

RAPPORT ANNUEL

1^{er} avril 2018 au 31 mars 2019

Application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers de même que le respect de leurs droits



Le Rapport annuel 2018-2019 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers de même que le respect de leurs droits est une production du bureau du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Approuvé par le conseil d'administration le 25 septembre 2019.

1560, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H1L 4M1
Téléphone : 514 593-3600
ciuss-centresudmtl.gouv.qc.ca

Crédits auteurs et collaborateurs :

Recherche et rédaction

Céline Roy, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

Coordination

Céline Roy, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

Collaborateurs

Ilinca Tanasa, commissaire locale adjointe aux plaintes et à la qualité des services
Stéphane Marcil, commissaire local adjoint aux plaintes et à la qualité des services

Conception graphique

Geneviève Malo et Marilou Paquin, adjointes à la direction

Notes

Dans ce document, l'emploi du masculin générique désigne aussi bien les femmes que les hommes et est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

Parfois, les pourcentages sont arrondis modifiant ainsi le total de certains calculs.

La reproduction est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

Ce document est disponible en ligne sur le site Web : www.ciuss-centresudmtl.gouv.qc.ca

© CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 2019

ISBN978-2-550-76309-3 (format imprimé)

ISBN978-2-550-76310-9 (format électronique)

DÉPÔT LÉGAL

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC, 2019

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA, 2019

TABLE DES MATIERES

LÉGENDE.....	1
MOT DE LA COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES	2
FAITS SAILLANTS	3
LA PRÉSENTATION DU RAPPORT.....	4
PRÉSENTATION DU RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES	5
BILAN DES ACTIVITÉS	6
1. PLAINTES.....	6
1.1. Tableau comparatif des dossiers de plainte, par année de référence, selon la mission	6
1.2. Portrait des dossiers de plainte reçus selon l'installation.....	7
1.3. Tableau comparatif, par année de référence, des motifs de plainte reçus	8
1.4. Tableaux comparatifs, par année de référence, des dossiers de plainte par motif, selon la mission.....	8
1.5. Motifs de plainte ayant donné lieu à des mesures correctives	10
1.5.1. À portée systémique.....	10
1.5.2. À portée individuelle.....	11
1.6. Portrait des dossiers de plainte de maltraitance.....	11
1.6.1. Tableaux des dossiers d'intervention par forme de maltraitance.....	12
1.7. Recommandations du Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services	12
1.8. Délai pour le traitement des plaintes	13
1.9. Recours au Protecteur du citoyen	13
2. INTERVENTIONS	16
2.1. Tableaux comparatifs, par année de référence, des dossiers d'intervention effectués par le commissaire, selon la mission	16
2.2. Portrait des dossiers d'intervention reçus selon l'installation	17
2.3. Tableau comparatif des dossiers d'intervention reçus et leurs motifs, par année de référence.....	18
2.4. Tableaux comparatifs des dossiers d'intervention, par année de référence, reçus par motif, selon la mission.....	18
2.5. Portrait des dossiers d'intervention de maltraitance.....	19
2.5.1. Tableau de l'examen des dossiers maltraitance.....	19
2.5.2. Tableaux des dossiers d'intervention par forme de maltraitance.....	20
2.6. Interventions du Protecteur du citoyen	20
3. DEMANDES D'ASSISTANCE	21
3.1. Tableau comparatif des demandes d'assistance par année de référence	21
4. DEMANDES DE CONSULTATION.....	21
4.1. Tableau comparatif des demandes de consultation reçues et leurs motifs, par année de référence.....	22

5. AUTRES FONCTIONS DU COMMISSAIRE.....	22
5.1. Tableau comparatif des autres fonctions du commissaire par année de référence	23
6. RAPPORT DES MÉDECINS EXAMINATEURS.....	23
6.1. Portrait des dossiers de plainte médicale reçus	24
6.2. Tableaux comparatifs, par année de référence, des dossiers de plainte médicale reçus, selon la mission	24
6.3. Motifs de plainte médicale traités par année de référence	25
6.4. Motifs de plainte ayant donné lieu à des mesures correctives	25
6.5. Délais pour le traitement des plaintes médicales	25
6.6. Recours au Comité de révision	26
6.7. État des dossiers de plainte transmis au comité de révision	26
7. COMMENTAIRES DE SATISFACTION DES USAGERS	27
ANNEXE I	30
ANNEXE II	35
ANNEXE III.....	40
ANNEXE IV	41
ANNEXE V	44
ANNEXE VI.....	45
ANNEXE VII.....	47

LÉGENDE

BCLPQS	Bureau du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services
CH	Centre hospitalier
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHSP	Centre hospitalier de soins psychiatriques
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CLPQS	Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services
CLSC	Centre local de services communautaires
CM	Conseil multidisciplinaire
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CR	Centre de réadaptation
CRD	Centre de réadaptation en dépendance
CRDA	Centre de réadaptation pour personne présentant une déficience auditive
CRDI-TED	Centre de réadaptation pour personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement
CRDM	Centre de réadaptation pour personne présentant une déficience motrice
CRDP	Centre de réadaptation pour personne présentant une déficience physique
CRDV	Centre de réadaptation pour personne présentant une déficience visuelle
CRJDA	Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation
CRMDA	Centre de réadaptation pour mères en difficulté d'adaptation
CRPAT	Centre de réadaptation pour personnes alcooliques et autres personnes toxicomanes
OC	Organisme communautaire
Œ	Organisme avec entente (Atelier Le Fil D'Ariane, Clinique communautaire Pointe-Saint-Charles et Maison Elizabeth House)
RHTJP	Ressource offrant de l'hébergement en toxicomanie et en jeu pathologique
RI	Ressource intermédiaire
RPA	Résidence privée pour aînés
RTF	Ressource de type familial
SIGPAQS	Système d'information sur la gestion des plaintes et l'amélioration de la qualité des services

MOT DE LA COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

C'est un privilège de vous présenter le rapport annuel 2018-2019 du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers de même que le respect de leurs droits, et ce, conformément aux exigences prescrites par l'article 33, paragraphe 10 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* RLRQ, c. S -4.2¹. Ce rapport intègre également celui des médecins examinateurs et du comité de révision.

Le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal a comme mission de veiller à la santé et au bien-être de la population de son territoire. Dans le cadre des mandats locaux, régionaux et suprarégionaux qui lui sont dévolus, celui-ci offre une large gamme de services de santé et services sociaux généraux et spécialisés en s'assurant de les rendre accessibles, efficaces, efficients et de qualité.

Le bureau du commissaire local est responsable, envers le conseil d'administration, du respect des droits et du traitement diligent des plaintes de tous les usagers du CIUSSS du Centre-Sud y compris les résidences privées certifiées pour aînés du territoire, les ressources d'hébergement privées ou communautaires en dépendance de Montréal et les organismes communautaires de la région montréalaise. Il assume également la responsabilité de trois établissements du réseau de la santé par entente de services, soit la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles, l'Atelier le Fil d'Ariane et la Maison Elizabeth House.

En terminant, je tiens à remercier toutes les personnes qui se sont impliquées dans ce processus d'amélioration de la qualité des soins et des services dispensés, plus particulièrement, les usagers et leurs proches, les employés et les gestionnaires, ainsi que toute l'équipe du bureau du commissaire locale.

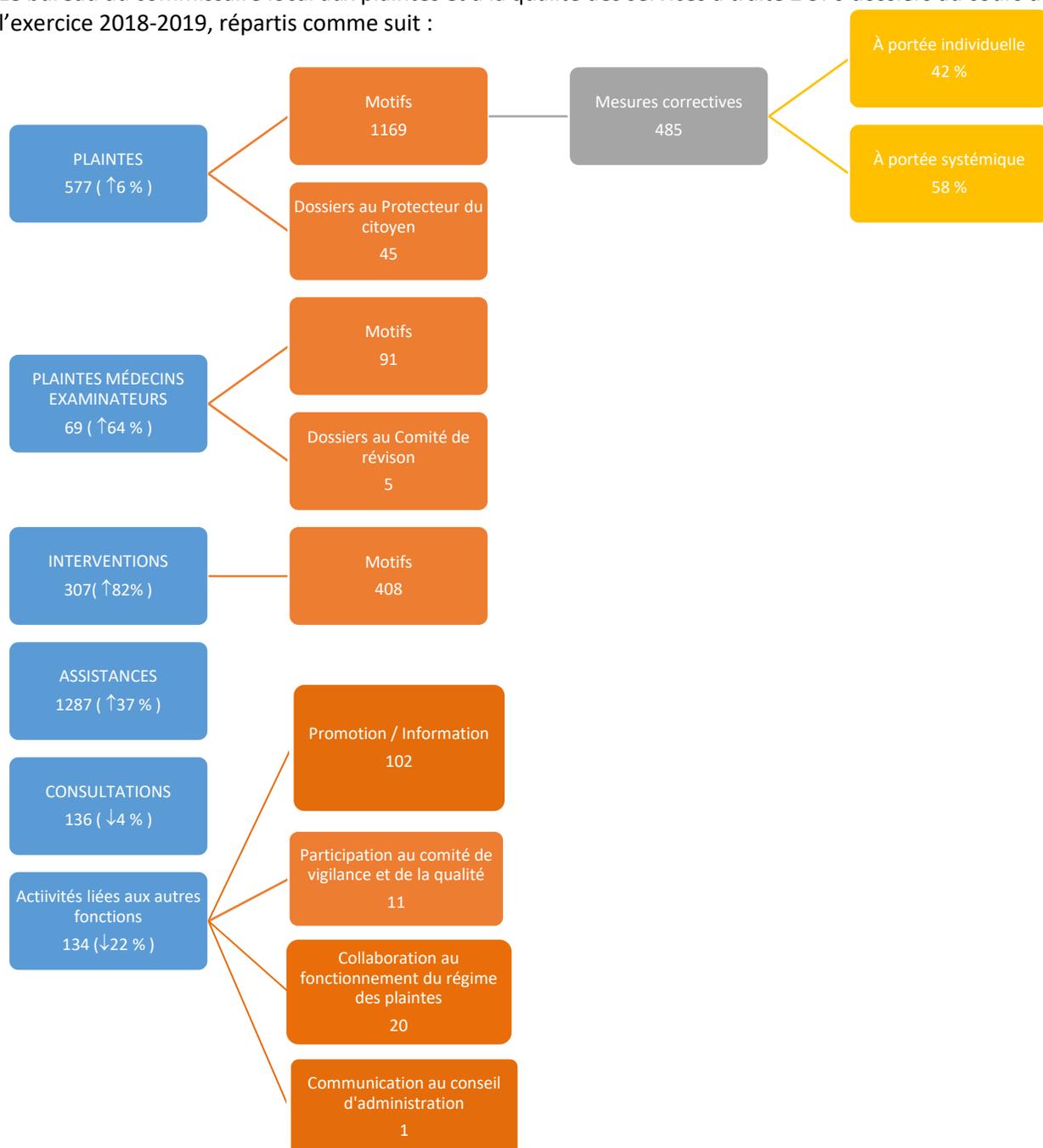


Céline Roy
Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

¹ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ, c. S -4.2 (ci-après nommée LSSSS).

FAITS SAILLANTS

Le bureau du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services a traité 2 376 dossiers au cours de l'exercice 2018-2019, répartis comme suit :



Notes :

- Augmentation de 30 % du nombre de dossiers traités ;
- Au total, 64 % des dossiers de plainte ont été complétés en moins de 45 jours ;
- Des 45 dossiers transmis au Protecteur du citoyen, 3 ont fait l'objet de recommandations.

LA PRÉSENTATION DU RAPPORT

En vertu de la LSSSS, le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services a la responsabilité de préparer et de présenter au conseil d'administration, un rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers de même que le respect de leurs droits².

Conformément à l'article 53 de la *LSSSS modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*³, le ministre dépose à l'Assemblée nationale le rapport qui lui est transmis par tout centre intégré de santé et de services sociaux ou tout établissement non fusionné en application de l'article 76.10 de la LSSSS dans les trente jours de sa réception ou, si elle ne siège pas, dans les trente jours de l'ouverture de la session suivante ou de la reprise de ses travaux.

Conformément à l'article 76.11 de la LSSSS, ce rapport comprend le bilan des activités du bureau du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services et intègre le rapport des médecins examinateurs et celui du comité de révision.

Le rapport annuel doit aussi contenir les recommandations du commissaire local, du médecin examinateur coordonnateur, et indiquer les mesures correctives prises en vue d'améliorer la satisfaction des usagers et de favoriser le respect de leurs droits.

