

# RAPPORT ANNUEL 2018-2019

Commissariat aux plaintes et à la  
qualité des services



Centre intégré de santé et de services sociaux  
de la Montérégie-Est

Québec 

Déposé au comité de vigilance le 27 mai 2019

Déposé au conseil d'administration du CISSS de la Montérégie-Est le 12 juin 2019

La version électronique de ce document peut être consultée sur le site Web du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est : <https://www.santemonteregie.qc.ca/>

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

Tous droits réservés. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, ou la diffusion de ce document, même partielle, sont interdites sans l'autorisation préalable du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est.

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

Rédaction par Sylvianne Doré, commissaire aux plaintes et à la qualité des services et mise en page par Marjorie Gervais, attachée de direction.

Données découlant du rapport SIGPAQS

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

## Table des matières

|                                                                                                          |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Liste des figures.....                                                                                   | 5  |
| Liste des tableaux.....                                                                                  | 5  |
| INTRODUCTION .....                                                                                       | 6  |
| MOT DE LA COMMISSAIRE ET DU COMMISSAIRE ADJOINT .....                                                    | 7  |
| LE RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES .....                                                                    | 8  |
| MANDAT DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES.....                                  | 9  |
| Intervenants désignés pour le traitement des plaintes .....                                              | 9  |
| Plaintes médicales .....                                                                                 | 10 |
| Comité de révision .....                                                                                 | 10 |
| FAITS SAILLANTS 2018-2019.....                                                                           | 12 |
| 1. Les plaintes du commissariat aux plaintes et à la qualité des services .....                          | 14 |
| 1.1 Dossiers de plainte reçus .....                                                                      | 14 |
| 1.1.1 Plaintes conclues selon le niveau de traitement et motifs .....                                    | 14 |
| 1.1.2 Nombre de plaintes reçues selon la mission/classe/type de l'instance visée .....                   | 15 |
| 1.2 Motifs des plaintes traitées .....                                                                   | 15 |
| 1.2.1 Motifs des plaintes par mission.....                                                               | 16 |
| 1.3 Mesures correctives .....                                                                            | 18 |
| 1.3.1 Répartition des mesures correctives .....                                                          | 19 |
| 1.3.2 Recommandations .....                                                                              | 19 |
| 1.3.3 Thématiques et mesures mises en place .....                                                        | 22 |
| 1.4 Délai pour le traitement des plaintes .....                                                          | 33 |
| 1.5 Dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires .....                                         | 33 |
| 1.6 Plaintes et motifs de plaintes ayant fait l'objet d'un recours au Protecteur du citoyen .....        | 34 |
| 2. Interventions effectuées .....                                                                        | 36 |
| 2.1 Portrait des interventions effectuées par la commissaire .....                                       | 36 |
| 2.1.1 Nombre d'interventions effectuées .....                                                            | 36 |
| 2.1.2 Répartition des interventions par mission.....                                                     | 36 |
| 2.2 Motifs ayant mené à l'intervention du commissaire .....                                              | 36 |
| 3. Assistances.....                                                                                      | 37 |
| 4. Consultations .....                                                                                   | 38 |
| 5. Signalements à la commissaire de maltraitance envers les personnes en situation de vulnérabilité..... | 39 |
| 6. Autres fonctions de la commissaire et du commissaire adjoint.....                                     | 41 |
| 7. Satisfaction des usagers .....                                                                        | 42 |
| MOT DES MÉDECINS EXAMINATEURS.....                                                                       | 45 |

