pour la mission CLSC, soit 32 plaintes;
- 3,69 % pour la mission CHSP, soit 14 plaintes;
- 2,37 % pour la mission CHSLD, soit 9 plaintes;
- 0,79 % pour la mission CRJDA, soit 3 plaintes;
- 0,53 % pour la mission CRDI-TED, soit 2 plaintes;
- 0,53 % pour la mission RI, soit 2 plaintes;
- 0,26 % pour la mission CRD, soit 1 plainte;
- 0,26 % pour la mission CRDA, soit 1 plainte;
- 0,19 % pour la mission R-I, soit 1 plainte.

De ces missions, les installations les plus visées (ayant reçu plus de 10 plaintes), par les plaintes conclues, pour un total de 81,92 % (340 plaintes) sont:

- Hôpital de Hull 24,34 % (101 plaintes);
- Hôpital de Gatineau 20,00 % (83 plaintes);
- CLSC et centre de protection de l'enfance et de la jeunesse de l'Outaouais 10,60 % (44 plaintes);
- Hôpital et CHSLD Mémorial de Wakefield 5,06 % (21 plaintes);
- Hors réseau 4,34 % (18 plaintes);
- Services préhospitaliers d'urgence 3,61 % (15 plaintes)
- Hôpital en santé mentale Pierre-Janet 3,37 % (14 plaintes);
- CISSS de l'Outaouais 3,13 % (13 plaintes);
- Organismes communautaires 2,65 % (11 plaintes);
- Hôpital et CHSLD de Papineau 2,41 % (10 plaintes);
- RPA 2,41 % (10 plaintes).

Motifs et mesures d'amélioration de la qualité des soins et des services

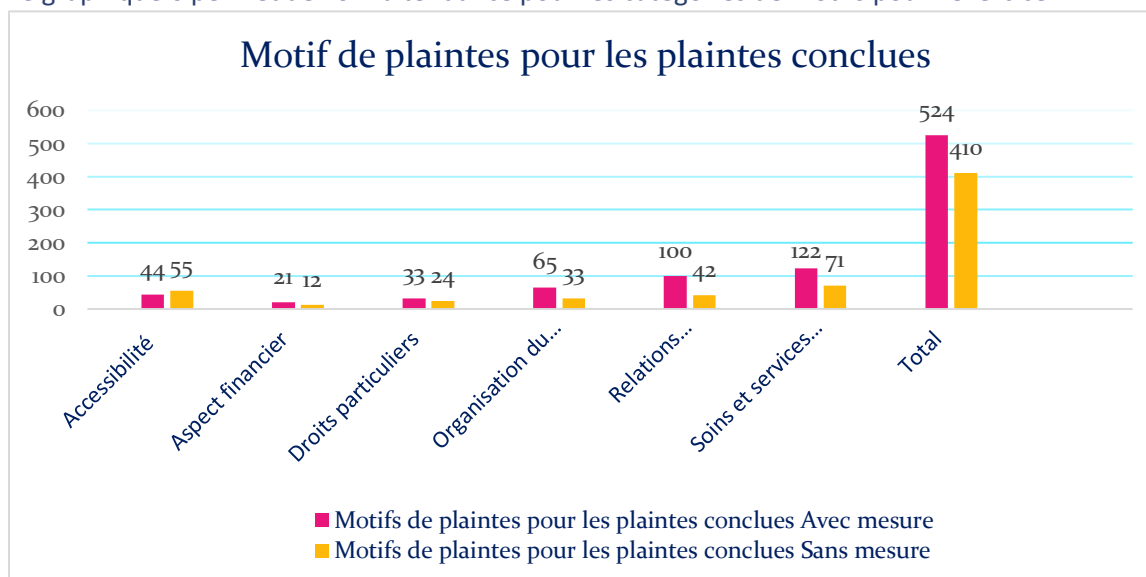
Les 415 plaintes conclues visaient 627 motifs. De ces motifs:

- 390 ont mené à des mesures (62,20 %)
- 237 n'ont pas mené à des mesures (37,80 %)

Le nombre de mesures correctives mises en place est similaire à l'année dernière. Il faut savoir que les plaintes ne conduisent pas nécessairement à la mise en place de mesures correctives ou à la formulation de recommandations; elles peuvent :

- Être une opportunité pour préciser les services offerts;
- Donner de l'information générale touchant le fonctionnement des services concernés;
- Expliquer les démarches d'amélioration en cours au moment du traitement de la plainte.

Le graphique 6 permet de voir la tendance pour les catégories de motifs pour l'exercice.



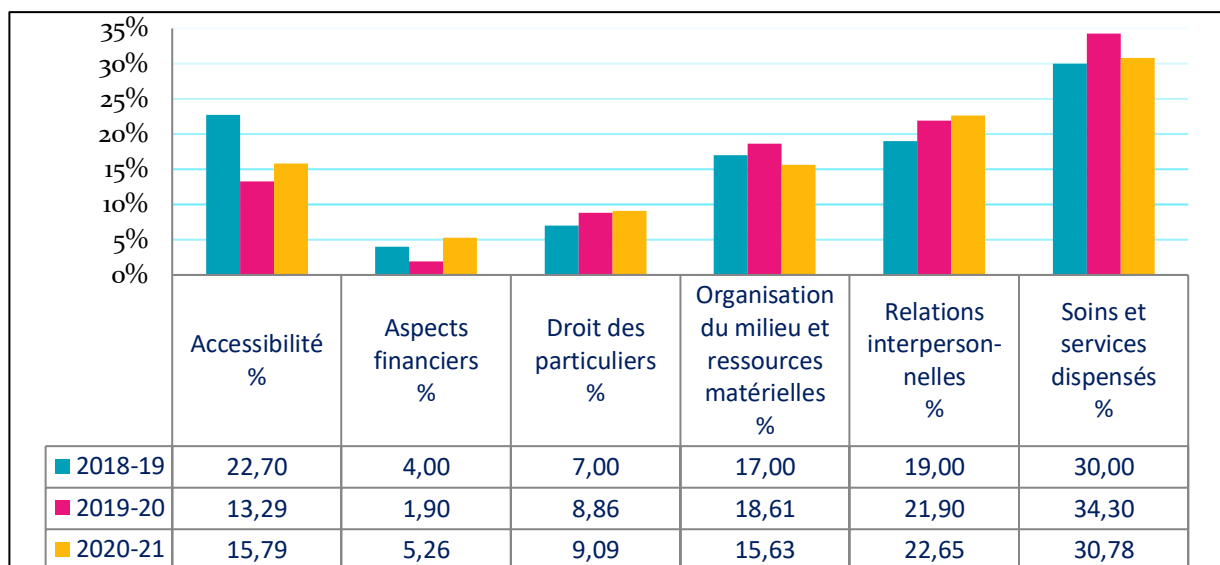
Graphique 6. Motifs de plainte par catégories

À partir de l'extraction de données dans SIGPAQS, les principaux motifs de plainte ainsi que la portée des mesures individuelle ou systémique sont ainsi ventilés :

Motifs**	À portée individuelle	À portée systémique	Total
	%	%	%
Accessibilité	4,62	15,50	11,36
Aspect financier	5,46	7,24	6,56
Droits particuliers	7,98	8,01	8,00
Organisation du milieu et ressources matérielles	12,18	19,64	16,80
Relations interpersonnelles	34,87	18,09	24,48
Soins et services dispensés	34,03	29,46	31,20
Total	100,00	100,00	100,00

Tableau 2. Portée des mesures correctives des dossiers conclus

**L'analyse des données concernant la maltraitance sera faite à la section 1.6



Graphique 7. Évolution des motifs de plainte par catégories

Une analyse plus approfondie des principaux éléments donne ce portrait :

- Les soins et services dispensés :
 - Traitements/interventions/services :
 - Interventions et approche thérapeutique
 - Décision et intervention liées à un processus judiciaire :
 - Évaluation et jugement professionnels
 - Compétence technique et professionnelle :
 - Habiletés techniques et professionnelles
 - Respect du code des professions
- Les relations interpersonnelles :
 - Communication/attitude :
 - Attitude non verbale inappropriée
 - Manque d'empathie
 - Commentaires inappropriés
- L'accessibilité :
 - Rendez-vous :
 - Temps d'attente pour obtenir le rendez-vous
 - Date reçue
 - Soins / services / programmes :
 - Temps d'attente pour obtenir un résultat ou un rapport
 - Difficulté d'accès :
 - Aux services formellement requis

- L'organisation du milieu et ressources matérielles :
 - Règles et procédures du milieu :
 - Respect des règles
 - Biens personnels :
 - Perte
 - Lieux :
 - Mécanismes de prévention des infections
- Droits particuliers :
 - Accès au dossier de l'utilisateur :
 - Confidentialité
 - Compréhension de la LPJ :
 - Sur les droits et recours, sur l'accès aux services
 - Droit à un accommodement raisonnable :
 - Lié à un handicap

Concernant les motifs de plainte, pour les soins et services dispensés, ce motif représente 30 % de l'ensemble des motifs depuis 3 ans. Les principaux constats qui ressortent de mon analyse démontrent que les insatisfactions sont surtout à l'égard de l'approche thérapeutique, des interventions et du jugement professionnel dans des contextes liés à un processus judiciaire. Plus particulièrement à l'égard de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), j'ai reçu plusieurs plaintes eu égard : la mise sous garde et le respect de l'ordonnance du Tribunal de la jeunesse ainsi qu'au niveau des compétences techniques et professionnelles.

En ce qui a trait aux relations interpersonnelles, la situation est stable mais non enviable car ce motif représente près de 23 % des plaintes avec une augmentation constante depuis trois ans. 71 % des insatisfactions sont à l'égard de l'attitude du personnel, du manque d'empathie et de commentaires inappropriés, donnée similaire à l'an dernier. Des mesures d'encadrement et de soutien ont été adressées aux gestionnaires à l'égard de comportements et d'attitudes inappropriés d'employés.

À l'égard du motif organisation du milieu et ressources matérielles, 33 % des insatisfactions sont en lien avec le respect des règles, particulièrement concernant celles de prévention et contrôle des infections liées au contexte de pandémie.

En ce qui a trait à l'accessibilité, je constate une légère augmentation de 2,50 %, qui est due au délai pour obtenir un rendez-vous pour un dépistage COVID-19 et l'obtention du résultat.

Pour les droits particuliers des usagers, la situation est plutôt stable. Je veille à ce que les valeurs de bienveillance, de professionnalisme, d'engagement et de collaboration, choisies par l'établissement, soient respectées de tous et des interventions sont faites auprès des gestionnaires concernés, le cas échéant. Toutefois, lorsque des correctifs ou améliorations

découlant du traitement d'une plainte sont nécessaires, des mesures correctives sont alors déterminées en collaboration avec les directions et partenaires externes.

Voici certaines mesures mises en place :

- Faire un rappel au personnel de l'urgence quant à l'importance de respecter et de s'assurer que les usagers soient évalués selon les normes de L'échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgences (ÉTG);
- Rendre obligatoires, pour les préposés aux bénéficiaires (PAB), plusieurs formations en lien avec les interventions à faire auprès des usagers en soins palliatifs;
- L'infirmière et la conseillère en soins-urgence vont inclure le volet de l'organisation du transport au congé pour la clientèle sourde, sourde aveugle et malentendante;
- Procéder au congédiement d'une PAB, pour des propos offensants envers des résidents;
- Intensifier les services à la famille d'accueil pour faire face aux réactions de l'enfant suite aux contacts avec sa mère;
- Rappeler à tous les membres de l'équipe, l'importance de suivre les bonnes pratiques, l'intensité et les ordonnances, notamment en cas de peines sans suivis (premier contact, appels tous les 3 mois, encadrement, accompagnement, dénonciations, etc., le cas échéant);
- Ajustement du plan de travail du personnel soignant en CHSLD.

Situations récurrentes pour l'année

Certaines situations ont fait l'objet de plaintes récurrentes au CISSS de l'Outaouais au cours de la dernière année et des recommandations et des mesures en ont découlées. En voici quelques-unes :

➤ La qualité des soins et services

Comme indiqué antérieurement, dans les trois dernières années, la qualité des soins et services est un motif qui suscite plusieurs insatisfactions chez les usagers. À l'égard des soins et services, 72 % des plaintes sont liées à la prestation de soins et services en milieu hospitalier de soins généraux et spécialisés et, de ce total, 24 % sont liées à l'Hôpital de Hull et 20 % à l'Hôpital de Gatineau. Cet enjeu est une préoccupation à l'égard des droits des usagers. Les constats relevés suite à l'analyse des dossiers continuent de démontrer que certains écarts persistent à l'égard de la compétence et des pratiques professionnelles, et ce, malgré les différentes mesures mises en place. Je note que l'intégration et la pérennité de pratiques professionnelles attendues sont difficiles à atteindre. Un travail de concertation avec les directions se fait afin de les amener vers les meilleures pratiques dans un objectif ultime d'amélioration continue de la qualité des soins et services.