De plus, en vertu de l'article 14 de la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*⁴, le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services doit, dans le bilan des activités qu'il adresse à l'établissement, prévoir une section traitant spécifiquement des plaintes et des signalements qu'il a reçus, concernant des cas de maltraitance envers les personnes en situation de vulnérabilité, sans compromettre la confidentialité des dossiers de signalement, dont l'identité des personnes concernées par une plainte ou un signalement.

Afin de colliger les informations nécessaires, le système d'information de gestion des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services (SIGPAQS) est utilisé pour permettre la gestion intégrée des activités reliées à l'examen des plaintes, des dossiers d'intervention et des autres fonctions réalisées par le commissaire local.

² *Id*, art. 33, paragraphe 10 et art.76.10.

³ *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, RLRQ. 2015, c. O -7.2.

⁴ *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*, RLRQ, c. L -6.3, (ci-après Loi contre la maltraitance).

PRÉSENTATION DU RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES

Les articles 29 et les suivants de la LSSSS prévoient un régime de traitement des plaintes des usagers ou de toute personne à l'égard d'un établissement, d'une ressource intermédiaire, d'une ressource de type familiale, d'une résidence privée certifiée pour aînés, d'une ressource certifiée d'hébergement en toxicomanie ou en jeu pathologique, d'un organisme communautaire et de toutes autres installations offrant des soins et des services de santé et des services sociaux.

Le régime permet de formuler une plainte écrite ou verbale auprès du commissaire local, dûment nommé par le conseil d'administration de l'établissement, sur les services de santé et les services sociaux que l'utilisateur a reçus, aurait dû recevoir, reçoit ou requiert.

Le commissaire local dont les fonctions sont exclusives au sein de l'établissement a également la responsabilité d'assurer la promotion de son indépendance, de prêter assistance à l'utilisateur, de donner son avis sur toute question de sa compétence et d'intervenir lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits d'un usager ou d'un groupe d'utilisateurs ne sont pas respectés.

Le régime d'examen des plaintes permet aussi à toute personne de formuler une plainte concernant un médecin, un dentiste ou un pharmacien, de même qu'un résident, et ce, auprès du médecin examinateur coordonnateur également nommé par le conseil d'administration.

Aux termes d'un examen diligent, dans une perspective d'amélioration de la qualité des services, le commissaire local et les médecins examinateurs rendent des conclusions motivées au plaignant et peuvent, le cas échéant, formuler des recommandations au conseil d'administration.

La LSSSS prévoit également que l'utilisateur insatisfait des conclusions du commissaire local peut exercer un recours en deuxième instance auprès du Protecteur du citoyen. Quant aux plaintes médicales, elles peuvent être révisées par le comité de révision du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

BILAN DES ACTIVITÉS

Au cours de cet exercice, 2376 personnes se sont adressées au bureau du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services. Leurs demandes avaient pour but d'exprimer leur insatisfaction, de recevoir de l'aide dans leurs démarches auprès de l'établissement ou pour demander l'avis du commissaire local sur l'application du régime d'examen des plaintes, les droits des usagers et l'amélioration de la qualité des services.

Vous trouverez ci-dessous le bilan détaillé des dossiers traités selon le type de dossier, la mission concernée et les motifs invoqués. Ce dernier sera complété par un sommaire des mesures correctives mises en place par l'établissement et des recommandations formulées envers celui-ci, le cas échéant.

1. PLAINTES

Il s'agit d'un type de dossier qui concerne une insatisfaction exprimée ou dirigée auprès du commissaire par un usager, son représentant ou l'héritier d'une personne décédée concernant les services que l'utilisateur a reçus, aurait dû recevoir, reçoit ou requiert d'un établissement ou d'une ressource à laquelle recourt un établissement⁵.

1.1. Tableau comparatif des dossiers de plainte, par année de référence, selon la mission

Cette année, 577 dossiers de plainte ont été reçus comparativement à 543 pour l'année précédente. Il s'agit d'une augmentation de 6 %. Voici la répartition :

Mission	2017-2018	2018-2019
CH	95	175
CHSLD	44	51
CLSC	110	79
CPEJ	123	112
CRDITED	36	37
CRD	9	10
CRDM	28	20
CRDA	5	2
OC/Œ	35	29
RI	0	8
RPA	55	35
RHTJP	3	6
CIUSSS	0	13
TOTAL	543	577

Ce tableau comparatif nous permet de constater une augmentation des dossiers de plainte dans les missions CH (84 %) et CHSLD (16 %). Les tableaux qui suivent apporteront des précisions sur ces augmentations.

⁵ Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité, Direction de la qualité, *Cadre normatif pour SIGPAQS*, version 0.9.3, janvier 2013 (ci-après cadre normatif SIGPAQS).

1.2. Portrait des dossiers de plainte reçus selon l'installation

Installation	Reçus durant l'exercice	Transmis au Protecteur du citoyen
Centre de réadaptation en dépendance de Montréal	9	
Centre de réadaptation Lucie-Bruneau	7	
Centre de recherche et d'aide pour narcomanes	1	1
Centre d'hébergement Armand-Lavergne	9	
Centre d'hébergement Champlain	5	1
Centre d'hébergement des Seigneurs	1	
Centre d'hébergement du Manoir-de-l'Âge-d'Or	1	
Centre d'hébergement du Manoir-de-Verdun	1	
Centre d'hébergement Émilie-Gamelin	5	
Centre d'hébergement Ernest-Routhier	1	
Centre d'hébergement Jean-De La Lande	4	
Centre d'hébergement Louis-Riel	1	
Centre d'hébergement Paul-Émile-Léger	8	1
Centre d'hébergement Réal-Morel	3	
Centre d'hébergement Yvon-Brunet	6	
Centre jeunesse de Montréal	111	16
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	9	2
CLSC de Saint-Henri	6	
CLSC de Verdun	22	1
CLSC de Ville-Émard-Côte-Saint-Paul	1	
CLSC des Faubourgs — Parthenais	4	1
CLSC des Faubourgs — Sainte-Catherine	17	1
CLSC des Faubourgs — Visitation	9	2
CLSC du Plateau-Mont-Royal	4	
CLSC Saint-Louis-du-Parc	8	
CRDITED de Montréal	37	1
Direction de santé publique	4	1
GMF de Verdun	3	
GMF Notre-Dame	1	
GMF Plateau Mont-Royal	3	
GMF Quartier Latin	1	
Hôpital de Verdun	75	
Hôpital Notre-Dame	100	2
Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal	13	3
Institut Raymond-Dewar	2	
Institut universitaire de gériatrie de Montréal	6	
Maison de naissance Jeanne-Mance	1	
Organisme avec entente/Organisme communautaire	29	8
Résidence pour personnes âgées	35	3
Ressource intermédiaire	8	
Ressource offrant de l'hébergement en toxicomanie et en jeu pathologique	6	1
TOTAL	577	45

1.3. Tableau comparatif, par année de référence, des motifs de plainte reçus

Les 577 dossiers de plainte ont donné lieu à l'analyse de 1169 motifs répartis comme suit :

Motifs	2017-2018	2018-2019
Accessibilité	125	114
Aspect financier	27	28
Droits particuliers	105	148
Org. du milieu et ress. matérielles	108	173
Relations interpersonnelles	175	205
Soins et services dispensés	342	499
Maltraitance	0	2
Total	882	1169

Les soins et services dispensés et les relations interpersonnelles ont toujours occupé ces rangs respectifs depuis plusieurs années.

Par rapport à l'année précédente, les motifs de plainte associés aux catégories suivantes ont subi une augmentation significative :

- Soins et services dispensés ;
- Droits particuliers ;
- Relations interpersonnelles.

Vous trouverez au tableau suivant une analyse détaillée de ces motifs par mission.

1.4. Tableaux comparatifs, par année de référence, des dossiers de plainte par motif, selon la mission

	CH		CHSLD		CLSC		CPEJ	
	17-18	18-19	17-18	18-19	17-18	18-19	17-18	18-19
Accessibilité	28	49	6	3	49	26	3	6
Aspect financier	4	13	4	2	5	1	5	3
Droits particuliers	13	45	17	7	17	15	36	31
Organisation du milieu et ressources matérielles	20	48	17	25	13	20	1	7
Relations interpersonnelles	44	72	8	18	30	27	42	35
Soins et services dispensés	46	115	25	45	41	75	116	122
Maltraitance	0	0	0	2	0	0	0	0
TOTAL	155	342	77	102	155	164	203	204

	CR		OC / CE		RPA		RHTJP		RI	
	17-18	18-19	17-18	18-19	17-18	18-19	17-18	18-19	17-18	18-19
Accessibilité	26	25	8	4	5	0	0	1	0	0
Aspect financier	3	4	2	1	4	4	0	0	0	0
Droits particuliers	8	12	6	5	7	23	1	6	0	4
Organisation du milieu et ressources matérielles	9	15	9	3	39	39	0	4	0	12
Relations interpersonnelles	8	21	23	10	17	16	3	2	0	4
Soins et services dispensés	56	66	24	19	31	38	3	4	0	15
Maltraitance	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	110	143	72	42	103	120	7	17	0	35

Après une analyse détaillée, voici nos constats quant à la hausse des motifs pour la mission CH :

- L'accessibilité en termes de report de chirurgie à l'Hôpital Notre-Dame ;
- Les relations interpersonnelles en termes de commentaires et d'attitude non verbale inappropriés et manque de politesse à l'Hôpital de Verdun et à l'Hôpital Notre-Dame ;
- Les soins et services dispensés en termes d'habiletés techniques et professionnelles, d'absence de suivi ou traitement ou soins de santé physique à l'Hôpital de Verdun.

Quant à la mission CLSC, plus de 50 % des motifs dans la catégorie soins et services dispensés concernent une absence de suivi et un arrêt de services du personnel provenant d'Agences de placement de personnel (préposés aux bénéficiaires, infirmières auxiliaires ou infirmières).

L'analyse détaillée des autres missions ne nous permet pas de cibler des points de vigilance ou de récurrence.

1.5. Motifs de plainte ayant donné lieu à des mesures correctives

Des 1169 motifs traités, 485 ont donné lieu à des mesures correctives dont la majorité à portée systémique.

1.5.1. À portée systémique

Mesures correctives	
Information et sensibilisation des intervenants	71
Ajustement des activités professionnelles	44
Communication/promotion	44
Amélioration des communications	21
Protocole clinique ou administratif	19
Formation/supervision	16
Politiques et règlements	15
Ajustement technique et matériel	12
Ajout de services ou de ressources	11
Amélioration des mesures de sécurité et protection	6
Encadrement des intervenants	5
Évaluation/révision/ application	3
Évaluation des besoins	3
Respect des droits	3
Ajustement financier	1
Amélioration des conditions de vie	1
Collaboration avec le réseau	1
Réduction du délai	1
Autre	5
TOTAL	282

Vous trouverez à l'Annexe I, par ordre de fréquence, des mesures correctives mises en place par les gestionnaires concernés.

1.5.2. À portée individuelle

Mesures correctives	
Information et sensibilisation des intervenants	60
Ajustement professionnel	37
Amélioration des communications	23
Encadrement des intervenants	21
Élaboration/révision/application	12
Respect des droits et autres	10
Obtention de services	9
Ajustement technique et matériel	7
Conciliation/intercession/médiation/liaison/précision/explication	7
Formation du personnel	6
Évaluation ou réévaluation des besoins	3
Ajustement financier	2
Amélioration des mesures de sécurité et protection	2
Relocalisation/transfert d'un usager et autre	2
Collaboration avec le réseau	1
Respect du choix	1
TOTAL	203

À l'Annexe II, vous trouverez des exemples de mesures correctives à portée individuelle, par ordre de fréquence.

1.6. Portrait des dossiers de plainte de maltraitance

Définition de la maltraitance

Un geste singulier ou répétitif ou un défaut d'action appropriée qui se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance et qui cause, intentionnellement ou non, du tort ou de la détresse à une personne⁶

Au total, deux dossiers de plainte ayant comme motif la maltraitance ont été examinés. Les deux dossiers étaient fondés et concernaient la mission CHLSD.

⁶ Loi contre la maltraitance, art.2 (3)

1.6.1. Tableau des dossiers d'intervention par forme de maltraitance

Les deux dossiers ont donné lieu à l'analyse de deux motifs répartis par forme de maltraitance :

Motifs	
Physique	1
Matérielle ou financière	1
Psychologique	0
Organisationnelle	0
Sexuelle	0
Violation des droits	0
Âgisme	0
TOTAL	2

À l'Annexe IV, vous trouverez les formes de maltraitance, exemples d'indices observables et d'outils de repérage.

1.7. Recommandations du Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

Voici les recommandations émises dans le cadre du traitement des dossiers de plainte par mission.