|                                                                                               |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Plaintes à caractère médical .....                                                         | 46 |
| 1.1 Dossiers de plaintes médicales reçues .....                                               | 46 |
| 1.1.1 Plaintes reçues, rejetées sur examen sommaire, examinées, refusées ou abandonnées ..... | 46 |
| 1.1.2 Nombre de plaintes reçues selon la mission de l'instance visée.....                     | 47 |
| 1.2 Motifs des plaintes à caractère médical traitées .....                                    | 47 |
| 1.3 Motifs de plaintes à caractère médical ayant donné lieu à des mesures correctives.....    | 48 |
| 1.4 Délai pour le traitement des plaintes traitées par les médecins examinateurs .....        | 48 |
| 1.5 Plaintes à caractère médical transmises au CMDP.....                                      | 49 |
| MOT DE LA PRÉSIDENTE DU COMITÉ DE RÉVISION.....                                               | 51 |
| 1. Composition du comité de révision .....                                                    | 52 |
| 1.1 Membres du comité de révision.....                                                        | 52 |
| 1.2 Nombre de rencontres du comité de révision .....                                          | 52 |
| 2. Dossiers étudiés par le comité de révision.....                                            | 52 |
| 2.1 Motifs des demandes de révision .....                                                     | 53 |
| 2.2 Conclusions et recommandations du comité de révision .....                                | 53 |
| 2.3 Délai de traitement des demandes de révision.....                                         | 54 |
| Annexe I - CHEMINEMENT D'UNE PLAINTÉ OU D'UNE INSATISFACTION.....                             | 55 |
| Annexe II – Organigramme du commissariat aux plaintes et à la qualité des services .....      | 56 |
| Annexe III - PORTRAIT GLOBAL DU CISSS DE LA MONTÉRÉGIE-EST .....                              | 57 |
| Annexe IV – LEXIQUE .....                                                                     | 58 |
| DÉFINITION DES MOTIFS DE PLAINTÉ .....                                                        | 58 |
| DÉFINITION DES TYPES DE DOSSIERS.....                                                         | 59 |

## Liste des figures

|                                                                                                              |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figure 1. Dossiers ouverts selon le type pour l'exercice 2018-2019.....                                      | 12 |
| Figure 2. Répartition des plaintes reçues par mission .....                                                  | 13 |
| Figure 3. Comparatif annuel de la répartition des plaintes reçues selon la mission de l'instance visée ..... | 15 |
| Figure 4. Sommaire des motifs de plainte pour l'établissement.....                                           | 16 |
| Figure 5. Répartition des motifs de plainte pour la mission des soins généraux et spécialisés ...            | 16 |
| Figure 6. Répartition des motifs de plainte pour la mission CLSC.....                                        | 17 |
| Figure 7. Répartition des motifs de plainte pour la mission jeunesse .....                                   | 17 |
| Figure 8. Répartition des motifs de plainte pour la mission CHSLD .....                                      | 18 |
| Figure 9. Motifs des demandes d'assistance .....                                                             | 38 |
| Figure 10. Motifs des consultations .....                                                                    | 38 |
| Figure 11. Répartition des plaintes médicales reçues selon la mission de l'instance visée .....              | 47 |
| Figure 12. Répartition des plaintes médicales traitées selon le motif de la plainte.....                     | 47 |
| Figure 13. Répartition des demandes de révision selon le motif .....                                         | 53 |

## Liste des tableaux

|                                                                                                      |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tableau 1. Comparatif des dossiers de plaintes selon l'étape de l'examen .....                       | 14 |
| Tableau 2. Comparatif annuel du niveau de traitement des plaintes reçues .....                       | 14 |
| Tableau 3. Comparatif annuel du nombre de motifs des plaintes reçues .....                           | 15 |
| Tableau 4. Motifs de plainte ayant donné lieu à des mesures correctives.....                         | 18 |
| Tableau 5. Mesures correctives selon l'instigateur de la mesure .....                                | 19 |
| Tableau 6. Répartition des recommandations selon la mission.....                                     | 19 |
| Tableau 7. Répartition des recommandations selon le motif de plainte.....                            | 20 |
| Tableau 8. Délai d'examen des plaintes .....                                                         | 33 |
| Tableau 9. Répartition des plaintes traitées au 2 <sup>e</sup> palier selon le motif de plainte..... | 34 |
| Tableau 10. Liste des recommandations formulées par le Protecteur du citoyen .....                   | 35 |
| Tableau 11. Comparatif annuel des interventions effectuées .....                                     | 36 |
| Tableau 12. Répartition des interventions effectuées selon la mission .....                          | 36 |
| Tableau 13. Répartition des interventions effectuées selon le motif.....                             | 36 |
| Tableau 14. Types d'assistances réalisées.....                                                       | 37 |
| Tableau 15. Détail des dossiers d'assistance selon l'action effectuée .....                          | 37 |
| Tableau 16. Répartition des dossiers en maltraitance selon la nature du dossier.....                 | 39 |
| Tableau 17. Plaintes et signalements reçus pour maltraitance selon la mission.....                   | 39 |
| Tableau 18. Motifs des signalements de maltraitance .....                                            | 40 |
| Tableau 19. Sommaire des niveaux de traitement des motifs .....                                      | 40 |
| Tableau 20. Détail des activités liées aux autres fonctions de la commissaire .....                  | 42 |
| Tableau 21. Comparatif des dossiers de plaintes selon l'étape de l'examen .....                      | 46 |
| Tableau 22. Comparatif annuel du niveau de traitement des plaintes reçues (motifs) .....             | 46 |
| Tableau 23. Motifs de plaintes médicales ayant donné lieu à des mesures correctives .....            | 48 |
| Tableau 24. Délai d'examen des plaintes par les médecins examinateurs .....                          | 49 |
| Tableau 25. Comparatif des dossiers de plaintes selon l'étape de l'examen .....                      | 52 |
| Tableau 26. Niveau de traitement et recommandations du comité de révision .....                      | 53 |
| Tableau 27. Délai d'examen des plaintes par le comité de révision .....                              | 54 |