Les éléments qui ressortent suite à l'analyse des dossiers sont : les traitements et interventions cliniques, les communications, le respect des procédures/protocoles et l'approche thérapeutique. Plus précisément, les éléments soulevés concernent les habiletés techniques et professionnelles des employés, particulièrement à l'égard du personnel de soins (infirmière, infirmière auxiliaire, préposé aux bénéficiaires), le manque de rigueur, l'évaluation clinique, le manque de surveillance

de l'état de santé des usagers, les notes au dossier et les suivis pour assurer la continuité des soins.

Au cours de l'année, les directions ont contribué à la mise en place de mesures pour améliorer la qualité des soins et services aux usagers. Voici certaines de ces mesures :

- Révision des formulaires dans les salles de réveil des blocs opératoires afin que le personnel infirmier respecte les critères de congés de la salle de réveil ; 4 ordonnances collectives en ont découlées ;
- Plan d'action en continu afin d'assurer une vigie sur les soins appropriés et sécuritaires dans le cadre de l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA) dans toutes les urgences du CISSS de l'Outaouais ;
- Réalisation d'une analyse prospective sur la sécurité des usagers pour identifier clairement les écarts et actions à court terme liés aux Pratiques organisationnelles requises d'Agrément Canada sur la communication : Transfert de l'information et Rôle des usagers et des familles. Les solutions proposées sont : une campagne de sensibilisation auprès du personnel par les coordonnateurs clinicoadministratifs aux avantages de l'approche de partenariat; établir des moyens de communication directe avec les usagers et leurs proches; réorganisation des soins infirmiers pour permettre un processus d'admission sans interruption; revoir la stratégie d'implantation de l'approche « Meilleur ensemble » ;
- Révision des mécanismes pour s'assurer que les usagers suivis en oncologie soient informés des décisions les concernant et que cela soit noté au dossier et au plan d'intervention, afin de s'assurer de la continuité et de la fluidité dans les soins et services offerts.

Endoscopie :

- Rappeler, à tous les membres de l'équipe, l'importance de prendre les notes d'information nécessaires pour préparer les patients à une sortie en toute sécurité, en particulier les coordonnées des proches ;
- Élaborer un nouveau document sur l'évaluation clinique infirmière et le suivi en endoscopie, y compris les critères de sortie qui seront utilisés à partir du 6 avril 2021.

Unité de soins (Hull) :

- Rencontrer l'équipe soignante pour expliquer l'importance de la communication avec les familles, notamment dans le contexte actuel de pandémie, mais tout en respectant la priorisation des soins aux usagers ;
- S'assurer que le personnel informe l'utilisateur et ses proches à l'égard du processus de communication avec l'unité de soins durant l'hospitalisation ;
- Sensibiliser l'équipe soignante sur l'importance d'assurer le suivi d'un appel d'un proche dans un esprit de bienveillance, dans le respect du secret professionnel ;
- Rendre obligatoires, pour les préposés aux bénéficiaires, plusieurs formations en lien avec les interventions à faire auprès des usagers en soins palliatifs.

Unité de soins (Gatineau) :

- Revoir le processus de préparation au congé et les éléments pertinents à communiquer à un usager en période de post coronarographie;
- Rappeler à l'équipe de physiothérapeutes l'importance de classer les exercices prescrits dans les dossiers des usagers et de fournir les coordonnées d'une référence à contacter en cas de problème concernant le suivi;
- Rappeler aux infirmières de documenter au dossier de l'usager l'évaluation de la douleur selon l'échelle de la douleur (PQRSTUI);
- Appliquer les recommandations indiquées au plan déjà élaboré à toutes les unités de soins qui le nécessitent (suite à une évaluation), afin d'y rehausser la pratique infirmière en élaborant les plans thérapeutiques infirmiers (PTI), respectant les ordonnances médicales et en assurant la surveillance adéquate de l'état de santé des usagers, entre autres.

Unité de soins (Papineau) :

- Rappeler au personnel l'utilisation adéquate d'un plan thérapeutique infirmier (PTI) et l'importance d'inscrire au dossier les données pertinentes reliées aux soins prodigués;
- S'assurer que la famille d'un nouveau résident soit rencontrée au moins 24 heures avant l'admission, afin de bien faire visiter la chambre, et ce, dans la mesure du possible;
- Rappeler au personnel infirmier l'importance d'assurer la disponibilité et l'écoute active des usagers pour leur permettre de verbaliser sur leurs situations et leurs émotions;
- Offrir la formation Oméga à tous les nouveaux employés et mettre sur pied des capsules de formation Oméga par l'assistante au supérieur immédiat en collaboration avec un formateur;
- Rencontrer l'employé concerné lui rappelant son rôle et celui des autres membres de l'équipe, et lui réitérant de s'en tenir au plan d'encadrement de l'usager et de se référer à l'infirmière avant d'agir;
- Rappeler au personnel l'importance de signaler s'il y a des enjeux avec un nouvel employé afin d'intervenir rapidement.

RPA

- Effectuer un audit de l'horaire de travail pour évaluer le respect du seuil du personnel dans l'unité de soins et la conformité de leur formation dans une RPA. (Les plaignants sont insatisfaits du manque de personnel et de formation adéquate);
- Renforcer la vérification faite par l'équipe de maintenance et de gestion, en vue de se tenir prêt le jour de l'admission.

➤ Les relations interpersonnelles

Les insatisfactions à l'égard de l'attitude inappropriée, au manque d'empathie et aux commentaires désobligeants de certains membres du personnel demeurent un enjeu. Malgré la mise en place de mesures correctives par l'organisation et l'émission de recommandations allant de la sensibilisation d'employés à l'analyse du dossier à des fins disciplinaires selon la gravité des

allégations rapportées, une récurrence de ce type de plaintes est observée. Les insatisfactions répétées des usagers conduisent au constat que les mesures mises en place n'ont pas permis d'observer des changements durables.

➤ **Les résidences privées pour aînés (RPA)**

Le nombre de plaintes et d'interventions a bondi de 27 % en 2020-21. Les principaux motifs sont à l'égard des soins et services dispensés, du non-respect des normes relatives à la certification par les exploitants et l'organisation du milieu (salubrité des lieux, nourriture, équipements). Un élément fréquemment soulevé cette année concerne la facturation et l'utilisation non conforme des documents requis pour le bail.

Ces enjeux sont discutés avec la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique, direction responsable de la certification pour la mise en place de mécanismes auprès des RPA et de partenaires internes pour assurer la surveillance et les suivis pour le respect des normes de certification afin que les usagers reçoivent les soins et services auxquels ils ont droit.

Délai de traitement des dossiers de plainte

La Loi sur les services de santé et les services sociaux précise un délai légal de 45 jours calendaires pour la transmission des conclusions à l'utilisateur, ce qui inclut les recommandations, le cas échéant.

Cette année, le délai de 45 jours a été respecté pour 399 des 415 dossiers de plainte conclus, soit dans 96,14 % des cas, comparativement à 94,14 % en 2019-20.

Dossiers conclus pendant l'exercice		
Délai	Nombre	%
Moins de 3 jours	92	22,16
4-15 jours	24	5,78
16-30 jours	25	6,27
31-45 jours	257	61,93
Sous-total	399	96,14
46-60 jours	7	1,69
61-90 jours	2	0,48
91-180 jours	6	1,45
181 jours et plus	1	0,24
Sous-total	16	3,86
Total	415	100,00

Tableau 3. Délai pour conclure les dossiers lors de l'exercice 2020-21

1.3 BILAN DES DOSSIERS D'INTERVENTION

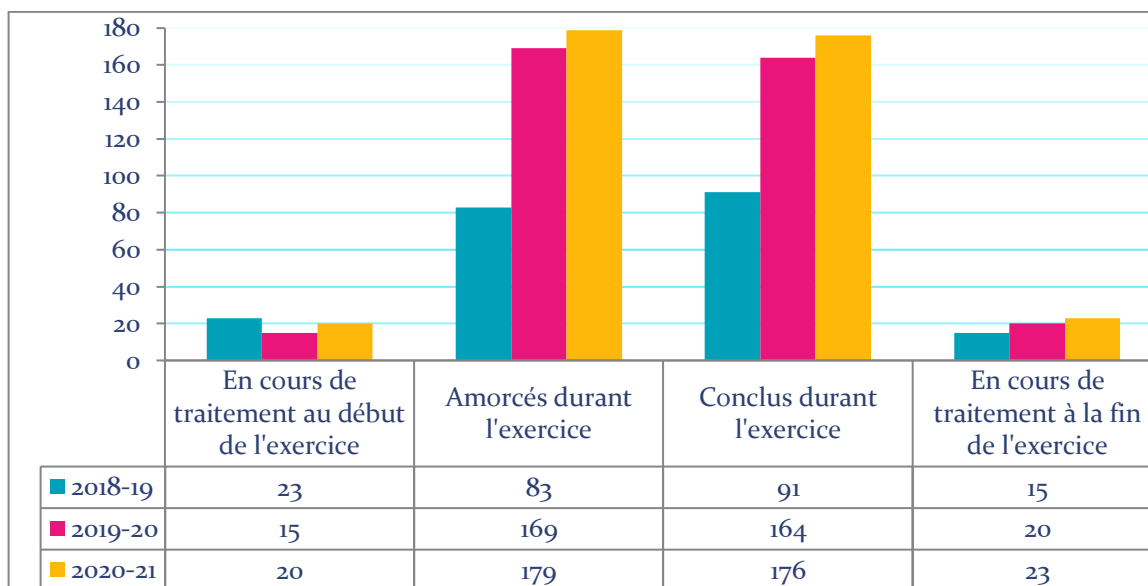
La Loi sur les services de santé et les services sociaux permet à la commissaire d'intervenir de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'elle a des motifs de croire que les droits d'un usager ou d'un groupe d'utilisateurs peuvent être lésés.

179 interventions durant l'exercice ont été amorcées et 20 dossiers sont en cours de traitement au début de l'exercice. Au final, ce sont 176 dossiers qui ont été conclus et 23 dossiers sont toujours en cours de traitement à la fin de l'exercice.

Évolution des dossiers d'intervention

EXERCICE	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	%
2018-19	23	64	83	93	91	168	15	-35
2019-20	15	-35	169	104	164	80	20	33
2020-21	20	33	179	6	176	7	23	15

Tableau 4. Évolution des dossiers d'intervention



Graphique 8. Évolution des dossiers d'intervention depuis les trois dernières années

Interventions selon la mission

Voici un portrait de l'origine des interventions pour les 176 dossiers conclus dont la mission est connue:

- 47 sur constat, soit 26,70 % : situations préoccupantes pour les droits d'usagers où la commissaire a décidé d'intervenir
- 129 sur signalement, soit 73,30 %

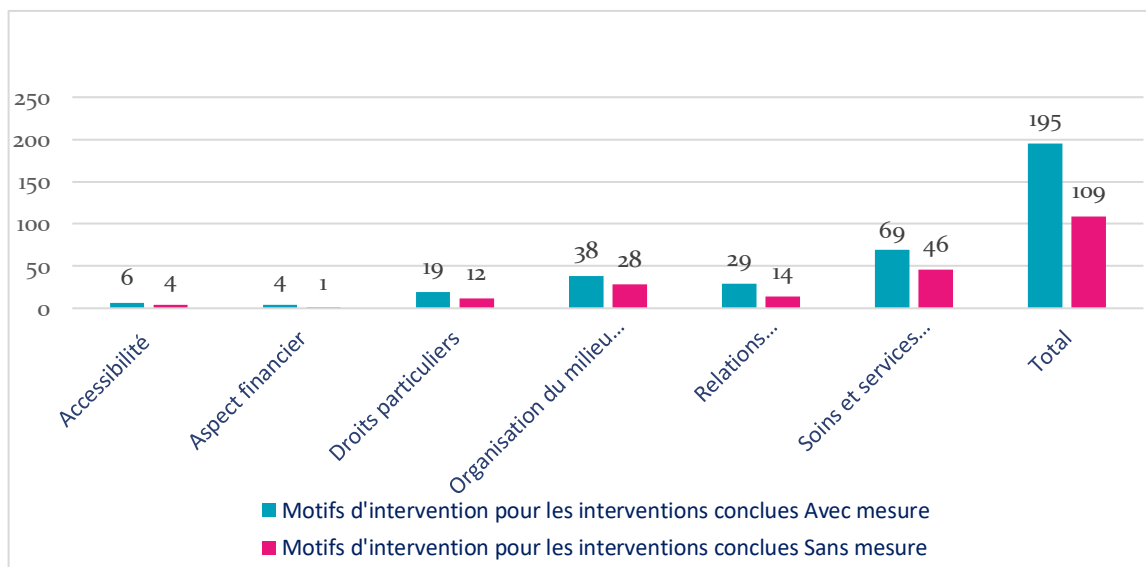
Les principales installations visées par les interventions pour un total de 79,67 % (106 interventions) sont :

- CHSLD 19,46 % (29 interventions);
- RPA 15,91 % (28 interventions);
- Hôpital de Gatineau 14,77 % (26 interventions);
- Hôpital de Hull 14,20 % (25 interventions);
- CLSC et centre de protection de l'enfance et de la jeunesse de l'Outaouais 5,11 % (9 interventions);
- Hôpital en santé mentale Pierre-Janet 5,11 % (9 interventions);
- Ressources intermédiaires 5,11 % (9 interventions).