Dossier 1/Mission CH

R-1 S'assurer du respect du *Protocole d'application des mesures de contrôle*⁷, plus spécifiquement quant au respect des droits des usagers suivants :

- Droit au respect de la dignité, de l'autonomie et de la sécurité ;
- Droit de donner un consentement éclairé ;
- Droit informé d'être informé ;
- Droit de participer aux décisions affectant son état de santé ou de bien-être ;
- Droit de recevoir des services adéquats sur les plans scientifique, humain et social avec continuité, personnalisée et sécuritaire.

R-2 S'assurer que la *Procédure d'application des mesures de contrôle* soit déployée, animée et respectée au sein du programme santé physique générale et spécifique.

R-3 S'assurer que la tenue de dossier respecte l'article 118.1 de la LSSSS qui spécifie entre autres, qu'une mesure de contrôle doit faire l'objet d'une mention détaillée dans le dossier de l'utilisateur conformément aux obligations déontologiques et professionnelles des infirmiers et infirmières.

R-4 Informer le comité central de l'évolution de la mise en œuvre de la *Procédure d'application des mesures de contrôle*.

Il est à noter que le comité de vigilance et de la qualité est principalement responsable d'assurer, auprès du conseil d'administration, le suivi des recommandations du commissaire local aux plaintes et à qualité des services ou du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées, conformément aux dispositions de la LSSSS⁸.

1.8. Délai pour le traitement des plaintes

Au total, 64 % des dossiers de plainte ont été conclus conformément au délai de 45 jours comparativement à 70 % pour l'exercice précédent.

Vous trouverez à l'Annexe III, un tableau détaillé concernant les délais pour le traitement des dossiers de plaintes.

1.9. Recours au Protecteur du citoyen

Au cours de l'année 2018-2019, 45 dossiers ont été transmis au Protecteur du citoyen dont 3 ont donné lieu aux recommandations suivantes :

Dossier 1/Mission CLSC

R1 Rétablir le principe de gratuité des services d'aide-domestique pour les usagers dont la situation correspond aux critères de faible revenu établis par la Politique de soutien à domicile, « Chez soi : le premier choix » et rétablir l'admissibilité des personnes qui ont été exclues indûment.

Dossier 2/Mission CRDM

R1 D'assigner dès que possible, un nouvel orthésiste pour assurer le suivi et les ajustements des orthèses de l'usagère.

Dossier 3/Direction de la santé publique

R1 Outiller le personnel en santé environnementale dans ses communications avec les citoyens lors de situations complexes, notamment celles qui sont judiciairisées ou médiatisées.

R2 Modifier l'information sous la section « Jardins communautaires » de son site internet afin qu'elle reflète adéquatement la portée des mesures recommandées par la DRSP.

R3 Rappeler au personnel en santé environnementale d'être proactif dans leur cueillette d'information et de s'assurer de posséder les éléments pertinents à une situation avant de se positionner sur l'application du principe de non-malfaisance.

⁸ LSSSS, art. 181.0.1.

Par ailleurs, au cours de cet exercice, nous avons reçu du Protecteur du citoyen les recommandations suivantes dans 5 dossiers de plainte qui lui avaient été transmis au cours de l'exercice précédent :

Dossier 1/Mission CH

R1 Rencontrer l'infirmière ayant décidé de la mise en isolement de l'usagère le 6 août 2017 afin de s'assurer qu'elle ait une compréhension adéquate du contexte d'application des mesures de contrôle et qu'elle complète les documents pertinents en conséquence.

Dossier 2/Mission CLSC

R1 Bonifier la fiche de l'usagère en rappelant la consigne de sécurité de croiser les harnais de la toile lève-personne lors des transferts et s'assurer de l'installation adéquate des culottes d'incontinence. Faire parvenir au Protecteur du citoyen la fiche bonifiée de l'usagère dans le même délai.

R2 Lever la consigne systématique transmise aux commis aux horaires à l'effet de ne pas remplacer le soin d'hygiène complet de l'usagère, prévu le mercredi après-midi, par un service de changement de culotte d'incontinence à l'heure du souper. Transmettre au Protecteur du citoyen une preuve écrite de l'annulation de cette consigne dans le même délai.

R3 Identifier conjointement avec le représentant de l'usagère un moyen pour travailler et rétablir le lien de confiance entre les parties. Faire parvenir au Protecteur du citoyen le moyen choisi dans le même délai.

R4 Clarifier avec le représentant de l'usagère la notion de raison valable pour accepter le refus d'un service.

R5 Mettre à jour, avec la collaboration du représentant de l'usagère, la liste des auxiliaires et des préposées avec lesquelles les services et les soins de l'usagère se déroulent bien et, dans la mesure du possible, les affecter pour le service du répit du mercredi après-midi. Informer le Protecteur du citoyen de la première mise à jour de cette liste.

R6 Rappeler à ses intervenantes et à ses intervenants, lorsqu'un incident ou un accident survient dans le cadre de la prestation d'un service dispensé par un fournisseur externe, de remplir un rapport incident-accident et de donner la suite appropriée à l'intérieur de l'établissement, conformément à sa politique « Gestion des événements liés à la prestation sécuritaire des soins de santé et des services sociaux » et à ce que prescrit la LSSSS sur les services de santé et les services sociaux. Informer le Protecteur du citoyen du moyen utilisé pour atteindre cet objectif et lui transmettre la preuve écrite du rappel dans le même délai.

Dossier 3/Mission CRDITED

R1 Compléter son évaluation de la cote de priorité accordée à la demande d'hébergement, en prenant compte des enjeux psychosociaux et familiaux.

R2 Examiner la possibilité de recourir à la ressource intermédiaire de répit pour l'hébergement permanent de l'usager, évaluer la pertinence de ce jumelage et éventuellement de procéder à son placement dans cette ressource.

Dossier 4/Mission CH

R1 Que soit remboursée la somme de 10 \$ versée par votre conjoint pour une copie de radiographies sur CD-ROM demandée à des fins de diagnostic et de traitement.

R2 Que des frais ne soient plus exigés pour les copies de radiographies sur disques numériques demandées à des fins de diagnostic ou de traitement.

Dossier 5/Mission CPEJ

R1 Faire un rappel au personnel en regard des règles à respecter en matière de confidentialité lors d'une conférence à l'amiable.

R2 Retirer des dossiers de votre garçon et de votre fille les informations se rapportant à la Conférence de règlement à l'amiable.

R3 Faire un rappel au personnel quant à la confidentialité de la démarche de plainte auprès du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services et du Protecteur du citoyen.

R4 S'assurer de la référence à la démarche de plainte consignée dans le suivi des activités soit retirée.

Il est à noter que le comité de vigilance et de la qualité est responsable principalement d'assurer, auprès du conseil, le suivi des recommandations du commissaire local aux plaintes et à qualité des services ou du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées, conformément aux dispositions de la LSSSS⁹.

⁹ *Id.*

2. INTERVENTIONS

Il s'agit d'un type de dossier, provenant de toute personne, dans lequel le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services intervient de sa propre initiative ou sur signalement lorsqu'il juge avoir des motifs raisonnables de croire que les droits d'un usager ou d'un groupe d'usagers ne sont pas respectés¹⁰.

Ce type de demande exige la même démarche d'analyse qu'un dossier de plainte.

2.1. Tableau comparatif, par année de référence, des dossiers d'intervention effectués par le commissaire, selon la mission

Au total, 307 dossiers d'intervention ont été ouverts, dont 301 à la suite d'un signalement et 8 sur constat du commissaire local. Il s'agit d'une augmentation de 82 % par rapport à l'exercice précédent.

Mission	2017-2018	2018-2019
CH	32	92
CHSLD	25	55
CLSC	28	38
CPEJ	16	14
CRDITED	10	11
CRD	2	3
CRDM	8	9
CRDA	0	1
OC/CE	7	9
RI	0	12
RPA	41	51
RHTJP	0	2
CIUSSS	0	10
TOTAL	169	307

Les 8 dossiers pour lesquels le bureau du commissaire a ouvert un dossier d'intervention sont :

1. Mission RPA/teneur de dossier non conforme aux règles de pratique ;
2. Mission CH/archives/feuilles volantes non classées ;
3. Mission CHSLD/droit de porter plainte/confidentialité du processus de plainte ;
4. Mission CH/règles et procédures du milieu ;
5. Mission CJM/accès et transmission du dossier de l'usager ;
6. Mission CIUSSS/respect des droits des usagers par le comité des usagers JM ;
7. Mission RPA/sécurité et organisation du milieu ;
8. Mission CH/annulations de chirurgie.

¹⁰ *Id*, art. 33, par. 7.

Comparativement à l'année précédente, il y a une augmentation du nombre de dossiers d'intervention pour les missions CH, CHSLD, CLSC, RI et RPA.

L'examen des signalements de maltraitance, conformément à la Loi contre la maltraitance, explique en partie l'augmentation des dossiers dans les missions CHSLD, RPA et CLSC.

2.2. Portrait des dossiers d'intervention reçus selon l'installation

Installation	Reçus durant l'exercice
Centre de réadaptation en dépendance de Montréal	3
Centre de réadaptation Lucie-Bruneau	5
Centre d'hébergement Armand-Lavergne	3
Centre d'hébergement Bruchési	3
Centre d'hébergement Champlain	3
Centre d'hébergement de Saint-Henri	1
Centre d'hébergement des Seigneurs	3
Centre d'hébergement du Manoir-de-l'Âge-d'Or	1
Centre d'hébergement du Manoir-de-Verdun	6
Centre d'hébergement Émilie-Gamelin	7
Centre d'hébergement Ernest-Routhier	2
Centre d'hébergement Jean-De la Lande	2
Centre d'hébergement Louis-Riel	4
Centre d'hébergement Paul-Émile-Léger	4
Centre d'hébergement Réal-Morel	3
Centre d'hébergement Yvon-Brunet	6
Centre jeunesse de Montréal	14
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	10
CLSC de Verdun	16
CLSC de Ville-Émard-Côte-Saint-Paul	6
CLSC de Saint-Henri	3
CLSC des Faubourgs — Visitation	2
CLSC des Faubourgs — Parthenais	2
CLSC des Faubourgs — Sainte-Catherine	3
CLSC du Plateau Mont-Royal	3
CLSC Saint-Louis-du-Parc	3
CRDITED de Montréal	11
Hôpital de Verdun	49
Hôpital Notre-Dame	43
Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal	4
Institut universitaire de gériatrie de Montréal	7
Institut Raymond-Dewar	1
Organisme communautaire	9
Résidence pour personnes âgées	51
Ressource intermédiaire	12
Ressource offrant de l'hébergement en toxicomanie et en jeu pathologique	2
TOTAL	307

2.3. Tableau comparatif des dossiers d'intervention reçus et leurs motifs, par année de référence

Les 307 dossiers d'intervention ont donné lieu à l'analyse de 408 motifs. De ce nombre, 166 motifs ont donné lieu à des mesures correctives, dont 101 à portée systémique.

Motifs	2017-2018	2018-2019
Accessibilité	8	25
Aspect financier	12	19
Droits particuliers	35	54
Org. du milieu et ress. matérielles	64	104
Relations interpersonnelles	37	68
Soins et services dispensés	48	96
Maltraitance	0	42
Total	204	408

Dans le présent rapport, les motifs d'intervention ont subi une hausse de 100 % en lien avec l'augmentation du nombre de dossiers.

2.4. Tableaux comparatifs des dossiers d'intervention, par année de référence, reçus par motif, selon la mission

	CH		CHSLD		CLSC		CPEJ	
	17-18	18-19	17-18	18-19	17-18	18-19	17-18	18-19
Accessibilité	5	12	0	1	3	7	0	0
Aspect financier	2	4	2	6	1	2	1	0
Droits particuliers	4	17	9	9	4	10	7	5
Organisation du milieu et ressources matérielles	10	21	6	16	3	4	1	4
Relations interpersonnelles	8	25	6	17	9	8	2	1
Soins et services dispensés	11	32	8	15	6	9	6	6
Maltraitance	0	1		16		13		0
TOTAL	40	112	31	80	26	53	17	16

	CR		OC / Œ		RPA		RHTJP	
	17-18	18-19	17-18	18-19	17-18	18-19	17-18	18-19
Accessibilité	0	2	0	1	0	2	0	0
Aspect financier	2	1	1	2	3	3	0	1
Droits particuliers	5	2	2	2	4	8	0	1
Organisation du milieu et ressources matérielles	4	10	5	4	35	41	0	4
Relations interpersonnelles	5	5	0	2	7	8	0	2
Soins et services dispensés	6	9	1	6	10	16	0	3
Maltraitance		5	0	0	0	7	0	0
TOTAL	22	34	9	17	59	85	0	11

Après une analyse détaillée des catégories de motifs de la mission CH, voici nos constats :

- Les relations interpersonnelles en termes de commentaires inappropriés et manque de politesse pour l'hôpital de Verdun et l'hôpital Notre-Dame ;
- Les soins et services dispensés en termes d'habiletés techniques et professionnelles et le traitement ou soins de santé physique à l'hôpital de Verdun ;
- Les droits particuliers concernant les services en langue anglaise à l'hôpital de Verdun.