## INTRODUCTION

Le rapport annuel sur l'application du régime d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services pour l'exercice 2018-2019 se veut une reddition de comptes conformément aux dispositions applicables de la Loi sur les services de santé et services sociaux.

Il présente trois chapitres; le premier chapitre constitue le rapport de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services, il brosse un tableau des plaintes, des interventions, des demandes d'assistance et des consultations reçues et de celles ayant été traitées. Le deuxième chapitre quant à lui présente le rapport des médecins examinateurs, vous y noterez le détail des plaintes visant un médecin, un dentiste, un pharmacien ou un résident traitées durant la même période. Finalement, le troisième chapitre est constitué du rapport annuel du comité de révision, les dossiers de plaintes médicales acheminés pour examen à la deuxième instance.

Afin de faciliter sa compréhension, nous avons inclus un aperçu du cheminement des différents dossiers traités, le processus de traitement d'une plainte ainsi que le mandat de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services (CPQS).

Rappelons, en terminant, que ce rapport a été préparé à partir des données fournies par le logiciel SIGPAQS (système d'information sur la gestion des plaintes et l'amélioration de la qualité des services) qui assure l'uniformisation de la présentation des données statistiques des différents établissements du réseau de la santé.

## MOT DE LA COMMISSAIRE ET DU COMMISSAIRE ADJOINT



C'est avec plaisir que nous vous présentons le rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services pour l'exercice financier 2018-2019. Ce rapport fait état des activités réalisées au cours de la dernière année par l'équipe du Commissariat aux plaintes et à la qualité des services du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est. Vous trouverez dans ce document le détail des demandes faites et le bilan des activités du commissariat, du médecin examinateur et du comité de révision.



Avec l'arrivée de la loi 113, *Loi modifiant le Code civil et d'autres dispositions législatives en matière d'adoption et de communication de renseignements*, nous avons reçu un grand nombre d'appels de partout au Québec, que nous avons traité en assistance. Les demandes étaient principalement en lien avec les délais d'assignation des dossiers.

Ainsi, la population et les usagers du CISSS de la Montérégie-Est, en formulant leur insatisfaction auprès du commissariat aux plaintes et à la qualité des services, ont contribué à l'amélioration de la qualité des soins et des services en favorisant l'application de 424 mesures correctives permettant de prévenir la récurrence d'écart entre la qualité attendue et la qualité des services rendus.

Grâce à son engagement, l'équipe du commissariat a réussi à améliorer le délai moyen de traitement des plaintes à 29 jours. Ainsi, 88 % des plaintes sont donc traitées dans un délai inférieur à 45 jours, tel que prescrit par la loi. Nous examinons toutes les situations portées à notre attention avec rigueur, neutralité et indépendance.

Cette performance accrue du commissariat est aussi en grande partie le fruit d'une belle collaboration avec le personnel, les gestionnaires et les membres de la direction. Régulièrement interpellés par l'équipe du commissariat aux plaintes et à la qualité des services, ils nous permettent de procéder à l'examen des insatisfactions de façon complète et dans les délais prescrits par la loi. Nous saluons le travail des comités des usagers et des résidents en hébergement avec qui nous travaillons à la promotion des droits des usagers et qui nous réfèrent des usagers à l'occasion.