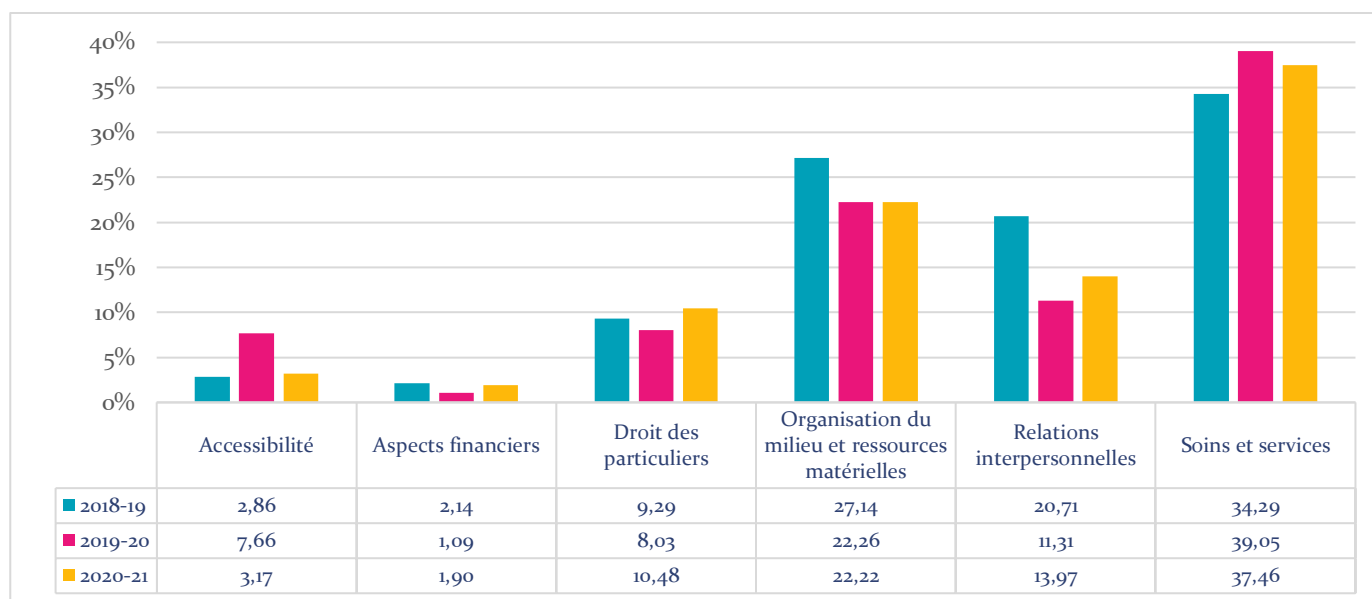
Motifs d'intervention et mesures d'amélioration des soins et services

Pour les 179 dossiers d'interventions, 64 % ont mené à des mesures, donnée sensiblement similaire à l'an dernier.

Le graphique 9 permet de voir la tendance pour les catégories de motifs de l'exercice 2020-21.



Graphique 9. Motifs des interventions conclues pendant l'exercice



Graphique 10. Évolution annuelle des motifs d'intervention

Une analyse plus approfondie des éléments principaux donne ce portrait:

- Les soins et services dispensés :
 - Traitements/interventions/approche thérapeutique;
 - Continuité des soins.
- L'organisation du milieu et les ressources matérielles :
 - Règles et procédures du milieu :
 - Connaissance et respect des règles.
- Les relations interpersonnelles :
 - Communication/attitude :
 - Attitude non verbale inappropriée;
 - Commentaires inappropriés.
- Droits particuliers :
 - Droit à l'information.
- L'accessibilité:
 - Difficulté d'accès aux services formellement requis

Le graphique 10 illustre que pour l'exercice 2020-21, les interventions sont majoritairement liées aux soins et services : les traitements et les interventions constituent 11 % de ce motif alors que la continuité des soins représente 7 %, motifs similaires à l'an dernier. Les mêmes constats sont faits pour les plaintes à l'égard des interventions et de l'approche thérapeutique. Plusieurs interventions sont liées à l'organisation du milieu et ressources matérielles à l'égard de la connaissance et du respect des règles et des procédures du milieu (11 %), même constat qu'au niveau des plaintes. Quant aux relations interpersonnelles, les mêmes enjeux sont présents de façon récurrente, soit l'attitude non verbale et les commentaires inappropriés à l'égard des usagers, qui constituent 10 % de ce motif. Les mêmes constats sont présents pour les plaintes. Je

remarque que le motif pour l'accessibilité a diminué de 4,49 %, ce qui peut s'expliquer en partie par le délestage de certaines activités cliniques; les interventions se sont concentrées sur les délais pour d'obtenir un rendez-vous et avoir accès aux services requis.

À l'égard des droits particuliers, le principal motif d'insatisfaction concerne le droit à l'information, surtout d'avoir accès à de l'information juste et au bon moment.

L'analyse de l'ensemble des dossiers d'intervention a donné lieu à 307 mesures correctives, soit 214 à portée systémique et 93 à portée individuelle. Les mesures à portée systémique émises visent à adapter les soins et les services; à adapter le milieu et l'environnement; à adopter, réviser et appliquer des règles et procédures ainsi qu'à sensibiliser les intervenants au sujet de l'information à transmettre aux usagers. Pour leur part, les mesures à portée individuelle visent principalement à encadrer les employés à l'égard des activités professionnelles.

Au cours de l'année, les directions ont contribué à la mise en place de mesures pour améliorer la qualité des soins et services aux usagers. Voici certaines de ces mesures :

- Revoir, au besoin, le suivi à faire par les professionnels du CISSS de l'Outaouais des observations faites par les préposés aux bénéficiaires (PAB) au cahier de communication;
- Systématiser la communication au médecin de l'usager lorsque celui-ci tombe et se cogne la tête (rédiger une procédure) en collaboration avec une conseillère en soins infirmiers;
- Instaurer une supervision clinique des soins infirmiers par les assistants au supérieur immédiat du CISSS de l'Outaouais pour assurer la mise en place des éléments essentiels à la tenue de dossier à la suite de la formation et le retour sur les protocoles de soins;
- Faire une demande à la direction responsable pour une formation sur la tenue de dossier pour les infirmières et infirmières auxiliaires du CISSS de l'Outaouais travaillant dans les ressources non institutionnelles (RNI), ce qui inclut les RI;
- Rencontrer l'employée concernée et la sensibiliser sur l'importance de divulguer, de façon ponctuelle, tout incident survenu dont l'annexe 12 est complétée;
- La procédure d'un départ de manière autonome d'un résident a été retravaillée, afin de s'assurer que les suivis nécessaires soient effectués. En doublant la procédure (par courriel et par écrit), la réception sera obligée de faire une double vérification des étapes à suivre. Un registre d'hospitalisation a été ajouté au protocole;
- Avec le département de livraison des repas, une révision de l'importance du bon signalement lorsqu'un résident est absent au moment de la livraison et/ou repas a été effectuée.

1.4 BILAN DES DOSSIERS PROVENANT DU CAAP ET DE DROIT-ACCÈS DE L'OUTAOUAIS

Au cours de l'exercice 2020-21, sur les 505 plaintes reçues, autant administratives que médicales et les 179 interventions, 110 proviennent du CAAP et 4 de Droit-Accès de l'Outaouais (DAO). Cet organisme a pour mission d'offrir une démarche individuelle ou collective, d'aide, d'accompagnement et de promotion en défense de droits, aux personnes fragilisées par un problème de santé mentale et dont les droits sont susceptibles d'être lésés.

1.5 BILAN DES DOSSIERS TRANSMIS POUR ÉTUDE À DES FINS DISCIPLINAIRES

En cours d'examen lorsque la plainte concerne un employé non médecin, dentiste, pharmacien ou résident (CMDP), je dois informer et référer la situation à la Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques qui fera le lien avec le soutien à la pratique, selon l'intervenant ciblé, pour faire l'analyse et déterminer si des mesures disciplinaires doivent être prises à l'endroit du professionnel. Au besoin, la Présidente directrice générale (PDG) ou le directeur à qui l'activité est déléguée doivent en aviser par écrit l'ordre professionnel et la commissaire (art. 39 LSSSS). Si le conseil d'administration juge que la gravité de la plainte à l'endroit du professionnel le justifie, il la transmet à l'ordre professionnel concerné (art. 39 LSSSS).

Dans le cas d'un stagiaire, je dois informer et référer la situation à la Direction de l'enseignement, relations universitaires et recherche, responsable des stages, qui fera le lien avec le soutien à la pratique selon l'intervenant ciblé et verra à faire des liens avec l'établissement d'enseignement.

Au cours de l'exercice 2020-21, 6 dossiers ont été transmis à des fins disciplinaires ou déontologiques, dont 2 ont mené à des mesures.

1.6 BILAN DES DOSSIERS TRAITÉS POUR MALTRAITANCE

Le projet de loi 115, sanctionné en mai 2017, 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 concernant la maltraitance envers les aînés. Cette loi a permis de renforcer la capacité d'agir du commissaire en rendant obligatoire, dans certains contextes, qu'on lui signale des situations de maltraitance envers des aînés ou des personnes majeures en situation de vulnérabilité.

Cette loi confère à la commissaire la responsabilité de traiter les plaintes et de recevoir les signalements effectués dans le cadre de la *Politique de lutte contre la maltraitance envers les personnes en situation de vulnérabilité* (P-049). 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 signalements faits de bonne foi.

La coordonnatrice régionale en maltraitance, les acteurs du Plan d'intervention concerté (PIC) et la commissaire travaillent en étroite collaboration lors de situations de maltraitance afin de s'assurer qu'un filet de sécurité est en place pour l'utilisateur ou pour un groupe d'utilisateurs. La

commissaire a soutenu les différentes équipes en clarifiant les rôles et responsabilités de chacun avec la collaboration du soutien à la pratique pour assurer la protection des usagers et le respect de leurs droits.

Cette année, un total de 44 dossiers furent traités, soit 6 dossiers de plaintes, 35 dossiers d'intervention et 3 dossiers d'assistance, dont 22 situations répondaient à une déclaration obligatoire, soit 50 %. 50 motifs de maltraitance ont été soumis par des signalants et 82 % ont conduit à la mise en place de mesures correctives. Parfois, la personne victime de maltraitance refuse tout type d'intervention mais une surveillance est tout de même assurée par les équipes du CISSS de l'Outaouais afin de protéger la personne, dans les limites auxquelles cette dernière consent.

EXERCICE	PLAINTES		INTERVENTIONS		ASSISTANCES		TOTAL	
	Obligatoire	Non obligatoire	Obligatoire	Non obligatoire	Obligatoire	Non obligatoire	Obligatoire	Non obligatoire
2019-20	0	3	14	10	0	3	14	16
2020-21	1	5	20	15	1	2	22	22

Tableau 5. Nombre de dossiers selon le type de signalement

L'an dernier, 3 dossiers de plainte, 24 dossiers d'intervention et 3 dossiers d'assistance ont été traités. Ces données permettent de constater une augmentation de 46,67 % de dossiers traités. L'augmentation est due aux signalements de maltraitance par un proche (81 %) ainsi que par les gestionnaires (41 %). Le contexte de pandémie a fait en sorte que plusieurs aînés et adultes vulnérables se sont retrouvés isolés de leurs proches. Nous avons reçu des signalements de proches, suite à des échanges entre l'utilisateur et son proche, qui mentionnaient vivre des situations de maltraitance. Puis, lorsque les proches aidants ont pu retourner dans les milieux, nous avons reçu des signalements de situations préoccupantes confiées au proche par l'utilisateur.