Mis à part les signalements de maltraitance, l'analyse détaillée des motifs d'intervention concernant les missions CHSLD et CLSC ne permet pas de ressortir des points de vigilance ou de récurrence.

2.5. Portrait des dossiers d'intervention de maltraitance

Définition de la maltraitance

Un geste singulier ou répétitif ou un défaut d'action appropriée qui se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance et qui cause, intentionnellement ou non, du tort ou de la détresse à une personne¹¹

Au total, 42 dossiers d'intervention ayant comme motif la maltraitance ont été traités.

2.5.1. Tableaux de l'examen des dossiers de maltraitance

Nombre de dossiers	
Non fondé	10
Fondé	24
Examen non complété	4
Actif	4
TOTAL	42

La répartition des dossiers, dont le signalement est fondé selon la mission :

Nombre de dossiers par mission	
CHSLD	10
RPA	6
CLSC	4
CR	3
CH	1
TOTAL	24

¹¹ Loi contre la maltraitance, art.2 (3)

2.5.2. Tableau des dossiers d'intervention par forme de maltraitance

Considérant qu'un dossier d'intervention de maltraitance peut comporter plus d'un motif, les 42 dossiers ont donné lieu à l'analyse de 56 motifs répartis par forme de maltraitance :

Nombre de motifs	
Physique	22
Matérielle ou financière	19
Psychologique	10
Organisationnelle	1
Sexuelle	4
Violation des droits	0
Âgisme	0
TOTAL	56

À l'Annexe IV, vous trouverez les formes de maltraitance, exemples d'indices observables et d'outils de repérage.

2.6. Interventions du Protecteur du citoyen

De sa propre initiative, le Protecteur du citoyen est intervenu dans les quatre dossiers suivants :

Dossier 1/Mission RPA/CIUSSS CCSMTL/CIUSSS de l'Est-de-Montréal

R1 à R5 s'adressent au CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

R6 Assurer un suivi étroit de l'évolution de la situation dans la Résidence, sur la base des constats effectués dans le présent rapport d'intervention. Le CIUSSS du Centre-Sud doit informer mensuellement le Protecteur du citoyen de l'évolution de la situation dans la Résidence à compter du 30 avril 2018.

R7 À défaut d'une amélioration satisfaisante de la situation dans la Résidence d'ici le 31 juillet 2018 au cours du processus d'implantation de la recommandation ; refuser le renouvellement du certificat de conformité de la Résidence, lequel est échu depuis plus de trois mois.

Dossier 2/Mission OC /CIUSSS Ouest-de-l'Île de Montréal/CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal/CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de Montréal/Curateur public

R1 Prendre les moyens nécessaires afin de s'assurer que les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux et les délégués du Curateur public travaillant auprès de ces résidents exercent tous une vigilance de leur milieu de vie, incluant le respect des droits des résidents.

R2 Mettre en place un processus afin que les informations provenant des intervenants effectuant des suivis auprès de la clientèle vulnérable vivant en résidences privées où sont relevées des problématiques. Qu'un suivi soit fait de ces situations afin de tenter de remédier aux lacunes détectées. S'assurer que des personnes représentées y résident.

Dossier 3/Mission CRDM/CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

R1 Clarifier les procédures de l'installation Gingras-Lindsay-de-Montréal lorsqu'une personne est intoxiquée ou présente des comportements violents.

R2 Informer le personnel de l’installation Gingras-Lindsay-de-Montréal des ressources existantes dans la communauté en matière de gestion de crise, de dégrisement et d’évaluation du risque de dangerosité d’une personne.

Dossier 4/Mission CHSLD/CIUSSS Centre-Sud-de-l’île-de-Montréal

R 1 Faisant suite à la réception du rapport du coroner, le Protecteur du citoyen souhaite que l’établissement lui fournisse une description écrite et détaillée des mesures mises en place afin d’éviter que ce type de situation se produise de nouveau dans les installations d’hébergement de son territoire.

Il est à noter que le comité de vigilance et de la qualité est responsable principalement d’assurer, auprès du conseil d’administration, le suivi des recommandations du commissaire local aux plaintes et à qualité des services ou du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées, conformément aux dispositions de la LSSSS¹².

3. DEMANDES D’ASSISTANCE

Il s’agit d’un type de dossier qui concerne généralement une demande d’aide concernant la formulation d’une plainte ou l’obtention d’un soin ou d’un service¹³. Au total, 1287 demandes d’assistance ont été reçues.

3.1. Tableau comparatif des demandes d’assistance par année de référence

Cette année les demandes d’assistance ont augmenté de 37 %.

	2017-2018	2018-2019
Aide concernant un soin ou un service	573	631
Aide à la formulation d’une plainte	365	656
TOTAL	938	1287

Multiplés demandes d’assistance sont orientées vers notre établissement alors que ces dernières ne sont pas de notre compétence. Cette situation expliquerait l’augmentation des demandes d’assistance, plus particulièrement celles concernant l’aide à la formulation d’une plainte.

4. DEMANDES DE CONSULTATION

Il s’agit d’un type de dossier qui concerne les demandes d’avis portant notamment sur toute question relevant de la compétence du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services¹⁴.

Au total, 136 demandes de consultation ont été reçues. Il s’agit d’une diminution de 4 % par rapport à l’exercice précédent.

¹² *Id.*, art. 181.0.1.

¹³ *Cadre normatif SIGPAQS*

¹⁴ *Id.*

4.1. Tableau comparatif des demandes de consultation reçues et leurs motifs, par année de référence

Motifs	2017-2018	2018-2019
Accessibilité	8	9
Aspect financier	7	2
Droits particuliers	99	93
Org. du milieu et ress. matérielles	6	5
Relations interpersonnelles	9	9
Soins et services dispensés	12	17
Autre	0	1
Total	141	136

5. AUTRES FONCTIONS DU COMMISSAIRE

L'article 33 de la LSSSS circonscrit les fonctions du commissaire local au respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes. Pour servir les intérêts des usagers, il ne faut toutefois pas en faire une lecture limitative.

À titre d'exemple :

- **Diffuse l'information sur les droits et les obligations des usagers et sur le code d'éthique** dans le but d'améliorer la possibilité pour une personne de faire valoir ses droits de manière adéquate ;
 - L'amélioration des connaissances relatives aux droits des usagers et des recours existants concerne non seulement les personnes qui reçoivent des services, mais aussi les personnes de leur entourage, les intervenants et les administrateurs responsables de leur planification, de leur dispensation et de leur gestion ;
 - Par conséquent, le commissaire local aura à développer et à utiliser, sur une base continue, divers moyens de communication auprès des usagers ou de leurs représentants, des familles, des proches, des employés, des intervenants, des gestionnaires, des bénévoles, etc., pour s'assurer qu'ils sont bien informés et qu'ils améliorent leurs connaissances et leur compréhension des droits et mécanismes de recours.
- **Assure la promotion du régime d'examen des plaintes.** La promotion du régime d'examen des plaintes va au-delà de sa simple publication. L'instauration d'alliances et de collaborations avec des groupes de promotion et de défense des droits, les Centres d'assistance et d'accompagnement ainsi qu'un maillage avec les instances en lien avec les structures de l'établissement comme les conseils professionnels, notamment le conseil des infirmières et infirmiers (CII), le conseil multidisciplinaire (CM) et le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) optimiseront la réalisation de cette fonction. Pour les mêmes raisons, il doit tenter d'établir des liens de confiance et de collaboration avec le comité des usagers et les comités de résidents ;

- **À titre de membre désigné au sein du comité de vigilance et de la qualité**, le commissaire local sera témoin des suites qui seront données aux recommandations qu'il aura transmises au conseil d'administration dans le cadre de son mandat de traitement des plaintes et d'interventions et il pourra proposer, de concert avec les autres membres du comité, des mesures visant à améliorer la qualité des services ;
- **Donne son avis sur les questions de sa compétence** : respect des droits des usagers, régime d'examen des plaintes, code d'éthique, aspects relatifs à l'amélioration de la satisfaction des usagers.

5.1. Tableau comparatif des autres fonctions du commissaire par année de référence

	2017-2018	2018-2019
Promotion/information	138	102
Communication au conseil d'administration (en séance)	3	1
Participation au comité de vigilance et de la qualité	11	11
Collaboration au fonctionnement du régime d'examen des plaintes	20	20
Total	172	134

6. RAPPORT DES MÉDECINS EXAMINATEURS

Pour l'application de la procédure d'examen des plaintes qui concernent un médecin, dentiste, pharmacien, de même qu'un résident en médecine, le conseil d'administration de l'établissement désigne, sur recommandation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), un médecin examinateur coordonnateur et des médecins examinateurs qui exercent ou non leur profession dans un centre exploité par l'établissement. Le directeur des services professionnels peut être désigné pour agir à ce titre.

Si l'établissement exploite plusieurs centres ou installations, le conseil d'administration peut, s'il l'estime nécessaire et sur recommandation du CMDP, désigner un médecin examinateur par centre ou par installation.

Les médecins examinateurs de l'établissement sont responsables envers le conseil d'administration de l'application de la procédure d'examen des plaintes qui concernent un médecin, un dentiste ou un pharmacien de même qu'un résident en médecine¹⁵.

Le conseil d'administration doit prendre les mesures nécessaires pour préserver en tout temps l'indépendance des médecins examinateurs dans l'exercice de leurs fonctions.

À cette fin, le conseil d'administration doit notamment s'assurer que les médecins examinateurs, en tenant compte, le cas échéant, des autres fonctions qu'ils peuvent exercer pour l'établissement, ne se trouvent pas en situation de conflit d'intérêts dans l'exercice de leurs fonctions¹⁶.

¹⁵ LSSSS, art. 42.

¹⁶ *Id.* art. 43.

6.1. Portrait des dossiers de plainte médicale reçus

Au total, 69 dossiers de plainte ont été reçus pour cette période. Il s'agit d'une augmentation de 64 % par rapport à l'exercice précédent. De ce nombre, 5 dossiers ont été transmis au comité de révision.

Mission	2017-2018	2018-2019
CH	22	55
CHSLD	4	4
CLSC	10	10
CRDM	1	0
CRD	2	0
Direction santé publique	2	0
Ressources humaines	1	0
Total	42	69

Des 69 dossiers de plaintes médicales :

- 7 dossiers : rejetés sur examen sommaire ;
- 1 dossier : désistement ;
- 1 dossier : hors compétence ;
- 2 dossiers : transmis au CMDP pour étude à des fins disciplinaires.

6.2. Tableau comparatif, par année de référence, des dossiers de plainte médicale reçus, selon la mission

Instance visée	Reçus durant l'exercice
Centre d'hébergement Armand-Lavergne	1
Centre d'hébergement des Seigneurs	1
Centre d'hébergement du Manoir-de-Verdun	1
CLSC de Saint-Henri	2
CLSC des Faubourgs — Parthenais	2
CLSC des Faubourgs — Sainte-Catherine	1
CLSC des Faubourgs — Visitation	3
GMF de Verdun	2
GMF Notre-Dame	1
Hôpital de Verdun	26
Hôpital Notre-Dame	28
Institut universitaire de gériatrie de Montréal	1
TOTAL	69

Il est pertinent de préciser que l'année dernière 19 dossiers concernaient l'Hôpital de Verdun versus 3 dossiers pour l'Hôpital Notre-Dame. La hausse du nombre de dossiers reçus s'explique en partie par l'intégration de l'Hôpital Notre-Dame à notre CIUSSS.

6.3. Motifs de plainte médicale traités par année de référence

Au total, 91 motifs de plaintes ont été examinés, comparativement à 59 pour l'exercice précédent.

Motifs	2017-2018	2018-2019
Accessibilité	6	4
Aspect financier	0	1
Droits particuliers	1	5
Org. du milieu et ress. matérielles	0	0
Relations interpersonnelles	28	40
Soins et services dispensés	24	41
Total	59	91

Des 91 motifs traités, 3 ont donné lieu à des mesures correctives à portée systémique.

6.4. Motifs de plainte ayant donné lieu à des mesures correctives

- **Accessibilité/délais/RENDEZ-VOUS/réduction du délai :**
 - Les patients pourront être dirigés vers d'autres orthopédistes s'ils le veulent. Le médecin est retourné au CHUM.

- **Soins et services dispensés/compétence technique et professionnelle/habilités technique et professionnelles/ajustement des activités professionnelles :**
 - Rappel concernant les notes au dossier en cas d'intubation difficile.