Enfin, nous souhaitons remercier les membres du Conseil d'administration et plus particulièrement les membres du comité de vigilance et de la qualité, et la direction générale, de la confiance témoignée et pour leur soutien continu dans l'accomplissement de notre mandat.

En terminant, nous ne pourrions passer sous silence la collaboration indéfectible de l'ensemble des membres de l'équipe du commissariat aux plaintes et à la qualité des services du CISSS de la Montérégie-Est pour la rigueur de leur travail et leur engagement.

Nous vous invitons à prendre connaissance du portrait 2018-2019 qui se veut le reflet du regard critique que portent les usagers sur les services rendus par le centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est.

Sylvianne Doré  
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Maurice Carrier  
Commissaire adjoint aux plaintes et à la qualité des services

## LE RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES

La Loi sur les services de santé et les services sociaux consacre les chapitres III à VII de la partie I au régime d'examen des plaintes. Il est précisé qui peut porter plainte et dans quel contexte, les obligations liées à l'examen des plaintes, au dossier de plainte et aux rapports.

Ce régime permet à l'utilisateur ou à son représentant insatisfait des services qu'il a reçu ou aurait dû recevoir de s'adresser directement aux commissaires aux plaintes et à la qualité des services. De plus, il offre un deuxième recours à l'utilisateur non satisfait des conclusions obtenues au premier palier ou s'il n'a pas reçu de conclusions dans les délais prévus à la loi (45 jours).

Pour connaître le détail du cheminement d'une plainte ou d'une insatisfaction, nous vous invitons à consulter le diagramme présenté à l'annexe I.

## MANDAT DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

En vertu des responsabilités qui lui sont dévolues par la Loi, la commissaire aux plaintes et à la qualité des services (CPQS) est responsable envers le conseil d'administration du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leur plainte. Dans ce cadre, elle doit assister tout usager qui désire porter plainte. Elle accueille toutes les plaintes des usagers concernant les services de santé et les services sociaux que les usagers ont reçus, reçoivent, requièrent ou auraient dû recevoir. Lorsqu'une plainte concerne les services effectués par un médecin, un dentiste ou un pharmacien, la commissaire reçoit la plainte écrite ou verbale et la transfère au médecin examinateur pour que celui-ci la traite. Elle accueille également les demandes de révision des personnes insatisfaites des conclusions du médecin examinateur et les transmet au comité de révision pour examen.

Elle se doit d'intervenir également de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'il y a des motifs raisonnables de croire que les droits d'un usager ou d'un groupe d'usagers ne sont pas respectés.

À chacune des demandes formulées par les usagers, elle tente de bien cerner l'insatisfaction et l'attente de l'utilisateur. Dans la plupart des cas, elle consulte le dossier de l'utilisateur et elle communique avec la personne responsable du service concerné. Lorsque nécessaire, elle rencontre le personnel visé par la plainte et elle fait des recherches documentaires ou elle consulte d'autres personnes afin d'être en mesure d'apprécier la qualité des services. Elle formule ensuite une conclusion verbale ou écrite qu'elle achemine à l'utilisateur. Dans des cas particuliers, des recommandations sont faites en vue d'améliorer la qualité des services et dans d'autres, les gestionnaires ont déjà répondu à la demande de l'utilisateur ou se sont engagés à faire des changements appropriés. Les recommandations et mesures correctives sont déposées au comité de vigilance et de la qualité et par la suite, au conseil d'administration, et ce, conformément à son mandat.

La commissaire doit également diffuser de l'information sur les droits et les obligations des usagers, sur le code d'éthique et assurer la promotion du régime d'examen des plaintes.

## INTERVENANTS DESIGNÉS POUR LE TRAITEMENT DES PLAINTES

Un organigramme détaillé du commissariat aux plaintes et à la qualité des services se trouve à l'annexe II.