Les liens ont été faits auprès des instances appropriées afin de s'assurer d'une prise en charge adéquate des usagers ou des résidents et de la mise en place d'un filet de sécurité. Lors de situations impliquant des employés, les liens sont faits avec le gestionnaire et la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques afin de s'assurer que des mesures soient mises en place rapidement, selon l'évaluation des éléments de dangerosité.

Exercice	Intervenant	Gestionnaire	Proche	Tiers
2019-20	14	7	3	2
2020-21	6	12	16	8

Tableau 6. Nombre de dossiers selon le signalant

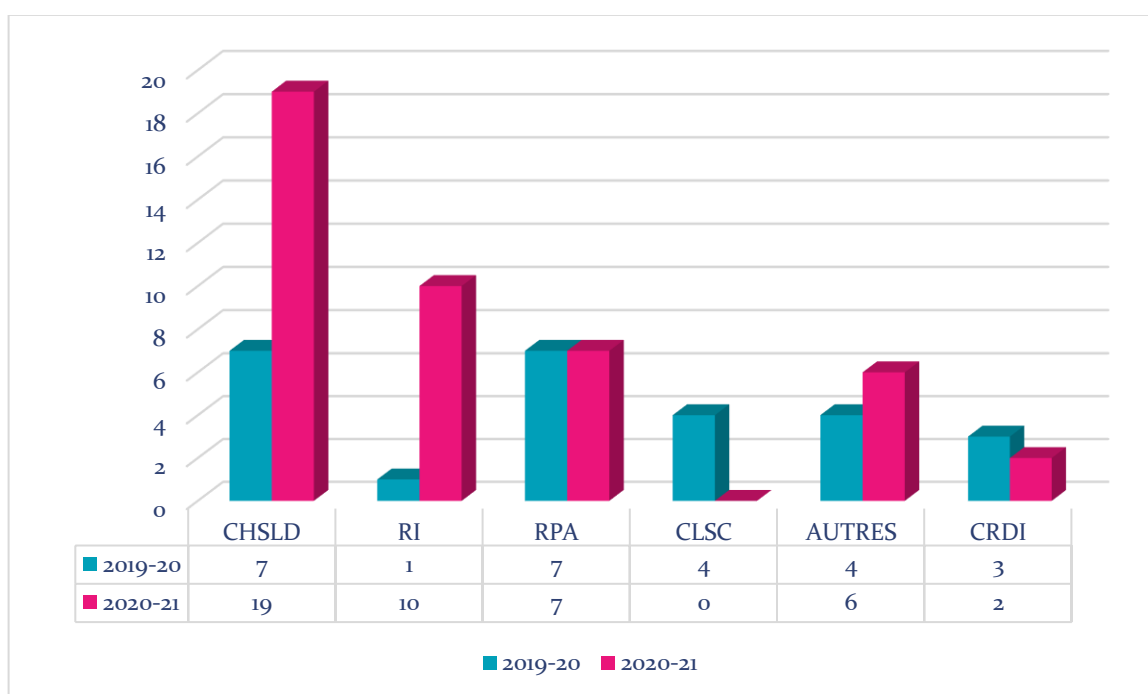
Les situations de maltraitance sont traitées de façon prioritaire et les dossiers sont fermés seulement lorsque la situation de maltraitance a pris fin ou lorsque les mesures mises en place sont adéquates pour assurer la sécurité de l'utilisateur.

En RI, 10 dossiers ont été traités comparativement à un seul l'an dernier, ce qui représente une augmentation significative. Cette augmentation est due en partie au fait que les travailleurs sociaux ont reçu la formation relative au projet de loi 115 durant l'année, ce qui a augmenté leur vigilance à repérer la maltraitance et à intervenir. Puis, dû au contexte de pandémie, la présence de personnel dédié du CISSS de l'Outaouais pour assurer une vigie des mesures de prévention des infections a permis par le fait même d'assurer une vigie de situations de maltraitance.

En CHSLD, 19 dossiers traités, comparativement à 7 l'an dernier, une augmentation importante de 171 %. Cette augmentation est due en partie à une meilleure intégration, par les gestionnaires et par le personnel, de possibles situations de maltraitance qui s'est traduite par une vigilance plus accrue.

Pour les RPA, 7 dossiers traités comparativement à 5 l'an passé. Cette faible augmentation est en partie liée au fait que la présence des proches aidants a été très limitée due aux mesures sanitaires pandémiques. Pour l'ensemble des situations, les liens ont été faits auprès des instances appropriées afin de s'assurer d'une prise en charge adéquate des usagers.

Les autres dossiers concernent des signalements en ressource de type familiale (RTF), à domicile, aux unités de réadaptation fonctionnelle intensive et dans des ressources de réadaptation intensive du comportement.



Graphique 11. Évolution des plaintes et interventions reçues en maltraitance au cours des deux dernières années

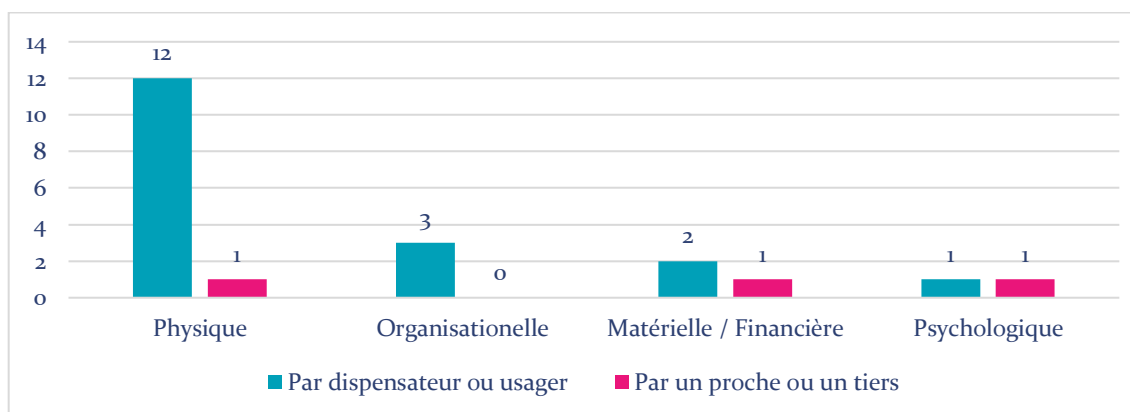
Motifs principaux :

Motif de maltraitance	%
Violence physique	36
Négligence (maltraitance organisationnelle - soins et services)	23,5
Violation de droits	18
Financière	9
Psychologique	6,8
Sexuelle	4,5
Abus d'autorité par un intervenant	2,2

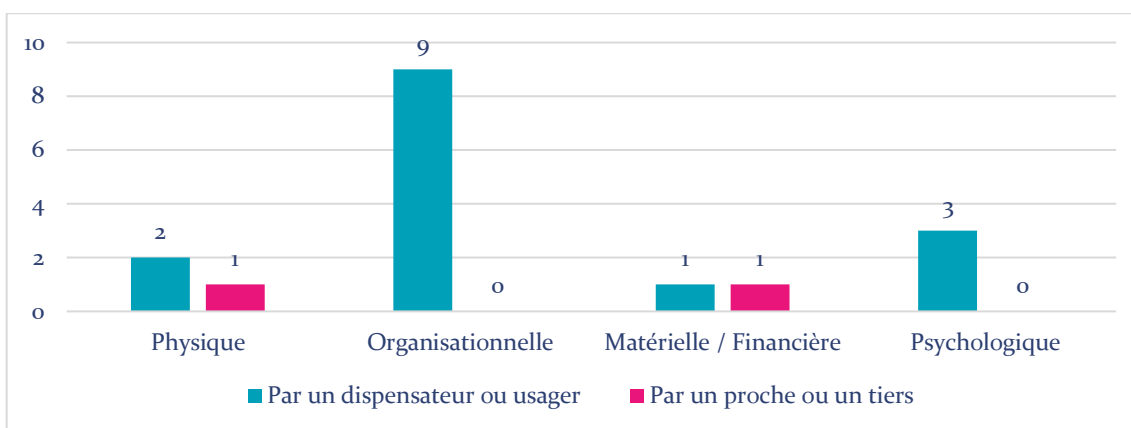
Tableau 7. Nombre de dossiers selon le type de maltraitance

Le type de maltraitance qui prédomine est physique. Ces situations se sont produites en grande majorité en CHLSD et en RI. Je constate que 53 % de la maltraitance physique provient de dispensateurs de services.

La maltraitance organisationnelle est signalée en grande majorité par les proches qui constatent de la négligence dans les soins et services offerts, soit par absence ou par diminution de la prestation. La majorité de ce type de situations s'est produite en RI et en RPA. Le contexte de pandémie a eu un impact sur la prestation de certains soins d'hygiène et sur les services d'entretien ménager car le personnel a dû être réaffecté pour les mesures d'hygiène COVID-19. Pour la violation des droits, deux situations de maltraitance qui ont touché plusieurs usagers ont amené des interventions et la mise en place de mesures correctives importantes.



Graphique 12. Motifs de maltraitance à déclaration obligatoire



Graphique 13. Motifs de maltraitance à déclaration non obligatoire

Voici certaines des mesures mises en place :

- Rappeler à l'équipe la politique du CISSS de l'Outaouais sur la Lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité et l'importance de la respecter en tout temps, car aucune forme de maltraitance n'est tolérée dans l'établissement, tolérance zéro (récurrence des rappels lors des réunions d'équipe tous les 3 mois);
- Réviser avec l'équipe les stratégies et l'utilisation des outils liés aux symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) et reprendre la formation sur les SCPD à l'automne 2020;
- Rappeler aux membres de l'équipe les attentes et les responsabilités de chacun par rapport aux valeurs de l'établissement telles que bienveillance, le professionnalisme, la collaboration et l'engagement;
- Prendre les mesures administratives nécessaires face à la préposée aux bénéficiaires (PAB) concernée pour protéger la résidente de la violence physique. Une enquête est faite par la Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques (la PAB concernée est suspendue pendant l'enquête) et les mesures disciplinaires sont appliquées à la PAB concernée;
- Procéder au congédiement d'une PAB, pour des propos offensants envers des résidents;

Ces mesures démontrent que le CISSS de l'Outaouais ne tolère aucune forme de maltraitance envers les usagers.

1.7 BILAN DES RECOMMANDATIONS DE LA COMMISSAIRE

En cours de réalisation au début de l'exercice	Émises durant l'exercice	Réalisées durant l'exercice	En cours de réalisation à la fin de l'exercice
33	21	26	28

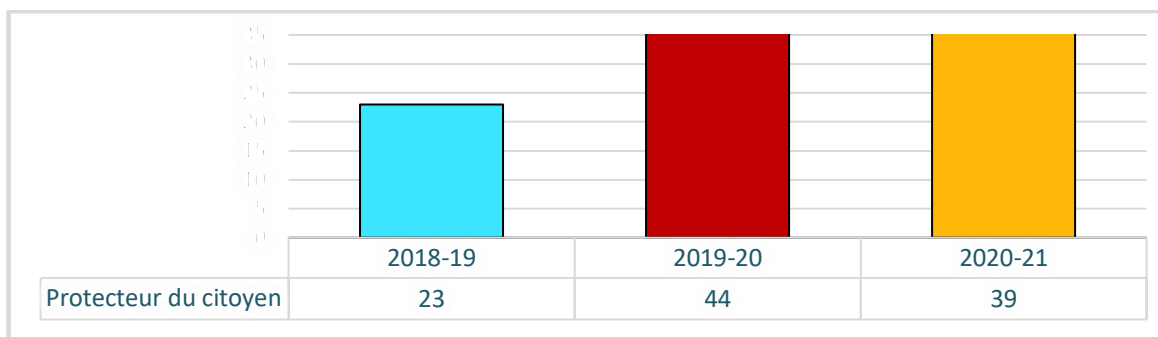
Tableau 8. Bilan des recommandations émises par la commissaire pour l'exercice 2020-21

Au cours de l'examen des plaintes et des interventions, certaines mesures correctives sont mises en place rapidement lors d'un risque pour la sécurité des usagers. Aussi, plusieurs mesures correctives sont apportées par les gestionnaires dès qu'ils reçoivent un avis de plainte ou d'intervention, ceci dans le but de corriger immédiatement une situation et d'en éviter la récurrence.