- **Droits particuliers/consentement/libre et éclairé aux services :**
 - Des recommandations seront faites auprès des autorités responsables pour qu'elles rappellent aux médecins l'importance de consigner dans les dossiers des leurs patients les échanges et les conclusions auxquelles ils sont arrivés avec eux ou leurs proches quant au niveau de soins à leur prodiguer. L'importance de bien documenter les points significatifs des échanges précédant la signature du consentement aux soins sera également soulignée.

6.5. Délais pour le traitement des plaintes médicales

Au total, 73 % des plaintes médicales ont été traités en deçà de 45 jours.

Vous trouverez à l'Annexe V, un tableau détaillé concernant les délais pour le traitement des dossiers de plainte des médecins examinateurs.

6.6. Recours au Comité de révision

Le comité de révision est une instance relevant du conseil d'administration. En vertu de l'article 52 de la LSSSS, sauf lorsqu'une plainte est acheminée pour étude à des fins disciplinaires, le comité de révision a pour fonction de réviser le traitement accordé à l'examen d'une plainte par un des médecins examinateurs de l'établissement. À cet effet, il doit prendre connaissance de l'ensemble du dossier de plainte, s'assurer que l'examen de la plainte a été effectué de façon appropriée, diligemment et avec équité et que les motifs des conclusions du médecin examinateur, le cas échéant, se fondent sur le respect des droits et des normes professionnelles. Au terme de sa révision, le comité doit, dans les 60 jours de la réception d'une demande de révision, communiquer par écrit un avis motivé au plaignant, au professionnel concerné, au médecin examinateur et au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services de l'établissement.

Motifs à l'appui, l'avis du comité doit conclure à l'une des options suivantes :

1. Confirmer les conclusions du médecin examinateur de l'établissement ;
2. Requérir du médecin examinateur qu'il effectue un complément d'examen dans un délai fixé par le comité et qu'il transmette ses nouvelles conclusions au plaignant, avec copie au comité de révision, au professionnel concerné ainsi qu'au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services ;
3. Lorsque la plainte concerne un médecin, un dentiste ou un pharmacien, membre du CMDP, institué pour l'établissement, acheminer copie de la plainte, ainsi que du dossier, vers ce conseil pour son étude à des fins disciplinaires par un comité constitué à cette fin ;
4. Recommander au médecin examinateur ou, s'il y a lieu, aux parties elles-mêmes, toute mesure de nature à les réconcilier.

6.7. État des dossiers de plainte transmis au comité de révision

Cinq dossiers ont été transmis au comité de révision, dont voici les détails :

Motifs	Délai d'examen	Conclusion
Centre d'hébergement Ernest-Routhier		
1. Soins et services dispensés/traitement/intervention/services (action faite)/approche thérapeutique.		L'examen du comité de révision est en cours.
GMF Notre-Dame		
1. Soins et services dispensés/décision clinique/choix de médication;	52 jours	Traitement complété/Sans mesure/Aucune action

Hôpital de Verdun		
1. Relations interpersonnelles/communication/attitude/manque d'écoute; 2. Droits particuliers/consentement/libre et éclairé aux services; 3. Soins et services dispensés/Traitement/intervention/services (action faite)/médication.		L'examen du comité de révision est en cours.
Hôpital de Verdun		
1. Relations interpersonnelles/abus/abus par un intervenant, par un professionnel, ou un médecin/d'autorité.	52 jours	Traitement complété/Sans mesure/Aucune action
Hôpital de Verdun		
1. Soins et services dispensés/traitement/intervention/services (action faite)/approche thérapeutique.		L'examen du comité de révision est en cours.

Le comité de révision a conclu 75 % des dossiers dans un délai de 60 jours.

7. COMMENTAIRES DE SATISFACTION DES USAGERS

Puisqu'il s'agit du rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers de même que le respect de leurs droits, nous souhaitons le terminer en y ajoutant quelques extraits de commentaires de satisfaction que nous avons reçus au bureau du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services. Nous avons, bien entendu, fait suivre ces commentaires aux personnes visées et à leur supérieur.

« Je vous écris non pas pour formuler une plainte, mais bien pour formuler un commentaire de satisfaction du service reçu aujourd'hui à l'hôpital de Verdun au département d'endoscopie pour une gastroscopie et une coloscopie. Étant une expérience très stressante pour moi, j'ai malheureusement fait un choc vagal lorsque l'infirmière m'a inséré un cathéter. Elle a rapidement vu mon malaise et a appelé rapidement des collègues pour me mettre sur une civière. On m'a rassurée et on a bien pris soin de moi dans ce moment de vulnérabilité totale. Toute l'équipe a fait un excellent travail et j'aimerais bien, si vous pouviez transmettre ma gratitude pour ces professionnels qui ont offert un service empathique et hors pair. Il est en effet beaucoup plus facile de se plaindre que de partager une belle expérience ».

« Je tiens à souligner mes remerciements lors de ma première visite au CIUSSS de l'Hôpital Notre-Dame, le [...]. L'infirmier au triage était très compétent et avait beaucoup d'écoute. Docteure [...], quel professionnalisme et beaucoup de compassion ! Le technicien en radiologie également était très délicat et très sympathique. Alors, bravo à toute l'équipe de l'urgence et merci mille fois. Docteure [...], merci pour vos bons soins. Je me rétablis de jour en jour. Si par hasard, j'ai besoin de vos soins, je n'hésiterai pas à retourner chez vous. Félicitations à tous ».

« J'aimerais formuler que de bons commentaires envers les médecins, les infirmières et tout le personnel qui travaille au 4^e étage de l'Hôpital de Verdun ».

« J'ai 58 ans, je suis suivie au CLSC du Plateau Mont-Royal depuis la création des CLSC i-e environ depuis plus ou moins 1983. Mon premier médecin qui m'a suivi plusieurs années fut [...], jamais je n'aurais pu croire être si bien suivie. Après sa retraite, c'est Dre [...] qui m'a prise en charge. Je tiens à dire que je suis choyée d'avoir accès à un médecin de famille qui a pris tout le temps qu'il fallait lors de chacun de mes rendez-vous, même en cas de crise comme dépression majeure. J'ai toujours été écoutée, elle prend toujours le temps qu'il faut pour ne laisser rien au hasard et elle va plus loin en s'assurant qu'elle a fait le tour de ma situation et encore plus. C'est une perle, une professionnelle extraordinaire. Merci de prendre mes commentaires positifs ».

« Lundi dernier le [...], en soirée, nous sommes arrivés à l'urgence de votre Hôpital, QUEL SERVICE MERCI, nous avons été reçus immédiatement avec ma mère de 83 ans [...] qui avait une grosse infection urinaire, en 20 minutes ma mère était installée sur un lit dans votre département d'urgence dans une petite salle calme et propre, l'infirmier [...] est venu rencontrer ma mère, il a posé quelques questions et il a pris ma mère en charge, et aussi les dispositions nécessaires. Il nous a avisés que le médecin arriverait sous peu. La médecin Dr [...], à l'écoute et attentionné à ma mère nous a vite informés des procédures et du temps approximatif que tout cela prendrait, sa gentillesse et l'attention qu'elle portait vis-à-vis ma mère était absolument hors pair. MERCI À [...] Belle équipe BRAVO et encore un GROS MERCI ».

« Pour la première fois aujourd'hui, j'ai visité l'hôpital Notre-Dame au département d'échographie pour une infiltration et j'aimerais tout simplement vous faire savoir que le service que j'ai reçu était excellent ! Le personnel était d'une gentillesse !! Et que dire de la liste d'attente.... une des plus rapides ! Bravo à toute l'équipe ».

« Madame, ce message est pour vous informer d'une satisfaction à une chirurgie au coude pratiquée par le Dr [...], chirurgien orthopédiste du lundi, le [...] à l'Hôpital Notre-Dame. Dr [...] m'a sauvé le coude droit en urgence en pratiquant une minutieuse opération. Si ça n'aurait été de son intervention et de m'avoir accepté dans l'immédiat, je ne sais pas ce qui serait arrivé de ce bras. Je remercie Dr [...] de son savoir en matière de chirurgie, de la confiance lorsqu'il est venu me parler avant l'intervention et de son approche humaine. Vous faites tout un travail remarquable pour le bien-être de la communauté et du patient qui pour vous est important ».

« Bonjour, je tenais à vous écrire afin de vous donner un résumé de mon expérience à l'hôpital de Verdun. J'ai été hospitalisé et traité il y a quelques jours à l'hôpital de Verdun et je suis tout à fait impressionné de la qualité des services reçus sur place. Le personnel, les médecins, les résidents, les infirmières et infirmiers ont un dévouement, un dynamisme et une passion en leur travail hors norme. Je me suis senti traité comme un membre de leur famille malgré leur charge de travail imposante. Je crois qu'il est important de souligner leur travail. Passez une excellente journée. »

« Bonjour, ne sachant pas comment m'adresser directement aux personnes responsables, vous me permettrez d'utiliser votre canal pour signifier ma satisfaction quant à la qualité des services rendus par le Centre de prélèvements de l'hôpital Notre Dame.

J'aimerais beaucoup également que le présent message soit acheminé à Mmes [...], toutes deux responsables des services de ce centre, sinon à l'ensemble du personnel du Centre. Pour être allé plusieurs fois à ce Centre de prélèvement, et dans d'autres, beaucoup moins efficaces et avenants, j'aimerais mentionner les faits suivants : Le personnel, tant à l'accueil qu'au prélèvement est toujours ponctuel, gentil et d'une extrême politesse. Le mécanisme pour obtenir nos prélèvements est bien rôdé, simple à comprendre et, il me semble, d'une formidable efficacité. D'ailleurs, le personnel de l'accueil prend bien soin de l'expliquer à chaque occasion pour bien orienter les personnes qui viendraient au Centre pour une première fois. Je ne peux que dire BRAVO ! à l'ensemble de l'équipe du Centre de prélèvement. Continuez votre excellent travail, car vous nous faites sentir comme des êtres humains plutôt que comme des numéros et vous ajoutez un peu de douceur permettant de rendre les prélèvements moins amers ! »

« [...] Je dois remercier les préposés, infirmières et docteurs de l'hôpital. Son travail est excellent, son sourire et son approche avec tellement de patience, c'est tellement apprécié. Je vois qu'ils donnent de leur mieux avec une approche humaine ».

« Le [...], j'ai été transporté en ambulance à l'Hôpital Verdun suite à une très mauvaise chute en patins. J'ai passé un peu plus de 2 jours dans cette institution. Je tiens à remercier tout le personnel pour les bons soins reçus. Les gens critiquent souvent le système médical à tort et à travers. D'accord, j'ai dormi 2 nuits sur une civière, mais ce n'est pas la fin du monde. La nourriture était très bonne et chaude, quoique les portions sont petites (j'ai un très bon appétit !!!). J'avais hâte de recevoir mon plateau !!! Je n'ai que de bons mots à l'endroit du personnel. Félicitations à tous et Bonne Année 2019 ».

*« [...], j'ai été hospitalisé dans votre établissement, afin de subir une chirurgie pour le remplacement du genou droit *arthroplastie totale du genou*. L'équipe de la salle d'opération a fait un merveilleux travail ainsi que le personnel du 5^e étage, qui m'ont permis une récupération rapide.*

Aujourd'hui, ma physiothérapeute m'a déclaré que j'étais fonctionnel, et ce avec des traitements après 1 mois et demi. J'ai grandement apprécié mon séjour à l'hôpital de Verdun à toutes les étapes et je tiens à vous en remercier. Cette récupération est très bonne pour le moral. Toutes les personnes qui ont pris soin de moi durant ce séjour dans votre établissement ont été compétentes et très gentilles. Un grand merci également au maître d'orchestre docteur [...] et à son équipe qui ont pratiqué la chirurgie. Je garde un bon souvenir de votre hôpital et de votre personnel. Merci énormément à toutes et à tous ».