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services  
Commissaire adjoint aux plaintes et la qualité des services  
Attachée de direction  
Conseillère aux plaintes et à la qualité des services  
Conseillère aux plaintes et à la qualité des services  
Conseillère aux plaintes et à la qualité des services  
Conseillère aux plaintes et à la qualité des services  
Technicienne administrative  
Agente administrative

Sylvianne Doré  
Maurice Carrier  
Marjorie Gervais  
Diane Millette  
Claire Harrison  
Sandra Day  
Caroline Beaulac  
Justine Laporte-Cossette  
Kim Laventure

## PLAINTES MEDICALES

Médecin examinateur

Docteur Marcel M. Boucher

## COMITE DE REVISION

Présidente  
Médecin  
Médecin

Dominique Derome  
Docteure Patricia Caron  
Docteure Sandra Delisle

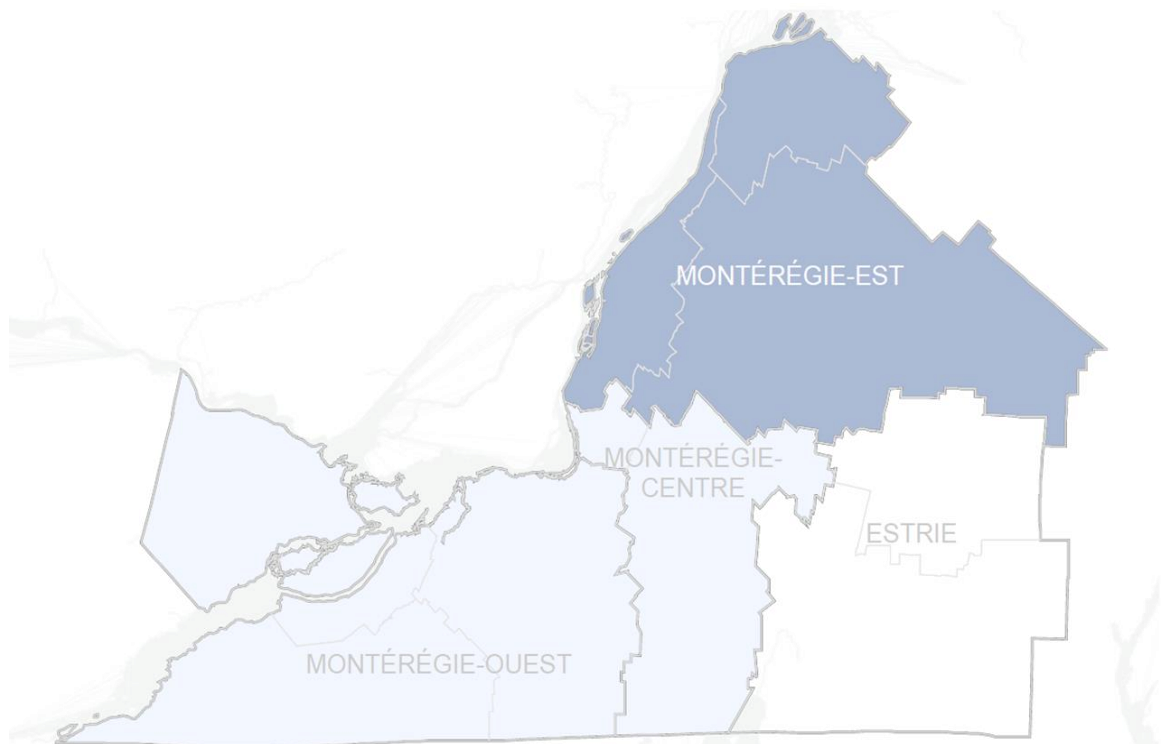
Nos bureaux sont situés au 1215 Chemin du Tremblay, bureau 220, local 2270. La commissaire se déplace dans les centres d'hébergement et dans les autres installations sur demande ou lorsque nécessaire.

Le commissariat compte également un bureau satellite à l'hôpital Honoré-Mercier, au 2750, boulevard Laframboise à Saint-Hyacinthe, ainsi qu'un bureau satellite à l'hôpital Hôtel-Dieu de Sorel, au 400, avenue de l'Hôtel-Dieu, à Sorel-Tracy.