En 2020-21, 21 recommandations ont été émises alors que 33 recommandations émises dans les années antérieures étaient en cours de réalisation en début d'année. Un effort considérable a été fourni par les directions pour mettre en œuvre les travaux nécessaires à la réalisation des recommandations. À cet égard, 26 recommandations ont été réalisées cette année, énumérées à l'Annexe 2.

1.8 BILAN DES DOSSIERS ANALYSÉS PAR LE PROTECTEUR DU CITOYEN EN DEUXIÈME INSTANCE

Au cours de la dernière année, le Protecteur du citoyen a traité 39 dossiers en 2^e recours et une intervention a été soumise à l'établissement.



Graphique 14. Évolution du nombre de recours au Protecteur du citoyen

Le nombre de recours au Protecteur du citoyen (PDC) est similaire à l'exercice précédent.

Voici les motifs adressés au PDC :

MOTIFS	Nombre	
		%
Soins et services dispensés	44	39,64 %
Relations interpersonnelles	19	17,12 %
Droits particuliers	17	15,32 %
Organisation du milieu et ressources matérielles	15	13,51 %
Aspect financier	11	9,91 %
Accessibilité aux soins et services	4	3,60 %
Maltraitance	1	0,90 %
Total	111	100,00 %

Tableau 9. Bilan des motifs de plainte pour les dossiers conclus par le PDC au cours de l'exercice 2020-21

De ces 39 dossiers, 11 recommandations ont été formulées à l'établissement. L'évolution de ces recommandations et de celles des années antérieures a mené à la réalisation de 7 d'entre elles. 4 recommandations sont à poursuivre en 2021-22. Ces recommandations sont toujours accueillies avec respect et servent de référence dans l'analyse de futures plaintes.

En cours de réalisation au début de l'exercice	Émises durant l'exercice	Réalisées durant l'exercice	En cours de réalisation à la fin de l'exercice
0	11	7	4

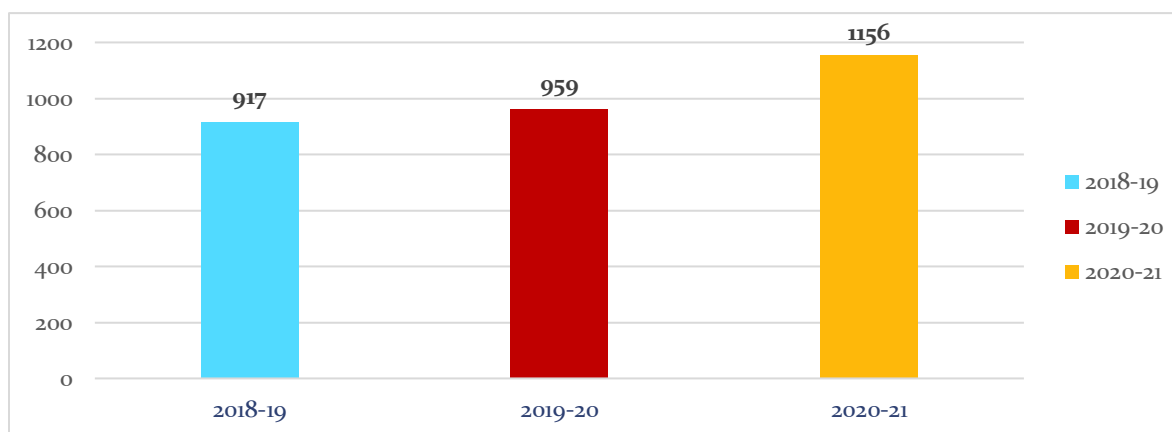
Tableau 10. Bilan des recommandations émises par le PDC pour l'exercice 2020-21

1.9 BILAN DES DEMANDES D'ASSISTANCE

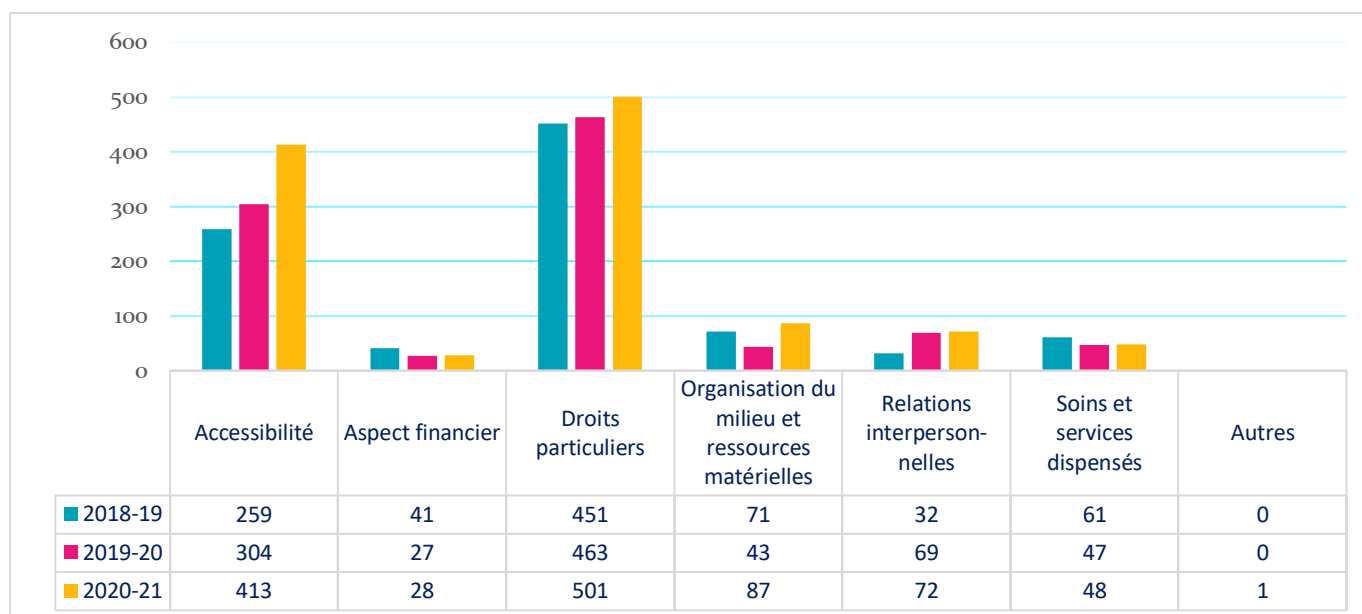
L'assistance est souvent le premier niveau d'action pour répondre à l'insatisfaction exprimée par l'utilisateur.

L'attente à l'égard du partenaire est une collaboration et une implication rapides ainsi que la mise en place des mesures qui doivent être prises pour assurer la confidentialité et la sécurité des renseignements communiqués.

Le graphique 15 démontre une augmentation de 20,5 % des assistances pour l'année 2020-21.



Graphique 15. Évolution du nombre d'assistance



Graphique 16. Évolution du nombre d'assistance par motif

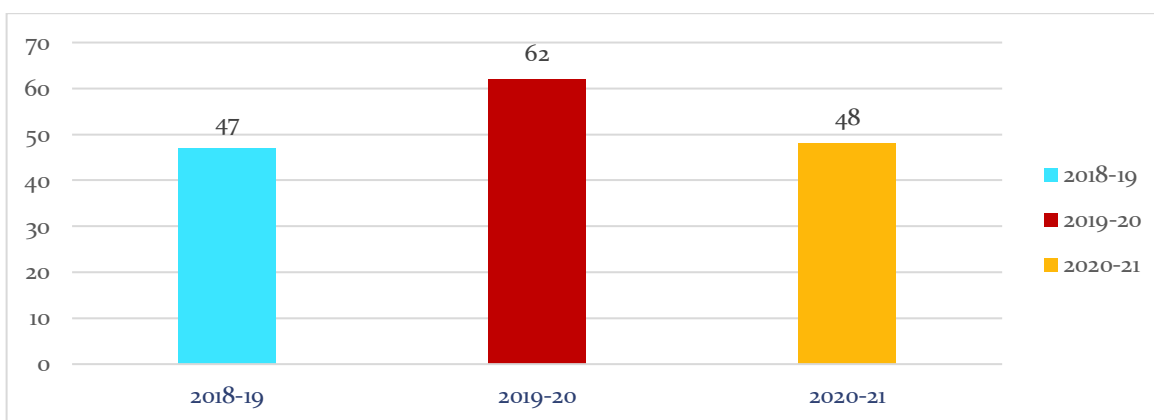
Le graphique 16 illustre que les assistances sont majoritairement liées aux droits particuliers et à l'accessibilité. En fait, les usagers nous contactent pour s'informer sur leurs droits et recours et sur le régime d'examen des plaintes, incluant le volet médical, ce qui explique la proportion élevée pour ce motif. Quant au motif sur l'accessibilité, je note que ce motif présente une augmentation de 26,40 % comparativement à l'an dernier, à l'égard des délais pour obtenir un rendez-vous ou un résultat ainsi que pour les difficultés d'accès aux soins ou aux services, comme discuté dans la section COVID-19. Ces assistances permettent de donner satisfaction aux usagers par le biais d'une intervention de la commissaire auprès du gestionnaire qui prend les moyens pour adresser l'insatisfaction.

1.10 BILAN DES CONSULTATIONS

Les consultations sont des demandes formulées à l'endroit de la commissaire en raison de son expertise portant sur les droits des usagers. Les demandes diverses sont formulées par des professionnels et des gestionnaires:

- Dans le cadre du traitement d'un dossier;
- En vue d'obtenir plus d'informations sur le régime d'examen des plaintes et sur la promotion de celui-ci;
- Sur le respect des droits des usagers;
- Sur les préoccupations quant à la sécurité des soins et des services.

Au cours de l'année 2020-21, la commissaire a été consultée à 48 occasions, soit une diminution de 22,58 % par rapport à l'année précédente. En fait, en 2020-21, plusieurs activités sont liées à la gestion de la pandémie et sont gérées et modulées selon des directives ministérielles, ce qui nécessite moins de consultation auprès de la commissaire.



Graphique 17. Évolution du nombre de consultations

1.11 BILAN DES AUTRES FONCTIONS ET AUTRES RESPONSABILITÉS LÉGALES DE LA COMMISSAIRE

Les participations statutaires de la commissaire

➤ Engagement au niveau provincial

La commissaire est membre de l'exécutif 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, 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.

La commissaire a participé au comité consultatif national sur la maltraitance matérielle et financière.

➤ Comité de vigilance et de la qualité des services

À titre de membre du comité de vigilance et de la qualité, la commissaire présente les recommandations faites dans le cadre de l'examen des plaintes et des interventions visant l'amélioration de la qualité des soins et des services et fait part aux membres du comité des différents enjeux ou situations qui portent ou pourraient porter atteinte aux droits des usagers. La commissaire y dépose un rapport annuel pour approbation.

➤ Séances du conseil d'administration du CISSS de l'Outaouais

La commissaire utilise ce moment privilégié afin de dresser un bilan de ses activités et répondre à tout questionnement relevant de sa compétence. La commissaire dépose un sommaire exécutif de son rapport annuel.

Les autres fonctions de la commissaire

La Loi assigne d'autres fonctions à la commissaire. Ainsi, pour l'année 2020-21, ces obligations ont généré la participation à 172 activités diverses; celles-ci sont décrites au Tableau 11.

Les démarches entreprises ont donné lieu à 119 actions portant sur la promotion du régime. Ces occasions ont permis d'expliquer la portée et les limites du mandat de la commissaire à ses interlocuteurs. De plus, ces circonstances sont des opportunités pour sensibiliser et informer les personnes sur le respect des droits des usagers. La promotion du régime favorise également une démarche proactive et préventive rejaillissant sur l'ensemble des usagers, de leurs proches ainsi que des professionnels qui côtoient les personnes nécessitant des services de santé.