ANNEXE I

Plaintes/mesures correctives à portée systémique

- **Communication/promotion :**
 - Note de service : Rappel du respect du processus d'inscription ;
 - Rappel aux infirmières du triage de procéder aux réévaluations ;
 - Rappel aux infirmières de valider la pertinence d'un rendez-vous en externe lors d'une hospitalisation ;
 - Affichage des frais de chambre dans les chambres ;
 - Envisager de développer un feuillet explicatif : frais de chambre et grille confirmant la transmission des informations ;
 - Diffusion du Guide d'accueil à tous les résidents ;
 - Élaboration d'un aide-mémoire comprenant les vérifications à faire à l'admission. Rappel des bonnes pratiques au personnel ;
 - Consigner au dossier le consentement à la prise de photo (usage, destruction, etc.) ;
 - Rappel aux infirmières d'utiliser Intranet/Laboratoires pour informer les usagers ;
 - Un rappel écrit ainsi que des capsules d'information par la conseillère en prévention des infections à l'ensemble du personnel de l'unité ;
 - Ajout d'une référence sur le site internet : communication d'insatisfactions ;
 - Mise en place d'une manière de communiquer des insatisfactions à la direction générale ;
 - Sensibilisation de l'équipe de nuit à la réduction du bruit lors d'une rencontre ;
 - Rappel sur information à donner aux usagers : transfert lits ;
 - Rappel de la LSSSS et politique sur la maltraitance. Documentation transmise aux 2 chefs d'administration des programmes ;
 - Élaboration d'un outil aide-mémoire et rappel des bonnes pratiques à l'ensemble du personnel ;
 - Le centre a interpellé l'autorité compétente de l'arrondissement afin de vérifier la faisabilité de modifier les places de stationnements réservées pour les usagers ;
 - Rappel aux utilisateurs de discuter avec les personnes concernées ou intervenants concernant les situations qui les inquiètent ou les rendent inconfortables ;
 - Informer l'ensemble du personnel sur la procédure à respecter pour les appels interurbains ;
 - Note de service à l'intention des préposés sur la façon de compléter le formulaire d'effets personnels des usagers ;
 - Produire une nouvelle affiche plus explicite et plus voyante sur le risque d'errance afin de sensibiliser les familles et les inciter à rapporter toute situation au personnel ;
 - La direction s'engage à ajouter cet avis au guide d'accueil remis aux nouveaux résidents et à leur famille ;
 - Affiche installée sur la porte avisant les usagers et visiteurs ;
 - Rencontres d'équipe pour aviser le personnel des mesures de surveillance préconisées ;
 - Rappel à tous les employés de préserver la confidentialité des informations ;
 - Rappel fait aux employés lors d'une rencontre d'équipe de demander l'aide de collègues parlant mieux l'anglais si nécessaire ;
 - Rappel sur la courtoisie lors des rencontres d'équipes ;
 - L'équipe d'employés en soins infirmiers ainsi que l'infirmière concernée dans la plainte ont été sensibilisées aux renseignements téléphoniques à donner aux proches ;
 - Sensibilisation des commis lors de la réunion d'équipe sur l'obligation d'identification ;
 - Rappel aux équipes de porter la carte d'identité ;

- Diriger les usagers vers le Centre de prélèvements lors de retours de prélèvements ;
- Rappel lors d'une rencontre d'équipe d'une étape d'une méthode de soins ;
- Capsules au personnel infirmier sur la prévention et évaluation plaies de pression ;
- Rappel au personnel que l'identification de l'employé est obligatoire de même que la divulgation de son nom au patient et à ses proches ;
- Rappel à l'équipe de vérifier l'intégrité de la peau et de changer un matelas brisé ou usé ;
- Rappel général au moyen de la station visuelle ;
- Commis à l'inscription et agents de sécurité informés par leur supérieur de porter assistance aux usagers qui le nécessitent ;
- Rappel aux préposés de consulter leur « feuilles de route » pour personnaliser les soins ;
- Rappel d'offrir un spiromètre aux opérés lors d'une rencontre d'équipe ;
- Rappel les 20 et 21 déc. aux employés de porter attention aux propos tenus au poste — demande de se retirer dans un local fermé ;
- Rencontre d'équipe le 29 janvier — 2 rappels : bien compléter les plans de soins des préposés et s'assurer du respect des directives et mettre le matériel à la portée des usagers (surtout celui permettant les déplacements).

- **Information et sensibilisation des intervenants :**

- Rappel sera fait à tous les chefs de permanence de l'importance d'aviser le parent dès le retour de fugue ;
- Gestionnaire s'est engagée à sensibiliser l'équipe d'ergo, aux suivis de dossiers et délais anormaux pour livraison de l'équipement demandé ;
- Rappel aux infirmières de bien documenter les réévaluations ;
- Rappel de l'importance de respecter la confidentialité du processus de plainte, sera fait lors de la prochaine réunion ;
- Libellé du rôle de l'ergo revu sur le document de référence. Ajout que les informations peuvent être données aux proches, en accord avec l'utilisateur ;
- La coordination du continuum dépendance s'assurera que lorsqu'un nouvel intervenant se voit attribuer un dossier, celui-ci valide avec l'utilisateur son consentement à l'égard des autorisations précédemment signées ;
- Un rappel sera fait aux intervenants sur l'importance d'expliquer dans un langage simple ce qu'on va faire durant un dépistage, en quoi consiste le test : évaluation vision et cognition ;
- Le rappel nécessaire a été effectué auprès des deux infirmières concernées quant à l'importance à accorder aux notes au dossier, ainsi qu'au formulaire de consentement. De plus, un mémo de rappel à ce sujet a été mis à la disposition de tous les employés du service ;
- La direction adjointe du programme jeunesse et le service financier sont à réviser le dépliant sur les contributions parentales et le dépliant sur les postulants famille d'accueil de proximité (PFAP) et les familles d'accueil de proximité (FAP) et à élaborer un aide-mémoire en soutien aux intervenants qui doivent informer les parents de leurs responsabilités quant aux modalités relatives aux contributions ;
- Rappel de parler en français durant la prestation de travail ;
- Rappel lors de réunion d'équipe : l'importance de prendre les notes et de remplir les formulaires AH-223 de la façon la plus contemporaine possible ;
- Rappel que les ordonnances nutritionnelles soient envoyées rapidement après l'admission et en respect les préférences alimentaires ;
- Rappel de préserver la quiétude sur l'unité le soir et la nuit ;
- Rappel fait aux employés de revoir la procédure lorsqu'un résident ne répond pas à l'appel ;
- Rappel aux infirmières de bien documenter la présence de ridelles et du moniteur de mobilité;

- Rappel aux assistantes de porter attention à ces éléments ;
- Comité de travail en prévention et contrôle des infections à l'urgence — Comité impliquant le CII, le CM, le CMDP et le comité des usagers ;
- Rappel en réunion d'équipe aux intervenants d'appeler le responsable lors de situations délicates ;
- Rappel fait à tous les chefs de permanence que les transferts internes doivent en tout temps se réaliser avec plus d'un agent, sauf en cas de situation exceptionnelle ;
- La chef de service a fait un rappel concernant l'obligation de déclarer une telle situation et le rapport (AH-223) a été complété depuis ;
- Une note de service a été transmise à l'équipe afin de rappeler les valeurs et le code d'éthique ;
- Rappel formel aux deux infirmières concernant les attentes de communication devant les usagers ;
- Rappel sur les bonnes pratiques de simple courtoisie envers tous les appelants à notre service ;
- Les employés du service ont été rencontrés et un rappel a été fait sur la courtoisie à avoir envers les usagers ;
- Sensibilisation de tout le personnel sur l'importance de toujours s'identifier au téléphone ou en présence d'un usager ou de sa famille ;
- Un rappel sera fait à tous les employés : interdiction d'utiliser les ordinateurs au poste durant les pauses ;
- Rappel de traiter avec respect les usagers ;
- Un rappel de sensibilisation concernant le respect attendu envers les usagers sera fait auprès des employés concernés ;
- Une présentation sur la civilité a été organisée pour l'équipe d'imagerie ;
- Rappel aux infirmiers sera fait à la prochaine réunion : importance de donner l'information sur la médication des usagers ;
- Rappel de ne pas oublier de matériels de soins souillés dans la chambre des usagers ;
- Courriel de rappel envoyé à toute l'équipe de milieu vie substitut sud : utilisation titre réservé ;
- Rappel d'équipe : retrait matériel intraveineux des usagers ;
- La directrice s'est engagée à informer et à sensibiliser l'ensemble des intervenants en ce qui a trait à la complétion de notes d'observation lors des visites ;
- Sensibilisation de l'équipe sur l'importance de référer les requêtes ne pouvant être traitées sur-le-champ aux bonnes instances ;
- Rappel à l'équipe de s'assurer de valider les informations des requêtes (étampe illisible) ;
- Rappel à l'équipe de faire attention d'envoyer les résultats des examens au bon destinataire ;
- Rappel à l'équipe sur le délai de conservation des requêtes (5 ans) ;
- Rappel à l'équipe de consulter le dossier du patient pour l'assister ;
- Employés informés de bien identifier les résidents et de consulter la « *liste des régimes et des textures-services des repas* » ;
- Gestionnaires s'assureront de rappeler aux membres du personnel concerné (permanence) qu'ils doivent respecter directive MG 240-5 lorsque la santé d'un jeune est compromise ;
- Rappel sera fait aux chefs de permanence quant à l'usage de l'acétaminophène pour usager (offrir et noter si donné) ;
- Rappel sera fait aux chefs de permanence sur les règles à suivre concernant la complétion du rapport AH-223 ;

- La chef de service s'est engagée à faire un rappel aux intervenants de l'équipe concernant l'importance d'assurer les suivis attendus en lien avec le droit à l'information pour les parents, notamment l'article 2.4 de la LSSSS ;
- La chef de service procèdera à une réanimation de la procédure sur l'application des mesures de contrôle, afin de rappeler à tous les membres de l'équipe qu'ils sont légitimés d'intervenir physiquement lorsque la sécurité d'un jeune ou la leur est compromise ;
- Rappel au personnel d'installer le moniteur de mobilité si prescrit par le médecin ;
- Rappel aux assistantes-chefs de l'importance d'assurer une vigie en lien avec le risque de chute, suivi post-chutes, incluant complétion des rapports AH-223 ;
- Sensibilisation des intervenants en lien avec la complétion de rapports AH 223 ;
- Sensibilisation des équipes d'infirmières en regard de l'importance de l'évaluation physique et mentale des usagers qui ne doit pas être biaisée ;
- Rappel fait aux infirmières sur l'importance d'avoir accès au dossier des usagers en présence de problématiques qui nécessitent des interventions médicales, ceci afin notamment de s'assurer de relever RX et signer les FADM suite à l'administration d'un médicament ;
- Mise à jour des informations et attentes concernant la complétion des notes au dossier réalisée auprès des intervenants de l'équipe afin de s'assurer que les éléments relatifs aux nombres de rencontres et aux décisions d'orientation cliniques soient systématiquement notés au dossier ;
- Rappel en réunion d'équipe aux intervenants d'inscrire les heures réelles de prise de médicaments et qu'il s'agisse du reflet de la distribution (incluant pommade) ;
- Mise à jour du plan d'intervention concernant les accès veineux ;
- Le 6 mai 2019, la distribution d'une copie des responsabilités et champs de compétences est remise à chaque infirmière auxiliaire afin que celles-ci prennent connaissance des limites de leurs responsabilités établies par le Code des professions. Un examen écrit, créé et mis en place par la Coordinatrice en soins infirmiers leur sera remis dans la même semaine afin de s'assurer que la matière est assimilée afin de normaliser les procédures et soins auprès des résidents, selon leurs limites et champs de compétences.

- **Ajustement des activités professionnelles :**

- Fonctionnement du bloc opératoire à 4 salles au lieu de 5 salles, afin de réduire le nombre d'annulations à la dernière minute, les besoins en personnel étant réduits. Ajout d'une infirmière par salle pour ne pas arrêter les opérations durant l'heure du dîner ;
- Des intervenants sont dégagés de leur charge de cas, afin de supporter la liste d'attente pour les services adaptation/réadaptation ;
- Une rencontre d'harmonisation des pratiques est prévue en juin 2018 ;
- Nouvelles consignes seront données aux employés en regard de toute demande d'assistance de l'utilisateur pour porter plainte ;
- Chef médical de la psychiatrie avisé de la situation ;
- Rencontrer l'ensemble de son personnel infirmier à la suite de cet événement, afin de les informer de leur rôle et des motifs pour lesquels une réévaluation médicale est requise ;
- En plus des documents remis à l'admission, les informations concernant la procédure de fouille devront aussi être expliquées verbalement au début du séjour ;
- En concertation avec ses employés, la direction précisera les différences entre fouille individuelle et générale, quel contexte justifie une fouille générale et comment mieux cibler les interventions ;
- Les chariots de nourriture seront livrés aux heures convenues au contrat soit 15 minutes avant les repas du midi et du soir ;