## CHAPITRE 1

### RAPPORT DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

2018-2019



## FAITS SAILLANTS 2018-2019

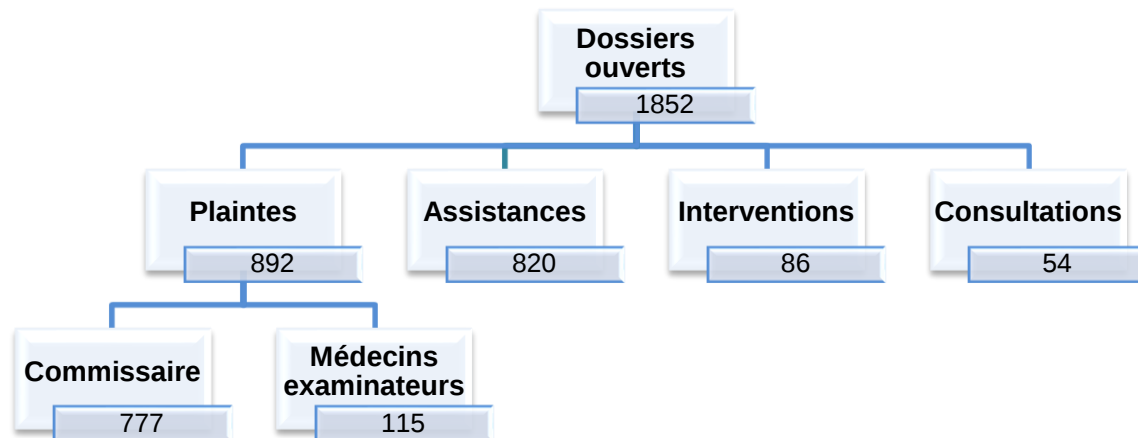


Figure 1. Dossiers ouverts selon le type pour l'exercice 2018-2019

Cette année, au bureau de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services, nous avons procédé à l'ouverture de 1852 dossiers de plaintes, d'assistance, d'interventions et de consultation ce qui représente une diminution de 5,4 % comparativement à l'an dernier.

Pour l'ensemble du CISSS de la Montérégie-Est<sup>1</sup>, le motif se trouvant au premier rang touche les soins et services dispensés, soit 28,14 % de l'ensemble des motifs de plaintes traités.

Les 760 plaintes<sup>2</sup> traitées et conclues pour le CISSS de la Montérégie-Est comportaient 921 motifs de plainte, qui ont fait l'objet de 424 mesures, soit 285 mesures appliquées par l'établissement et 139 recommandations formulées par la commissaire. Parmi ces mesures, 50,7 % avaient une portée individuelle, et 49,3 % une portée systémique.

Le bureau de la commissaire a accueilli en 2018-2019, 820 demandes d'assistance.

---

<sup>1</sup> Pour connaître le portrait de la région ainsi que des installations du CISSS de la Montérégie-Est, nous vous invitons à consulter l'annexe III.

<sup>2</sup> Dans cette section, le terme *plainte* réfère uniquement aux plaintes traitées par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Il exclut donc les plaintes médicales.

## Les plaintes reçues

Le volume des plaintes reçues au CISSS de la Montérégie-Est totalise 777 plaintes dont la répartition est la suivante :

- 54,4 % pour la mission CHSGS (hospitalière), soit 423 plaintes;
- 20,6 % pour la mission CLSC, soit 160 plaintes;
- 16,3 % pour la mission jeunesse, soit 127 plaintes;
- 6,3 % pour la mission hébergement, soit 49 plaintes;
- 2,2 % pour la mission ressources intermédiaires, soit 17 plaintes;
- 0,1 % pour autre mission, soit 1 plainte.