Voici quelques activités effectuées afin de promouvoir et d'améliorer les services du bureau de la commissaire :

- Participation virtuelle à l'assemblée générale annuelle du comité des usagers et de résidents des Collines;
- Participation virtuelle aux rencontres de famille en CHSLD;
- Présentation virtuelle au CA sur la maltraitance;
- Participation à des tables provinciales, dont celle portant sur la maltraitance matérielle et financière envers les aînés et les personnes majeures vulnérables;
- Parallèlement au traitement des plaintes, des rencontres avec des directeurs, des gestionnaires et des partenaires externes de certains secteurs d'activités pour discuter de situations problématiques m'ont permis de lever des drapeaux rouges et d'adresser les constats mis en lumière aux directions, lesquelles ont porté des actions par la suite;
- Envoi de statistiques périodiques du nombre de dossiers de plainte, d'intervention et d'assistance et de leurs motifs pour les salles de pilotage de la Direction générale et des directions;
- Discussions fréquentes avec la directrice générale du CAAP et son équipe;
- Présence de la commissaire aux rencontres du regroupement des commissaires aux plaintes et à la qualité des services du Québec dans le but de favoriser l'échange d'expertise et le développement de la pratique afin d'améliorer par le fait même la qualité des interventions de la commissaire.

Autres fonctions du commissaire	Nombre	%
Promotion / Information		
Droits et obligations des usagers	40	23,26
Loi de lutte contre la maltraitance	18	10,47
Régime et procédure d'examen des plaintes	61	35,47
Sous-total	119	69,20
Communications au conseil d'administration (en séance)		
Bilan des dossiers des plaintes et des interventions	4	2,33
Sous-total	4	2,33

Participation au comité de vigilance et de la qualité		
Participation au comité de vigilance et de la qualité	7	4,07
Sous-total	7	4,07
Collaboration au fonctionnement du régime des plaintes		
Collaboration à l'évolution du régime d'examen des plaintes	37	21,51
Collaboration avec les comités des usagers / résidents	1	0,58
Soutien aux commissaires locaux	4	2,33
Sous-total	30	24,42
Total	125	100.00

Tableau 11. Autres fonctions du commissaire

Partie 2

Conclusion et objectifs 2021-22

Tout au long de l'année, la commissaire aux plaintes et à la qualité des services et son équipe ont démontré un engagement hors pair auprès des usagers pour le respect de leurs droits. La commissaire a assumé ses responsabilités à l'égard du régime d'examen des plaintes à travers ses interactions avec les partenaires internes et externes. L'année 2020-21 fut difficile pour les usagers et leurs proches vu le contexte de pandémie. Ces derniers furent confrontés à des mesures sanitaires qui ont eu des impacts sur leurs accès aux soins et aux services. Ce contexte a amené des enjeux de communication pour les usagers et pour les différents acteurs du réseau.

À travers cette épreuve hors du commun, j'ai vu des équipes mobilisées et résilientes, déterminées à offrir des soins et services de qualité à la population. Le travail de la commissaire, pour répondre aux insatisfactions des usagers, ne pourrait pas se faire sans la collaboration exemplaire des directeurs, des gestionnaires et du personnel qui n'épargnent aucun effort pour mettre en place des mesures appropriées afin d'assurer la qualité des soins et services.

À compter du 1^{er} juin 2021, une nouvelle responsabilité s'ajoute au mandat des commissaires et des médecins examinateurs. Afin de mieux protéger les usagers dans les CHSLD privés, le gouvernement du Québec a adopté un projet de loi (PL 52) qui entrera en vigueur le 1^{er} juin 2021. À partir de cette date, les plaintes, incluant les plaintes médicales, seront traitées par les commissaires ou les médecins examinateurs du centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) du territoire où se situe l'installation de l'établissement visée par la plainte. Également, les commissaires traiteront les plaintes et les signalements pour maltraitance de ces CHSLD privés. Afin d'assurer le suivi des recommandations des commissaires et des médecins examinateurs, un commissaire où se situe le siège social de l'établissement privé participera au comité de vigilance et de la qualité.

Objectifs 2021-22

1. Développer et déployer une formation sur le régime d'examen des plaintes aux gestionnaires du CISSS de l'Outaouais.
2. Revoir les stratégies de promotion du régime d'examen des plaintes et des droits des usagers auprès des différents acteurs internes et externes.
3. Finaliser la restructuration du bureau.
4. Mettre en place les mécanismes pour le traitement des plaintes/maltraitance dans les deux CHSLD privés de la région.

ANNEXE 1

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Description sommaire des différents types de dossier

Plainte	Insatisfaction exprimée auprès du CPQS ou du Protecteur du citoyen, par un usager ou son représentant, sur les services qu'il a reçus, qu'il aurait dû recevoir, qu'il reçoit ou qu'il requiert.
Intervention	Action effectuée, sur demande ou de sa propre initiative, par le CPQS, lorsqu'il est d'avis que les droits d'un usager ou d'un groupe d'utilisateurs peuvent être compromis. Lorsqu'il s'agit d'une intervention, la demande peut provenir d'un usager qui désire préserver l'anonymat ou d'un tiers qui a constaté une situation et craint que les droits d'un usager ou d'un groupe d'utilisateurs soient compromis.
Assistance	Demande d'aide ou d'assistance formulée par un usager ou son représentant. Peut concerner l'accès à un soin ou un service, de l'information ou de l'aide dans les communications d'un usager avec un membre du personnel. Peut aussi concerner l'aide à la formulation d'une plainte auprès d'une autre instance, car le CPQS a l'obligation de prêter assistance ou de s'assurer que soit prêtée assistance à toute personne qui le requiert lorsque celle-ci formule une plainte.
Consultation	Demandes diverses formulées par des professionnels dans le cadre du traitement d'un dossier ou en vue d'obtenir plus d'informations sur le régime d'examen des plaintes, la promotion de celui-ci et le respect des droits des utilisateurs.
Plainte médicale	Insatisfaction exprimée auprès du CPQS, par toute personne, relativement à la conduite, au comportement ou à la compétence d'un médecin, dentiste, pharmacien ou résident.

Terminologie

Motifs	Les motifs représentent les raisons de la demande exprimés par l'auteur. L'analyse des motifs de plaintes retenues ou abandonnées selon divers critères est quantifiée et peut donner lieu à l'application de mesures correctives.
Catégorie de motifs	Regroupement de l'ensemble des motifs, selon les catégories prédéterminées par le cadre normatif du MSSS.
Mesures correctives	Catégorisation des activités réalisées et regroupées selon le cadre normatif du MSSS à la suite de l'examen de la situation par un CPQS visant l'amélioration de la qualité des services. Ces mesures sont individuelles quand elles visent une personne et systémiques quand elles visent à prévenir la répétition d'une situation pour un ensemble de personnes.

Catégories de motifs

Accessibilité	Absence de services ou de ressources, délais, difficulté d'accès, refus de services et autres
Aspect financier	Allocation de ressources matérielles et financières, facturation, frais de déplacement/transport ou d'hébergement, legs et sollicitation, processus de réclamation et autres
Droits particuliers	Accès au dossier de l'utilisateur et dossier de plainte, assistance/accommodement, choix du professionnel ou de l'établissement, consentement, droit à l'information, à un accommodement raisonnable, de communiquer, de porter plainte, de recours ou linguistique, participation de l'utilisateur ou de son représentant, représentation, sécurité et autres
Organisation du milieu et ressources matérielles	Alimentation, compatibilité des clientèles, conditions d'intervention ou de séjour adapté, confort et commodité, équipement et matériel, hygiène/salubrité/désinfection, organisation spatiale, règles et procédures du milieu, sécurité et protection et autres
Relations interpersonnelles	Abus, communication/attitude, discrimination-racisme, fiabilité, disponibilité, respect et autres
Soins et services dispensés	Compétence technique et professionnelle (à faire le travail), continuité, décision clinique, organisation des soins et services, traitement/intervention/services (action faite) et autres

Mesures correctives individuelles ou systémiques

Adaptation des soins et des services	Ajustement professionnel, amélioration des communications, cessation de services, collaboration avec le réseau, élaboration/révision/application, encadrement ou si nécessaire un changement d'intervenant, évaluation ou réévaluation des besoins, formation du personnel, réduction des délais, relocalisation/transfert d'un usager, services dans la langue de l'utilisateur et autres.
Adaptation du milieu et de l'environnement	Ajustement technique et matériel, amélioration des mesures de sécurité et de protection et autres.
Adoption/ révision/ règles et procédures	Code d'éthique, politiques et règlements, protocole clinique ou administratif et autres.
Ajustement financier	Aucun choix possible pour cette catégorie dans notre logiciel SIGPAQS
Communication/ promotion	Aucun choix possible pour cette catégorie dans notre logiciel SIGPAQS
Conciliation/ intercession/ médiation/ liaison/ prévision/explication	Aucun choix possible pour cette catégorie dans notre logiciel SIGPAQS

Formation/ supervision	Aucun choix possible pour cette catégorie dans notre logiciel SIGPAQS
Information et sensibilisation des intervenants	Aucun choix possible pour cette catégorie dans notre logiciel SIGPAQS
Obtention d'un service	Aucun choix possible pour cette catégorie dans notre logiciel SIGPAQS
Promotion du régime	Communication avec les instances externes, communication avec le comité des usagers, organisation de séances d'information, production de documents, autres.
Respect des droits	Aucun choix possible pour cette catégorie dans notre logiciel SIGPAQS
Respect du choix	Aucun choix possible pour cette catégorie dans notre logiciel SIGPAQS

ANNEXE 2

Voici les recommandations et les mesures pour donner suite aux recommandations émises par la commissaire au cours de l'exercice 2020-21:

Recommandation	Mesure (s)
Que la Direction des soins infirmiers, avec la collaboration de la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique, évalue l'application de la procédure <i>Divulcation de l'information à l'utilisateur à la suite d'un accident</i> , à partir du 6 mai 2019 pour une période de 12 mois, pour assurer un processus structuré et transparent de divulgation des événements sentinelles aux usagers et aux familles et y apporter les correctifs nécessaires, auprès des gestionnaires.	➤ Présentation et explication de la procédure PRO-008 aux professionnels avec précisions sur les attendus.
Que la Direction des soins infirmiers, avec la collaboration de la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique, procède à une analyse prospective liée à la sécurité des usagers pour identifier clairement les écarts et actions à court terme liés aux POR d'Agrément Canada sur la communication: <i>Transfert de l'information et Rôle des usagers et des familles en ce qui concerne la sécurité</i> .	➤ Campagne de sensibilisation aux avantages de l'approche de partenariat auprès des gestionnaires. ➤ Établir des moyens de communication directe avec les usagers et leurs proches. ➤ Réorganisation des soins infirmiers pour permettre un processus d'admission sans interruption afin d'optimiser la prise en charge à l'arrivée et la création d'un lien facilitant l'autonomisation « <i>empowerment</i> » et la confiance. ➤ Revoir/ refaire la stratégie d'implantation de l'approche « <i>Meilleur ensemble</i> ». ➤ Mise en place d'une politique et procédure pour la planification du congé. ➤ Mettre en œuvre un Plan d'intervention interdisciplinaire en collaboration avec l'utilisateur et ses proches au sein des unités de soins. ➤ Mise en place d'une équipe/comité « <i>approche interprofessionnelle</i> » : objectifs, suivis, redditions de comptes, communications.

Que la Direction des soins infirmiers mette en place des mécanismes pour s'assurer que les usagers suivis en oncologie soient informés des décisions les concernant et que cela soit noté au dossier et au plan d'intervention afin de s'assurer de la continuité et de la fluidité des soins et services offerts.	➤ Lorsqu' un usager est vu en consultation en oncologie, un dossier dans le logiciel Aria est ouvert selon les types de traitements et suivis requis. ➤ Tous les intervenants qui gravitent autour de l'usager ont l'accessibilité au dossier afin d'y déposer les interventions et les plans à suivre. ➤ L'usager est informé de ce plan d'intervention lors de ses visites médicales ou avec les différents professionnels de la oncologie tout au long de son épisode de soins.
Que la Direction programmes santé mentale et dépendances en collaboration avec la Direction des services multidisciplinaires et à la communauté et la Direction des services professionnels et de la pertinence clinique, revoie les pratiques cliniques pour s'assurer que le personnel infirmier et médical informent les usagers de leur statut d'hospitalisation et de leurs droits, qu'ils le documentent adéquatement au dossier et que le Guide d'intervention sur le consentement aux soins soit appliqué.	➤ Diffusion de l'information et formation des équipes sur le Guide d'intervention sur le consentement aux soins. ➤ Rappel de l'obligation d'obtenir un consentement libre et éclairé est nécessaire.
Que la Direction programmes santé mentale et dépendances en collaboration avec la Direction des services professionnels et de la pertinence clinique s'assure, dans le cadre du déploiement du protocole de garde, que les ordonnances médicales liées au statut d'hospitalisation soient rédigées selon les meilleures pratiques.	➤ Mise à jour d'un aide-mémoire rappelant les différents statuts et la libre circulation des usagers qui en découle. ➤ Élaboration d'une procédure pour orienter les médecins et dentistes dans leurs obligations de consentement. ➤ Révision du protocole de mise sous garde en établissement dans le cadre du projet provincial de mise à niveau sur les droits et recours des usagers.
Que la Direction qualité, évaluation, performance et éthique s'assure de recevoir de l'exploitant de la Résidence de l'Île, la liste des PAB titulaires d'un diplôme ou document officiel attestant des formations exigées aux articles 28 et 29 de la certification.	➤ Mise à niveau des formations des PAB de la RPA en conformité des règles de la certification.