- Tâches du PAB visé revues de manière à éviter les soins et services aux usagers unilingues francophones ;
- Le 11 mars 2019, la coordonnatrice en soins infirmiers a été nommée à titre de personne responsable chargée du registre de rapports d'accidents/incidents. Le registre fut actualisé le 18 mars 2019 et sera mis à jour régulièrement afin que celui-ci reste conforme et que les mesures correctives nécessaires puissent être mises en place de façon à diminuer le nombre d'accidents/incidents sur les unités de soins ou autres endroits au sein de la résidence ;
- Une rencontre d'équipe permettra prochainement de mettre en place une nouvelle pratique à l'égard des communications aux usagers en présence d'un problème à résoudre pour fournir le service prévu ;
- La chef de service s'est assurée que le personnel ait la documentation qui permet de faire le lien entre le diabète et les maladies chroniques ;
- ASI rencontrée pour uniformiser leur pratique lors de difficultés avec les usagers ;
- Le chef de service nous indique qu'une directive a été émise à l'effet de ne procéder à aucune substitution des ingrédients prévus dans les recettes ;
- Formation d'un groupe de travail qui a fait le suivi des usagers en attente ou en situation d'absence de service ;
- Nous recommandons qu'un état de la situation nous soit présenté et que les familles soient informées de l'évolution ;
- Un état de situation sera réalisé ;
- Un registre de requêtes rejetées a été constitué ;
- Le 6 mai 2019, un document de mise à jour a été remis aux infirmiers/ères auxiliaires afin de leur remémorer toutes les situations où ils/elles doivent inscrire une note au dossier. Toutes situations avec les résidents seront inscrites au dossier de façon conforme et tous les renseignements pertinents y seront consignés, afin d'assurer un suivi juste et adéquat auprès des infirmiers/ères auxiliaires, des résidents, des membres des familles mandataires, des organismes autorisés et des hôpitaux ;
- Ajout d'une mention « route femme » au logiciel pour une demande de service ASSS à une Agence ;
- Dorénavant, les échantillons prélevés sont mis dans des sacs biorisques pour signifier que la saisie a été faite au système informatique ;
- Utiliser le plan d'intervention pour soins palliatifs ou soins de fin de vie et inscrire des interventions au plan de soins suite au résultat de l'évaluation du risque de développer une plaie de pression ;
- Que le service adaptation/réadaptation programme TSA 7-100 ans, incluant ses gestionnaires, agisse avec diligence, rigueur et célérité dans les retours d'appels aux usagers, à leurs représentants et aux partenaires impliqués tels que le CJM-IU ;
- Un dossier d'intervention sur initiative du Commissaire sera ouvert afin d'examiner davantage les difficultés rencontrées par le service financier et de voir à l'uniformisation des pratiques en soins de pieds au sein du CCSMTL.

ANNEXE II

Plaintes/mesures correctives à portée individuelle

- **Ajustement professionnel :**
 - Dans l'attente d'un déplacement, nous recommandons que la Direction DI-TSA-DP s'assure que : Le plan de transition qui sera essentiel à la demande de déplacement soit élaboré en tenant compte des recommandations du SQETGC ; les solutions du comité éthique soient prises en considération ; La demande de l'équipe EID s'actualise en vue de l'estompage de la mesure de contrôle (plan de chambre) ;
 - Concernant le suivi des achats, dorénavant, tous les achats effectués pour le compte des usagers seront vérifiés par la chef de soin de santé et c'est elle qui s'assurera, auprès du service de la lingerie, de leur identification. Puis, elle s'assurera que les effets soient bien placés dans la commode de l'utilisateur ;
 - Concernant le respect de la procédure relative à la gestion des revenus et des dépenses des usagers hébergés en milieux de vie substitut, dorénavant, seule cette procédure sera suivie ;
 - Un rappel a été fait à la réceptionniste par la chef de service concernant la confidentialité du dossier de l'utilisateur ;
 - La chef de service a rencontré l'intervenante afin de faire un rappel quant aux bonnes pratiques dans le but de préserver la confidentialité ;
 - Une attention particulière sera apportée lors des réunions d'équipe et lors de la formation des nouveaux employés en lien avec les enjeux de confidentialité ;
 - La chef a discuté en équipe de l'importance de préciser leur offre de service de « support en attente de service » ;
 - La chef de service s'assurera que dans le cadre des supervisions, les notions entourant le consentement soient revues avec la psychologue afin que les interventions soient réalisées dans le respect des droits des usagers ;
 - Ajout d'une note infirmière tardive et formulaire AH223 ;
 - Rappel des obligations au professionnel concerné ;
 - Deux membres du personnel rencontrés et leurs obligations ont été rappelées ;
 - La chef de service fera un rappel aux deux éducatrices, ainsi qu'à l'ensemble de l'équipe éducative de faire appel aux agents d'interventions plus rapidement en prévention ;
 - Une grille d'observation comportementale a été élaborée, afin de limiter le risque que le comportement ne se reproduise ;
 - L'éducateur sera rencontré afin d'encadrer les sorties qu'il fait avec l'utilisateur ;
 - La situation sera discutée en rencontre d'équipe, dans un souci d'offrir des soins et des services de qualité à la clientèle. La routine de travail et les mesures pouvant être mises en place ;
 - La chef de service rencontrera l'employée visée afin qu'elle respecte l'esprit de la LSSSS ;
 - Rappel à la PAB sur l'approche à adopter, démontrer de l'empathie, expliquer les actions et rassurer l'utilisateur ;
 - Le chef de service rencontrera la technicienne et lui demandera de modifier sa pratique. Une lettre uniformisée sera envoyée plutôt qu'une note manuscrite ;
 - Le chef de service a rappelé à l'employé l'obligation du port de la carte d'identité et de s'identifier ;
 - la Directrice a repris avec les deux employés concernés, la manière de procéder en vigueur dans l'organisme avec les véhicules stationnés en infraction ;

- Une rencontre avec les deux chefs de service sera réalisée lors de l'intégration de l'intervenante en janvier 2019, afin de faire le point sur la situation ;
- La chef de service nous a confirmé qu'en date du 27 septembre 2018, la situation a été reprise avec l'intervenante, afin de s'assurer que les interventions se réalisent dans le respect de l'application de la LSSSS quant à son obligation de signaler ;
- La famille sera rencontrée afin de faire le point sur les services du CRDITED et de clarifier le diagnostic de l'utilisateur ;
- L'exploitante a aussi convenu avec le CRDITED de faire du coaching sur la fiche de prévention active de son fils auprès de ses employés ;
- Sur une base régulière, le CRDITED offre du coaching ainsi qu'un suivi de l'équipe TGC au personnel de la ressource ;
- La direction, conformément à la politique en vigueur dans l'établissement, poursuit la sensibilisation du personnel aux problématiques pouvant se poser en lien avec l'utilisation des médias sociaux ;
- Concernant la vérification des effets personnels des usagers, un rappel sera effectué au personnel sur la bonne façon de remplir le formulaire des effets personnels des usagers en utilisant les grilles (annexe #2 et #3), soit de façon régulière, au moins une fois par année (activité #1 de la procédure) ;
- En guise de mesure corrective, la chef de service a rappelé l'obligation aux employés de s'identifier ;
- Rappel à l'employée concernée sur sa responsabilité professionnelle et ses obligations relatives au développement de ses connaissances et habiletés dans le domaine des soins de plaie ;
- La chef de service nous confirme qu'elle s'assurera que l'intervenant s'applique à intervenir dans le respect du guide d'éthique lors de ses échanges avec les familles ;
- La chef de service nous explique avoir réalisé une visite avec l'ASI au Pavillon Pierrefonds et elles ont procédé à une réévaluation de l'ensemble des dossiers qui restent ainsi que du dossier de sa sœur ;

● **Information — sensibilisation d'un intervenant :**

- Rappel du numéro à composer en cas d'absence imprévue ;
- Deux commis fautives ont été sensibilisées à lire les commentaires des médecins ;
- Commis à la préadmission informée de l'erreur par la gestionnaire ;
- Rappel formel de vigilance a été fait à l'infirmière concernant l'inscription aux rendez-vous ;
- Aujourd'hui agente administrative ayant donné rendez-vous identifié : rappel formel fait concernant l'importance d'aviser l'utilisateur que nous devons fixer deux rendez-vous ;
- L'intervenante s'est excusée ;
- Transmission du formulaire de réclamation et complétion AH223 ;
- Sensibilisation Chef unité 2e : procédure gestion des réclamations ;
- Rappel d'appeler directement aux cuisines entre 7 h 00 et 10 h 00 pour assistance immédiate ;
- Nécessité de remplir un formulaire AH223 pour chaque dossier d'utilisateur ;
- Rappel de la Procédure sur la tenue de dossier (inscription au fur et à mesure) ;
- Ajout de notes de suivi d'activités manquantes à l'intervenant à l'application des mesures ;
- Rappel à intervenante E-O d'ajouter notes d'activités conformément à la procédure sur la tenue de dossier ;
- La chef de service a été rencontrée par son coordonnateur en lien avec les propos tenus envers l'utilisateur et sa conjointe ;
- Intervenante rencontrée au sujet de propos tenus ;

- L'employée a été rencontrée par la chef de service en lien avec la courtoisie à avoir envers les usagers ;
- Rappel verbal fait au commis ;
- L'infirmier doit porter attention à l'impression qu'il dégage et rédiger des notes suite à ses interventions auprès des usagers ;
- L'intervenante a été rencontrée par sa chef de service afin de faire un retour sur les bonnes pratiques de communication et surtout, afin de s'assurer que lors des interventions, un standard professionnel soit maintenu ;
- L'infirmier a été avisé de modifier sa manière de transmettre l'information en évitant de banaliser les propos ;
- Rencontres avec les deux employées pour les sensibiliser aux propos tenus et à la confidentialité ;
- Le Directeur général de la RPA a rencontré le chef cuisinier en lien avec la courtoisie à avoir en tout temps avec les résidents ;
- L'employée a été rencontrée par la chef de service en lien avec la courtoisie à avoir avec les usagers ;
- Rappel concernant le comportement respectueux et faire appel à l'assistante infirmière-chef lors de situation conflictuelle ;
- Rappel verbal auprès d'un préposé concernant des propos inappropriés ;
- Sensibilisation de l'employé quant à la teneur de ses communications ;
- Infirmier avisé d'utiliser la reformulation pour valider les informations obtenues des usagers ;
- Rappelle au technologue d'expliquer les examens et d'être à l'écoute des patients ;
- Avis écrit au commis sur l'importance de s'identifier correctement et d'améliorer le service à la clientèle ;
- Sensibilisation au chef d'équipe de se présenter lorsqu'elle prend l'appel d'une collègue ;
- Nouveau rappel envers le Chef d'équipe de s'identifier lorsqu'elle relève une collègue ;
- Sensibilisation du chef cuisinier à donner l'information juste ;
- Le chef de service fera un rappel à l'ensemble de son équipe sur l'obligation de l'identification ;
- La PAB s'est engagée à faire attention à son ton de voix et à ne pas chanter ;
- Respect de l'ordonnance de l'anesthésiste quant au délai prescrit ;
- Rappel fait à l'orthésiste concernant l'obligation de retourner les appels des usagers et de laisser un message de suivi en leur absence ;
- Plan de soutien clinique personnalisé pour l'infirmière ;
- Rappel au technologue de s'abstenir de répondre à son téléphone personnel durant les heures de travail ;
- Rappel au technologue concernant ses obligations déontologiques et le lien de confiance avec le patient et la dignité de la profession ;
- Le technologue présente ses excuses à l'usagère ;
- Intervenante rencontrée par chef et retrait de la mention titre réservé ;
- Rappel fait à l'intervenante concernant différents aspects de la directive de retour d'appel à respecter ;
- L'intervenante pivot a été rencontrée par la chef de programme, le 26 février 2019, pour assurer un rappel quant aux responsabilités de cette dernière ;
- Infirmière informée sur l'administration de la co-analgésie ;
- La chef de service a appliqué la mesure corrective, dès que portée à son attention auprès de l'intervenante. Rappel fait en ce qui a trait à la durée des visites supervisées ordonnées ;
- L'infirmière, doit procéder à une auscultation pulmonaire si difficultés respiratoires. Cette information a été conservée au dossier d'employée ;
- Application d'une mesure disciplinaire auprès de l'infirmière et d'un support de la DSI.