Plaintes reçues par mission

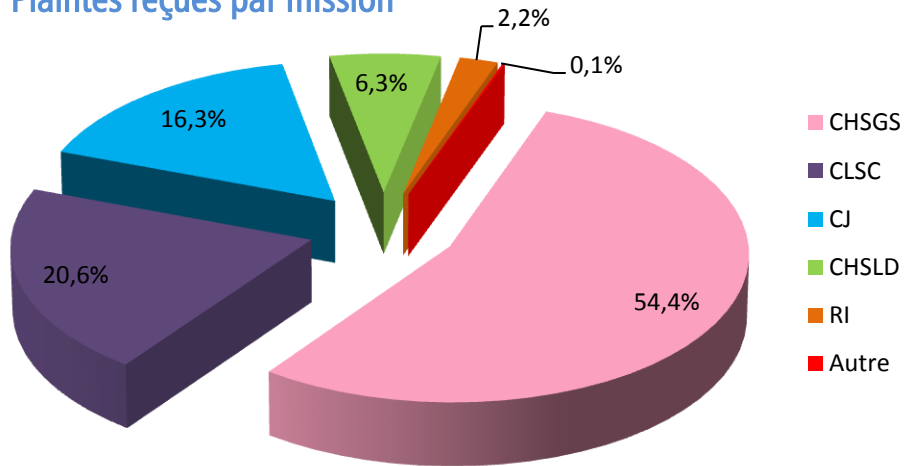


Figure 2. Répartition des plaintes reçues par mission

## 1. Les plaintes du commissariat aux plaintes et à la qualité des services

| EXERCICE           | En cours d'examen au début de l'exercice |           | Reçus durant l'exercice |           | Conclus durant l'exercice |           | En cours d'examen à la fin de l'exercice |           | Transmis au 2e palier |           |
|--------------------|------------------------------------------|-----------|-------------------------|-----------|---------------------------|-----------|------------------------------------------|-----------|-----------------------|-----------|
|                    | Nombre                                   | Δ%        | Nombre                  | Δ%        | Nombre                    | Δ%        | Nombre                                   | Δ%        | Nombre                | Δ%        |
| <b>2018 - 2019</b> | <b>71</b>                                | <b>25</b> | <b>777</b>              | <b>-3</b> | <b>760</b>                | <b>-3</b> | <b>88</b>                                | <b>24</b> | <b>50</b>             | <b>72</b> |
| 2017 - 2018        | 57                                       | -14       | 799                     | 20        | 785                       | 17        | 71                                       | 25        | 29                    | -17       |
| 2016 - 2017        | 66                                       | -8        | 664                     | 11        | 673                       | 11        | 57                                       | -14       | 35                    | 46        |

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

Une légère diminution (-3 %) du nombre de dossiers de plaintes reçus durant l'exercice peut être constatée soit 22 dossiers de moins comparativement à l'année précédente.

### 1.1 Dossiers de plainte reçus

#### 1.1.1 PLAINTES CONCLUES SELON LE NIVEAU DE TRAITEMENT ET MOTIFS

| NIVEAU DE TRAITEMENT | Traitement non complété                                                 | Traitement complété |             |            | TOTAL      |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------|------------|------------|
|                      | Rejeté sur examen sommaire<br>Abandonné par l'usager<br>Cessé<br>Refusé | Avec mesure         | Sans mesure | Sous-total |            |
| <b>2018 - 2019</b>   | <b>67</b>                                                               | <b>390</b>          | <b>531</b>  | <b>921</b> | <b>988</b> |
| 2017 - 2018          | 54                                                                      | 539                 | 522         | 1061       | 1115       |
| 2016 - 2017          | 63                                                                      | 402                 | 421         | 823        | 886        |

Tableau 2. Comparatif annuel du niveau de traitement des plaintes reçues

Il existe plusieurs raisons pour lesquelles le traitement d'un dossier de plainte peut ne pas être complété. Par exemple, un plaignant peut se désister, entre autres si le problème se règle de lui-même en cours d'examen. Le traitement de la plainte peut être cessé en cas d'absence de consentement de l'usager (lorsque la plainte est formulée par un tiers) ou d'absence de collaboration de celui-ci. La commissaire aux plaintes et à la qualité des services peut également rejeter une plainte sur examen sommaire lorsqu'elle juge que celle-ci est frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi. Cette année, l'étude de 67 dossiers n'a ainsi pas été complétée.

Une fois le traitement de la plainte complété, plusieurs motifs peuvent être identifiés pour un même dossier. Le traitement de chacun de ces motifs peut se terminer sans mesure, avec l'application d'une ou plusieurs mesures par l'instance visée par la plainte, ou par la formulation d'une ou plusieurs recommandations de la commissaire ou du commissaire adjoint.