Que la Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées, en collaboration avec la Direction des soins infirmiers et la Direction de la déficience et de la réadaptation, valide précisément en temps réel, l'offre de service de la Résidence de l'Île ou RPA, RNI en termes de: catégorie d'emploi, nombre de personnels par quart de travail, formation du personnel, diète disponible, intensité de service disponible, et les limites de son offre de service, avant d'y transférer un usager NSA.	➤ Élaboration d'un tableau de communication avec les RPA, précisant l'offre de services en RPA. ➤ Modèle de grille de services réalisé.
Que la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques enquête sur la pratique où la conduite de l'employée qui soulève des questions d'ordre disciplinaire. (Réf. LSSSS, article 33)	➤ Mesure encadrement réalisée.
Que la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques enquête sur la pratique où la conduite de l'employée qui soulève des questions d'ordre disciplinaire. (Réf. LSSSS, article 33)	➤ Mesure encadrement réalisée.
Que la Direction qualité, évaluation, performance et éthique émette une communication écrite à l'ensemble des exploitants des RPA sur son territoire afin que ces derniers s'assurent de la légalité des documents de représentation par mandat ou par régime de protection, avant de prendre des décisions pouvant enlever ou restreindre les droits des résidents ou de leurs proches.	➤ Note de service transmise aux exploitants de résidences privées pour aînés le 21 septembre 2020 eu égard de la légalité des documents de représentation par mandat ou par régime de protection.
Que la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques enquête sur la pratique où la conduite de l'employée qui soulève des questions d'ordre disciplinaire. (Réf. LSSSS, article 33).	➤ Enquête terminée sans mesure car impossibilité d'identifier l'employé.
Que la Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées envoie les résultats des	➤ Les employés du CHSLD ont été formés pour le Programme québécois de soins

audits de juillet 2020, août 2020 et février 2021 sur l'hygiène bucco-dentaire des résidents et, le cas échéant, le plan de corrections des écarts, d'ici le 16 septembre 2020 pour les audits de juillet et août 2020 et d'ici mars 2021 pour les audits de février 2021.	bucco-dentaires et de soins d'hygiène de la bouche en CHSLD.
Que la Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées mette en place les moyens pour s'assurer que les soins d'hygiène bucco-dentaire des résidents soient effectués quotidiennement.	➤ Les formations se poursuivront en continu afin d'assurer une offre de service de qualité et selon les règles en vigueur.
Que la direction des soins infirmiers s'assure que la notion des zones vertes, jaunes et rouges soit comprise et appliquée par le personnel infirmier de l'urgence de Gatineau, et ce, immédiatement.	➤ Rappel au personnel infirmier sur les notions des zones vertes, jaunes et rouges des salles d'urgence de Gatineau et des autres urgences en ce qui concerne la trajectoire à emprunter pour les usagers qui présentent des symptômes d'allure COVID et pour les patients COVID positif.
Que la direction des soins infirmiers rencontre la gestionnaire intérimaire ainsi que les infirmières au triage impliquées dans cette situation à l'égard de leurs manquements et qu'une formation immédiate leur soit donnée à l'égard l'ordonnance collective pour initier le traitement du bronchospasme chez l'enfant à l'urgence de 2 ans à 17 ans, et ce, d'ici vendredi le 16 octobre 2020. Confirmer par écrit à la commissaire aux plaintes et à la qualité des services que la rencontre a eu lieu, les mesures d'encadrement prises et que la formation a été donnée.	➤ Révision du cas réalisée.
Que la direction des soins infirmiers forme les infirmières de l'urgence de l'hôpital de Gatineau sur le bronchospasme chez l'enfant et l'application de l'ordonnance collective à cet égard, et ce, d'ici le 27 octobre 2020. Fournir à la commissaire aux plaintes et à la qualité des services, les documents démontrant que la formation a été donnée.	➤ L'ordonnance collective du bronchospasme chez l'enfant a été révisée et améliorée, elle a été adoptée au CMDP.

Que la Direction programmes santé mentale et dépendance veille à ce que la planification des congés respecte la Politique P-053 afin d'assurer une continuité de soins claire et sécuritaire, y compris l'information à la famille.	➤ Un plan d'amélioration en soutien à la pratique des professionnels a été élaboré et les actions ont permis d'assurer une meilleure planification sécuritaire du congé en psychiatrie et en santé mentale. Un formulaire de cheminement clinique dès l'admission a été mis en place.
Que la Direction programmes santé mentale et dépendance veille à ce que les usagers des unités de soins aient accès à un téléphone en tout temps, dans un espace privé, conformément à leur droit.	➤ Téléphone portable mis à la disposition des usagers sur l'unité.

Tableau 12. Recommandations et mesures

Partie 3

Rapport des médecins examinateurs CISSS de l'Outaouais

Elizabeth Azuelos, MD
Serge Boucher MD
Peter Bonneville, MD
Frédéric Côté, MD
Genevieve Gagnon, MD
Marc Gaudet, MD
Thi Anh Thu Nguyen, MD
Martin Pham-Dinh, MD
Mark Saul, MD
Olivier Triffault, MD
Grace-Anna Zoghbi, MD

3.1 PRÉAMBULE

Toute plainte, quelle que soit la source, doit être dirigée vers la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.

Lorsque la plainte ou l'un des objets de la plainte concerne un membre du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) ou un résident, la commissaire doit la transmettre au médecin examinateur.

Le médecin examinateur est le médecin responsable de l'application de la procédure d'examen des plaintes qui concerne un membre du CMDP ou d'un résident. Il est désigné par le Conseil d'administration, sur recommandation du CMDP. Il n'a pas à être membre du CMDP (art. 34 et 42 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*).

Un de ses rôles est de voir à ce que la qualité des soins donnés par les médecins, dentistes, pharmaciens et résidents d'un établissement soit la meilleure possible.

S'il s'agit d'une plainte d'ordre administratif ou organisationnel, qui touche des services médicaux, celle-ci est traitée par la commissaire, après consultation avec le médecin examinateur, car celui-ci doit collaborer à l'identification des solutions à de tels problèmes.

Le médecin examinateur constitue un dossier de plainte distinct du dossier médical et des dossiers professionnels. Ce dossier est confidentiel. Tous les documents se rapportant à la plainte et à son traitement sont inclus dans ce dossier. Les conclusions motivées et les recommandations du médecin examinateur sont déposées au dossier du professionnel visé.

Le médecin examinateur saisi d'une plainte, qu'elle soit verbale ou écrite, doit décider de son orientation parmi les options suivantes:

- Rejeter toute plainte qu'il juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi;
- Examiner la plainte;
- Acheminer la plainte vers le CMDP pour étude à des fins disciplinaires;
- Il peut, lors de l'étude de l'examen de la plainte, décider de l'acheminer directement vers le CMDP pour étude à des fins disciplinaires.

Il existe un organisme communautaire appelé le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP) de l'Outaouais dont le mandat est d'aider les gens à rédiger leur plainte.

Aux fins d'examen de la plainte, le médecin examinateur a accès à tous les documents, y compris les dossiers médicaux et les dossiers des professionnels. Toute personne doit fournir au médecin examinateur tous les renseignements ou documents qu'exige l'examen de la plainte. Toute personne doit également assister à une rencontre que celui-ci convoque.

Le médecin examinateur doit, dans les 45 jours de la date où il accuse réception de la plainte, faire parvenir ses conclusions motivées par écrit au plaignant avec copies au professionnel visé et à la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.

Les conclusions et, le cas échéant, les recommandations du médecin examinateur doivent être versées au dossier de plainte ainsi qu'au dossier du professionnel visé.

Dans les 60 jours de la date des conclusions du médecin examinateur, **le plaignant ainsi que le professionnel visé** peuvent demander au comité de révision des plaintes médicales de revoir le traitement accordé à l'examen de la plainte par le médecin examinateur.

Ce comité de révision des plaintes médicales est composé de trois membres nommés par le conseil d'administration; deux de ces membres étant nommés parmi les médecins, dentistes ou pharmaciens sur la recommandation du CMDP.

Le comité de révision des plaintes médicales doit permettre au plaignant, au professionnel visé et au médecin examinateur de présenter leurs observations. Au terme de sa révision, le Comité doit, dans les 60 jours de la réception d'une demande de révision, faire parvenir par écrit un avis motivé à l'utilisateur, au professionnel visé, au médecin examinateur ainsi qu'à la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.

Le comité de révision des plaintes médicales peut:

- Confirmer les conclusions du médecin examinateur;
- Demander au médecin examinateur un complément d'examen;
- Acheminer le dossier vers le CMDP pour formation d'un comité à des fins disciplinaires;
- Recommander au médecin examinateur ou aux parties elles-mêmes des mesures de nature à les réconcilier.

La conclusion retenue dans son avis est donc finale.

Lorsque la plainte est traitée par un comité de discipline formé par le CMDP, le médecin examinateur doit informer par écrit le plaignant, tous les 60 jours, du progrès de l'étude de la plainte tant que l'étude n'est pas terminée. Après l'étude de la plainte, le comité de discipline doit faire un rapport détaillé au comité exécutif du CMDP. Le comité peut faire des recommandations pour améliorer la qualité des soins.

Après étude du comité de discipline, le comité exécutif formule ses recommandations au Conseil d'administration et lui transmet le dossier.

À toutes les étapes de l'étude d'une plainte, le médecin examinateur est mis à contribution:

- Si le comité exécutif est d'avis qu'il n'y a pas lieu d'imposer des mesures disciplinaires, il informe le médecin examinateur de ses conclusions motivées. Le médecin examinateur doit en informer le plaignant et la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.
- Si le conseil d'administration décide d'imposer des mesures disciplinaires à la suite des recommandations du CMDP, la Président-directrice générale doit en avertir le professionnel visé et le médecin examinateur. Ce dernier doit en informer le plaignant et la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.

Le médecin examinateur doit transmettre au Conseil d'administration et au CMDP un rapport annuel de ses activités et de ses recommandations.

3.2 TRAITEMENT DES PLAINTES DU 1^{ER} AVRIL 2020 AU 31 MARS 2021

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	Transmis au 2 ^e palier
19	100	101	18	7

Tableau 13. 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	%
2020-21	19	-37	100	-38	101	-42	18	-5	7	-56
2019-20	30	-53	162	-2	173	-13	19	-37	16	7
2018-19	64	433	165	-18	199	33	30	-53	15	-21

Tableau 14. Évolution du bilan des dossiers de plainte médicale selon l'étape de l'examen

Le nombre de plaintes reçues durant l'exercice inclut les transferts de plaintes non traitées de l'année précédente. Il y a eu une diminution significative du nombre de plaintes qui est attribuable à la pandémie et à la diminution des activités cliniques.

À la fin de l'année précédente, la majorité des dossiers étaient attribués environ 4 à 6 semaines après la réception.

Pour chaque dossier, il y a généralement un délai nécessaire d'environ 4 semaines pour sa préparation, c'est-à-dire l'obtention du dossier de l'établissement, l'avis envoyé au médecin concerné et la réception de sa réponse; donc, à partir du moment où le dossier est prêt.

Lors de la préparation de ce rapport à la mi-avril 2021, le délai d'attente pour la prise en charge était d'environ 4 semaines. Il y avait 5 dossiers en préparation. Il n'y avait aucun dossier en attente de prise en charge.

Bilan des dossiers de plainte selon l'étape de l'examen et la mission

MISSION / CLASSE / TYPE	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	%		
CH							
CHSGS	18	84	84,85	87	86,14	15	4
CHSP	1	11	11,11	11	10,89	1	3
CLSC	0	4	4,04	3	2,97	1	0
TOTAL	19	99	100,00	101	100,00	17	7

Tableau 15. Bilan des dossiers de plainte médicale selon l'étape de l'examen et la mission

- 95 % de nos plaintes proviennent de nos hôpitaux.
- 7 dossiers ont été transférés au comité de révision.