- **Amélioration des communications :**

- La chef de service à l'Accueil-DPJ apportera des modifications au système de consignation des appels en soirée ;
- Un suivi sera fait avec gestionnaire responsable du personnel dédié au rendez-vous afin d'ajuster les communications aux usagers lors des rendez-vous fixés ;
- Afin de favoriser la compréhension concernant la situation financière, une rencontre se déroulera d'ici le 28 février 2019 en sa présence, et ce, avec l'intervenante sociale et un représentant des services financiers, afin qu'il reçoive des explications ;
- Le chef s'engage à procéder à un rappel auprès des intervenants ;
- Référé à la coordonnatrice clinique des équipes de suivi en première ligne pour obtenir des explications sur les motifs du refus ;
- La chef de programme a rappelé aux intervenants, le droit des usagers d'être informés sur l'offre de service et ses modalités d'accès en s'assurant de leur sécurité et de celle de l'utilisateur ;
- La chef a procédé à un audit du dossier et a constaté que certaines notes n'avaient pas été consignées au dossier. À sa demande, la situation a été corrigée ;
- Le document d'autorisation des fouilles sera modifié ;
- Le service adaptation/réadaptation programme TSA 7-100 ans s'assure que les usagers et leur représentant soient informés de l'état de leur dossier lorsqu'il y a une rupture de service ;
- Précision de la composition du repas « assiette de brunch » et « brunch hivernal » au menu ;
- Une approche individuelle avec communication écrite aura lieu sous peu afin de renforcer les règlements ;
- Le coordonnateur du centre nous a également précisé qu'une sensibilisation sera réalisée afin d'amener les résidents à dénoncer les situations d'abus de toute sorte dont ils pourraient être victimes ;
- La directrice a rencontré les résidents pour faire une mise au point suite à l'incident ;
- À compter du 6 mai 2019, des rapports interservices obligatoires seront mis en place. Tous les renseignements pertinents au sujet des mesures correctives ou préventives au niveau des accidents/incidents seront acheminés de vive voix au personnel des soins. L'inscription de ceux-ci sera également faite sur les plans de travail, dans les cahiers de notes des préposés aux bénéficiaires et ceux des infirmiers/ères auxiliaires. Un suivi sera fait régulièrement afin de s'assurer de l'efficacité des mesures préventives et de corrections mises en place. Des correctifs pourront être apportés afin de s'ajuster à toutes situations, pour la sécurité des résidents ;
- Le chef de programme s'engage à reprendre cet aspect avec l'intervenant ;
- La chef de service a repris avec son équipe l'importance de tenir en tout temps des propos respectueux et sans jugement à l'égard des usagers du service ;
- Employée rencontrée afin de porter une attention particulière aux heures de rendez-vous ;
- À cet effet en guise de mesure corrective, la chef de service lui a rappelé l'obligation faite aux employés de s'identifier ;
- Revoir avec les équipes les modalités de communication entourant l'aide à domicile afin d'assurer un suivi rapide et de coordonner toutes demandes de soutien de la part d'un usager à l'égard de ses services d'aide à domicile ;
- Mettre en communication cette famille avec l'équipe désignée pour débiter le soutien afin de reprendre le plus rapidement possible les services ;
- L'intervenante pivot s'assurera d'informer le chef de programme, ainsi que les responsables des agences pour leur faire part de votre demande. Nous avons également fait part de la situation au coordonnateur du soutien à domicile. Celui-ci assurera un suivi auprès du chef de programme concerné ;

- Les employés devront consulter la boîte de réception de l'ancienne messagerie lorsqu'une requête est introuvable ;
- L'équipe réfléchira à la manière d'annoncer les rappels ;
- L'exploitante a effectué un rappel à ses employés sur l'utilisation de talkie-walkie afin d'assurer une meilleure communication entre eux ;
- Une période d'orientation a été réalisée auprès de tout le personnel en soins infirmiers, ancien et nouveau, afin d'harmoniser les pratiques de fonctionnement au niveau des soins à la Résidence. Cette orientation a été réalisée par la Coordinatrice en soins infirmiers afin de maintenir un standard d'harmonisation au niveau de la qualité des soins et d'assurer des pratiques adéquates par le personnel en soins infirmiers ;
- Ajout d'information concernant les symptômes atypiques d'infection urinaire ;
- Précision ajoutée sur le plan de la résidente de mettre en position de 90 degrés pour alimentation et hydratation ;
- Un plan d'action est en cours afin de qualifier la communication entre les deux établissements ;

ANNEXE III

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

Délai d'examen	Moyenne	%
Moins de 3 jours	2	0,75
4 à 15 jours	9	4,31
16 à 30 jours	24	9,18
31 à 45 jours	41	49,25
Sous-Total	36	63,49
46 à 60 jours	51	15,17
61 à 90 jours	71	14,61
91 à 180 jours	102	6,74
181 jours et plus	0	0,00
Sous-Total	69	26,52
TOTAL	48	100,00

Le pourcentage est relatif au total de la colonne.

Ce tableau inclut le nombre de dossiers et le délai moyen pour l'exercice du 1^{er} palier.

ANNEXE IV

Formes de maltraitance, exemples d'indices observables et d'outils de repérage.

En fonction de leurs rôles auprès des usagers, les différents professionnels et intervenants sont susceptibles d'avoir accès à des indices particuliers.

Toute situation où l'on observe des indices de maltraitance doit faire l'objet d'une évaluation par un professionnel de l'équipe afin de conclure ou non à une situation de maltraitance. Le supérieur immédiat doit en être avisé sans délai.

Les observations et le processus d'évaluation doivent être documentés au dossier de l'utilisateur selon les normes et procédures ayant cours dans l'établissement.

Exemples d'indices, non exhaustifs, observables chez les personnes selon les types de maltraitance :

Forme de Maltraitance	Indices observables
Maltraitance physique	<ul style="list-style-type: none">• Blessures inexpliquées, manque de correspondance entre les blessures et les explications (réponses évasives ou défensives), ecchymoses ;• Grand nombre d'incidents et d'accidents ;• Peur ;• Tremblement ;• Isolement ;• Réticence à recevoir des soins ;• Difficulté à voir la personne âgée seule ;• Absence ou bris de lunettes et prothèses dentaires ;• Surmédication ou sous-médication ;• Manque d'hygiène ;• Malnutrition, déshydratation, perte de poids inexpliquée ;• Apparence physique négligée (ongles longs, cheveux mal entretenus, etc.), vêtements souillés ou inappropriés pour la saison ;• Maladie physique mal contrôlée ;
Maltraitance sexuelle	<ul style="list-style-type: none">• Verbalisation d'un sentiment de honte ;• Repli sur soi ;• Peur, changement de comportement ;• Angoisse ou agressivité au moment des soins d'hygiène ou du changement de vêtements ;• Infections ou plaies aux organes génitaux ;• Douleurs abdominales ;

	<ul style="list-style-type: none"> • Désinhibition sexuelle ; • Insomnie, anxiété, symptômes dépressifs, agitation, etc.
Maltraitance psychologique	<ul style="list-style-type: none"> • Peur, culpabilité, repli sur soi, faible estime de soi ; • Nervosité apparente en présence de la personne maltraitante ; • Symptômes dépressifs ; • Confusion ou symptômes d'atteintes cognitives non diagnostiquées ; • Hyperactivité ou hypoactivité ; • Manque d'attention et d'interaction sociale ; • Sécurité insuffisante, milieu de vie non adapté à la condition de la personne ; • Apathie, • Culpabilité excessive ; • Troubles du sommeil, troubles de la mémoire, changement de comportement, etc.
Maltraitance matérielle ou financière	<ul style="list-style-type: none"> • Fonds insuffisants pour payer les factures ; • Perte de contrôle sur les finances ; • Disparition de documents liés aux avoirs de la personne ; • Niveau de vie ou services inappropriés malgré des revenus suffisants ; • Disparition d'objets ; • Anxiété lorsqu'on questionne la personne relativement à la gestion de ses avoirs ; • Prêts à des tiers, transactions inhabituelles dans les comptes bancaires, signatures suspectes sur les chèques ou d'autres documents, changement d'institution financière ; • Endettement inexplicé, changement dans les placements (transactions inhabituelles, rachats massifs ou multiplication des transactions) ; • Visite régulière d'un proche à l'occasion de la réception des revenus mensuels ; • Changement soudain de la procuration ou du testament, changement de bénéficiaire dans une police d'assurance-vie, vente de biens ; • Biens personnels ou argent qui ont disparu, etc.
Violation des droits	<ul style="list-style-type: none"> • Insécurité, difficulté à prendre une décision ; • Privation de relation sociale, refus de fréquenter une ressource ; • Nonaccès aux documents légaux ; • Aliénation familiale et sociale, isolement, dénigrement, difficulté pour la personne aînée à rester seule en présence de tiers sans la présence de la personne maltraitante qui tente de contrôler la situation (répond à la place de la personne aînée et ne permet pas de vie privée), contrôle des fréquentations (répond au téléphone à sa place en affirmant que la personne dort, renvoie des amis venus visiter la personne) :

Maltraitance organisationnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction de la personne à un numéro ; • Non-satisfaction des besoins de base ; • Non-respect des droits de la personne (intimité, dignité, vie privée, droit de vote, droit de recevoir des appels ou des visiteurs, choisir ses activités, circuler librement) ; • Prestation de soins ou de services selon des horaires où l'on ne prend pas en compte les besoins des usagers et où l'on ne tente pas d'accommoder en fonction de leurs préférences chaque fois que possible ; • Attente indue pour recevoir un service ; • Détérioration anormale, inexpliquée ou suspecte de l'état de santé (plaies, dépression, anxiété, etc.)
Âgisme	<ul style="list-style-type: none"> • Langage infantilisant envers la personne aînée ; • Non-reconnaissance des savoirs ou des compétences ; • Exclusion sociale ; • Rejet des idées et du point de vue ; • Honte, culpabilité de ne pas être « à la hauteur » ; • Faible estime de soi ; • Insécurité, etc.

Source : Adapté du Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées, p.83-93, Québec, 2016.

ANNEXE V

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

Délai d'examen	Moyenne	%
Moins de 3 jours	1	8,06
4 à 15 jours	10	16,13
16 à 30 jours	23	25,81
31 à 45 jours	38	22,58
Sous-Total	22	72,58
46 à 60 jours	51	16,13
61 à 90 jours	72	8,06
91 à 180 jours	113	3,23
181 jours et plus	0	0,00
Sous-Total	64	27,42
TOTAL	34	100,00

Le pourcentage est relatif au total de la colonne.

Ce tableau inclut le nombre de dossiers et le délai moyen pour l'exercice du 1^{er} palier.

ANNEXE VI

Lexique des données du système d'information sur la gestion des plaintes et l'amélioration de la qualité des services (SIGPAQS)

Catégorie de motifs	
Accessibilité	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de service ou de ressource ; • Délais ; • Difficulté d'accès ; • Refus de service et autre.
Aspect financier	<ul style="list-style-type: none"> • Allocation des ressources matérielles et financières ; • Facturation ; • Frais de déplacement/ transport; • Frais d'hébergement/placement ; • Legs et sollicitation ; • Processus de réclamation et autre.
Droits particuliers	<ul style="list-style-type: none"> • Accès au dossier de l'utilisateur ; • Assistance/accompagnement ; • Choix du professionnel ; • Choix de l'établissement ; • Consentement ; • Droit à l'information ; • Droit à un accommodement raisonnable ; • Droit de communiquer ; • Droit de porter plainte ; • Droit de recours ; • Droit linguistique ; • Participation de l'utilisateur ou de son représentant ; • Représentation ; • Sécurité et autre.
Organisation du milieu et ressources matérielles	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentation ; • Comptabilité des clientèles ; • Conditions d'intervention ou de séjour adaptées ; • Confort et commodité ; • Équipement et matériel ; • Hygiène/salubrité/désinfection ; • Organisation spatiale ; • Règles et procédures du milieu ; • Sécurité et protection et autre.

Relations interpersonnelles	<ul style="list-style-type: none"> • Abus ; • Communication/attitude ; • Discrimination/racisme ; • Fiabilité/disponibilité ; • Respect et autre.
Soins et services dispensés	<ul style="list-style-type: none"> • Compétence technique et professionnelle (capacité de base à faire le travail) ; • Continuité ; • Décision clinique ; • Organisation des soins et services (systémique) ; • Traitement/intervention/services (action faite) et autre.
Maltraitance	<ul style="list-style-type: none"> • Discrimination et âgisme ; • Matérielle ou financière ; • Organisationnelle (soins et services) ; • Physique ; • Psychologique ; • Sexuelle ; • Violation des droits.

ANNEXE VII

Les mesures correctives à portée individuelle ou systémique

Adaptation des soins et services

- Ajustement des activités professionnelles;
- Ajout de services ou de ressources humaines;
- Amélioration des communications;
- Changement d'intervenant;
- Collaboration avec le réseau;
- Élaboration/révision/application;
- Encadrement des intervenants;
- Évaluation des besoins;
- Information et sensibilisation des intervenants;
- Formation du personnel;
- Réduction du délai et autres;
- Relocalisation / transfert d'un usager.

Adaptation du milieu et de l'environnement

- Ajustement technique et matériel;
- Amélioration des conditions de vie;
- Amélioration des mesures de sécurité et protection et autres.

Adoption/révision/application des règles et procédures

- Code d'éthique;
- Politiques et règlements;
- Protocole clinique ou administratif et autres.

Ajustement financier

Conciliation / intercession / médiation / liaison / précision / explication

Communication / promotion

Formation / supervision

Promotion du régime

- Communication avec le comité des usager et autres.

Obtention de services

Respect des droits et autres.

Respect du choix

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Sud-
de-l'Île-de-Montréal**

Québec 