Nous avons un taux de demande de révision qui est d'environ 7%. Ce taux est légèrement inférieur à celui de l'année 2019-20 (8 %).

Aucun médecin ne s'est prévalu de son droit de recours auprès du comité de révision.

État des dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires

En 2020-21, aucun dossier visant des médecins n'a été transmis au CMDP pour étude à des fins disciplinaires. Il reste 2 dossiers des années antérieures encore à l'étude.

La transmission de dossier pour étude à des fins disciplinaires reste un outil efficace de correction et prévention des incidents. Le travail du médecin examinateur est centré autour du principe de la conciliation. Le comité de discipline reste pour l'établissement un outil de dernier recours pour des fautes et erreurs graves lorsque la conciliation a échoué ou lorsqu'elle est impossible.

État des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu selon le niveau de traitement et le motif

Motif	% par motif
Accessibilité	0
Aspect financier	0
Droits particuliers	0
Organisation du milieu et ressources matérielles	0
Relations interpersonnelles	33
Soins et services dispensés	67

Tableau 16. État des dossiers de plaintes dont l'examen a été conclu selon le niveau de traitement et le motif

Notez qu'une plainte peut contenir plusieurs motifs. Les principales causes d'insatisfaction se regroupent sous deux volets, les relations interpersonnelles et les soins et services dispensés.

Sous le premier, relations interpersonnelles: les commentaires inappropriés, l'attitude, le manque d'empathie et de politesse, le manque d'informations sont les principales causes d'insatisfaction. Le deuxième volet, soins et services dispensés, concerne l'absence de suivi, la qualité des interventions et la continuité des services et des soins lors des congés hospitaliers.

En 2020-21, il n'y a eu aucune plainte de harcèlement visant des médecins.

Le coordonnateur du bureau des médecins examinateurs a aussi agi comme médecin-conseil et médiateur pour la gestion de quelques dossiers d'incivilité dans le cadre de la *Politique en matière de promotion de la civilité et de prévention du harcèlement et de la violence au travail*, mais ces dossiers, ne remplissant pas les critères de harcèlement, ne sont pas comptabilisés dans ce rapport.

État des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu selon le délai d'examen

DÉLAI D'EXAMEN	Moyenne	Nombre	%
Moins de 3 jours	0	0	0,00
4 à 15 jours	10	10	9,90
16 à 30 jours	23	25	24,75
31 à 45 jours	38	22	21,78
Sous-total	26	57	56,43
46 à 60 jours	52	14	13,86
61 à 90 jours	76	16	15,84
91 à 180 jours	125	11	10,89
181 jours et plus	257	3	2,97
Sous-total	93	44	43,56
TOTAL	55	101	100,00

Tableau 17. Délai d'examen

Pour les délais de prise en charge, cette année il y a une amélioration significative par rapport à l'année dernière. Les plaintes réglées en moins de 45 jours sont passées de 41 % à 56 %.

Le traitement de chaque plainte nécessite plusieurs heures de révision de dossier et de documentation, des rencontres avec le plaignant et les professionnels concernés, mais également avec divers consultants d'autres services.

Ces rencontres sont nécessaires pour bien comprendre les causes qui ont mené à l'insatisfaction des plaignants et pour déterminer si des correctifs sont nécessaires.

Certains dossiers complexes ne peuvent être conclus dans les délais prescrits étant donné les délais nécessaires à l'obtention des informations et les rencontres à organiser.

3.3 RECOMMANDATIONS FAITES EN 2020-21

Suite à l'analyse d'une plainte, le médecin examinateur peut faire certaines recommandations ou envoyer des avis aux médecins de l'établissement. Selon leur nature, le suivi de celles-ci est assuré par le Comité de vigilance et de la qualité.

En 2020-21, les médecins examinateurs ont émis 6 recommandations.

En collaboration avec le comité de vigilance, le bureau des médecins examinateurs assure le suivi des recommandations. Étant donné les mesures imposées par la pandémie, des délais supplémentaires ont été accordés, car nous sommes conscients que les priorités ont temporairement changé.

Recommandations 2020-21

(Liste des recommandations spécifiques)

2020-001 Que le CISSS de l'Outaouais adopte un système de gestion de la transmission des requêtes et des résultats d'examens incluant des fonctions de traçabilité transactionnelles.

Statut: présentée.

2020-002 Que le CISSS de l'Outaouais adopte un guide d'évaluation et de traitement du délirium agité chez la personne âgée. Ce guide devra être transmis à tous les médecins qui hospitalisent des patients de plus de 60 ans dans nos établissements.

Statut: présentée et en cours de réalisation.

2020-003 Que le service de chirurgie vasculaire du CISSS de l'Outaouais organise 4 réunions par année d'évaluation de morbidité-mortalité. Ces réunions devront se faire en présence d'un 3^e chirurgien vasculaire indépendant qui pourra agir comme observateur et médiateur.

Statut: réalisée.

2020-004 Que le comité des tumeurs du sein de Hull organise une réunion spéciale pour discuter de votre dossier xxxx. Cette réunion devra nécessairement réunir un radiologiste, un pathologiste, un chirurgien et un oncologue. Le comité aura comme seul objectif de trouver une solution pour diminuer le risque que cette situation ne se reproduise et il devra produire un rapport qui sera envoyé au médecin examinateur.

Statut: présentée et en cours de réalisation.

2020-005 Que le CISSS de l'Outaouais s'assure que le comité de coordination des CDTC (comités du diagnostic et du traitement du cancer) remplisse sa mission régionale.

Statut: présentée et en cours de réalisation.

2020-006 Que le comité de coordination des CDTC s'assure qu'il y ait une trajectoire thérapeutique pour le cancer du sein en Outaouais pour créer une homogénéité des pratiques.

Statut: présentée et en cours de réalisation.

3.4 CONCLUSIONS POUR L'ANNÉE

L'année 2020-21 fut une année qui, à tous les niveaux, a testé notre résilience. Bien que le nombre de plaintes ait diminué, l'intensité de l'insatisfaction a monté. Les médecins et la population ont dû accepter des diminutions d'activités et des contraintes imposées par la pandémie. Les communications entre les médecins, les patients et leur famille ont été éprouvées. Plusieurs plaintes sont nées de communications difficiles et d'attentes n'ayant pas toujours été satisfaites. Ceci reste déplorable, mais, malheureusement, pas toujours évitable.

Durant l'exercice 2020-21, les médecins examinateurs ont conclu le traitement de 101 dossiers de plaintes, soit une réduction de 38 % du volume comparé à l'année 2019-20.

Nous anticipons une augmentation significative des plaintes pour l'année à venir. Les retards d'investigation et de traitement accumulés pendant la pandémie seront une source d'insatisfaction proportionnelle à la durée de la pandémie.

De plus, la loi 52 entrera en vigueur en juin 2021. Elle met notamment en place les mesures suivantes:

- Le traitement d'une plainte formulée par un usager d'un établissement privé du réseau de la santé et de services sociaux (RSSS), qui sera confié au CPQS ou au médecin examinateur du centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) du territoire où se situe l'installation de cet établissement visée par la plainte;
- L'ajout de critères d'indépendance que les CPQS devront respecter lors de leur nomination et tout au long de leur mandat;
- L'ajout d'un représentant du CISSS ou du CIUSSS au comité de vigilance et de la qualité des établissements privés, lequel comité est responsable principalement d'assurer le suivi des recommandations du CPQS et du Protecteur du citoyen;
- L'utilisation par les établissements publics d'un actif informationnel pour établir un registre de leurs activités liées à l'application du régime d'examen des plaintes (REP) ainsi qu'au traitement des signalements des cas de maltraitance et ce, en vue de dresser un portrait global de telles activités effectuées dans le RSSS.

Nous soulignons le départ du Dr Maurice Naïm qui a décidé de prendre une retraite bien méritée. Le Dr Naïm a offert 50 années de service comme omnipraticien et il a travaillé comme médecin examinateur dans les 10 dernières années. Nous le remercions et nous sommes extrêmement reconnaissants pour son engagement.

3.5 OBJECTIFS POUR L'ANNÉE 2021-22

Les objectifs pour l'année à venir pour les médecins examinateurs seront:

- Accueillir l'entrée en vigueur de la Loi 52;
- Se préparer pour les plaintes à venir en période post-pandémie;
- Maintenir les délais de traitement;
- Stabiliser l'équipe à long terme;
- Développer l'expertise locale;



Dr Martin Pham-Dinh,
Médecin examinateur, coordonnateur

Partie 4

Rapport du comité de révision

4.1 MANDAT ET RESPONSABILITÉS

Le comité de révision des plaintes médicales a pour fonction, lorsque la demande lui en est faite par le plaignant ou par le professionnel visé par la plainte, de réviser le traitement accordé à l'examen de la plainte d'un usager ou de toute autre personne par un médecin examinateur du CISSS de l'Outaouais.

4.2 COMPOSITION DU COMITÉ DE RÉVISION DES PLAINTES MÉDICALES

Le comité de révision du CISSS de l'Outaouais était formé au 31 mars 2020 des membres suivants:

- Mme Monique Séguin, présidente
- Dre Amélie Gervaise, membre
- Dr Carl Boucher, membre
- Dr Boris Theilliez, membre substitut

Le comité s'est rencontré à 9 reprises, soit:

- 1^{er} avril 2020
- 6 mai 2020
- 5 août 2020
- 2 septembre 2020
- 7 octobre 2020
- 11 novembre 2020
- 31 mars 2021

Au total, 9 demandes de révision de plaintes ont été traitées dans l'année :

- 2 dossiers reçus en 2019-20 et conclus en 2020-21
- 5 dossiers reçus et conclus au cours de l'année;
- 1 dossier reçu au cours de l'année conclu après le 31 mars 2021;
- 1 dossier reçu au cours de l'année qui a été redirigé vers une autre instance puisqu'il ne répondait pas aux critères de révision prévus par la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

4.3 BILAN DES DOSSIERS REÇUS EN 2020-21

Les motifs, conclusions, et délais de traitement des dossiers figurent dans le tableau suivant:

Dossier	Motif de la demande	Conclusions	Respect du délai (60 jours)	
1	Attitude/communication	Confirmation des conclusions du médecin examinateur	Oui (46 jours)	Dossiers reçus en 2019-20 et conclus en 2020-21
2	Décision relative au niveau de soins	Complément d'examen demandé au médecin examinateur	Oui (59 jours)	
3	Intensité de services	Confirmation des conclusions du médecin examinateur	Oui (57 jours)	
4	Diagnostic	Confirmation des conclusions du médecin examinateur	Oui (43 jours)	
5	Diagnostic	Confirmation des conclusions du médecin examinateur	Oui (43 jours)	
6	Négligence/communication	Confirmation des conclusions du médecin examinateur	Oui (49 jours)	Dossier reçu en 2020-21 et conclu après le 31 mars
7	Attitude/communication	Confirmation des conclusions du médecin examinateur	Oui (54 jours)	
8	Attitude/erreur médicale	Confirmation des conclusions du médecin examinateur + Recommandation ayant pour objet l'amélioration de la qualité des soins	Oui (50 jours)	

Tableau 18. Les motifs, conclusions, et délais de traitement des dossiers

Une recommandation ayant pour objet l'amélioration de la qualité des soins ou services médicaux, dentaires et pharmaceutiques a été formulée par le comité.

État des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu selon le délai d'examen

DÉLAI D'EXAMEN	Moyenne (jours)	Nombre de dossiers
Moins de 60 jours	50	8

Tableau 19. Délai d'examen

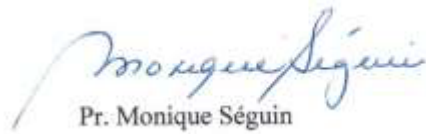
Le comité de révision des plaintes médicales doit rendre une décision motivée dans les 60 jours calendrier de la réception d'une demande de révision.

4.4 CONCLUSIONS ET OBJECTIFS POUR L'ANNÉE 2021-22

L'année financière 2020-21 a été marquée par le contexte de pandémie de COVID-19, qui a nécessité une modification des méthodes de travail en privilégiant les rencontres virtuelles par visioconférence. Dans le cas où le plaignant ne bénéficiait pas des équipements nécessaires, un local a été aménagé dans une installation du CISSS de l'Outaouais pour permettre une pleine participation.

L'impact de cette période intense s'est fait ressentir sur le nombre de demandes de révision qui a diminué de plus de moitié.

L'objectif pour la prochaine année demeure de traiter toutes les demandes de révision dans le délai légal de 60 jours.



Pr. Monique Séguin

Mme Monique Séguin, présidente