## 1.1.2 NOMBRE DE PLAINTES REÇUES SELON LA MISSION/CLASSE/TYPE DE L'INSTANCE VISÉE

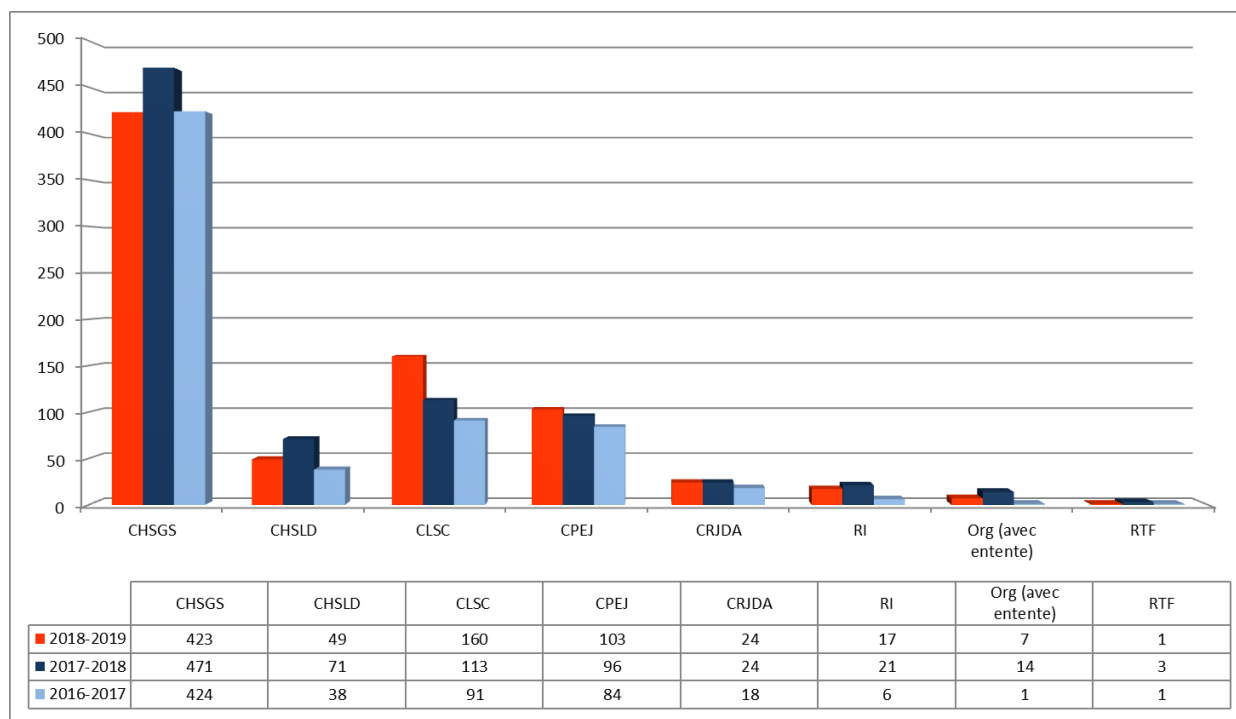


Figure 3. Comparatif annuel de la répartition des plaintes reçues selon la mission de l'instance visée

La diminution du nombre de plaintes reçues provient principalement de la mission hospitalière (▼ 10 %) et CHSLD (▼ 31 %), et ce, malgré une augmentation du nombre de plaintes concernant les CLSC (▲ 42 %) et les services de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) (▲ 7 %).

## 1.2 Motifs des plaintes traitées

C'est une fois qu'un dossier de plainte a été conclu ou fermé que l'ensemble des motifs ayant mené à la plainte est connu. C'est donc à partir des dossiers de plainte conclus ou fermés qu'il est possible d'élaborer un portrait statistique significatif. Ainsi, les données présentées dans les pages qui suivent sont tirées du nombre de dossiers conclus.

| MOTIFS                                           | 2018-2019<br>(Variation) | 2017-2018   | 2016-2017  |
|--------------------------------------------------|--------------------------|-------------|------------|
| Accessibilité                                    | 136 ▲                    | 123         | 120        |
| Aspect financier                                 | 149 -                    | 150         | 113        |
| Droits particuliers                              | 71 ▼                     | 77          | 68         |
| Maltraitance (Loi)                               | 2 ▲                      | 0           | 0          |
| Organisation du milieu et ressources matérielles | 159 ▼                    | 189         | 122        |
| Relations interpersonnelles                      | 142 ▼                    | 203         | 194        |
| Soins et services dispensés                      | 262 ▼                    | 321         | 208        |
| Autre                                            | 0 ▼                      | 3           | 0          |
| <b>TOTAL</b>                                     | <b>921 ▼</b>             | <b>1066</b> | <b>825</b> |

Tableau 3. Comparatif annuel du nombre de motifs des plaintes reçues

## CISSS de la Montérégie-Est

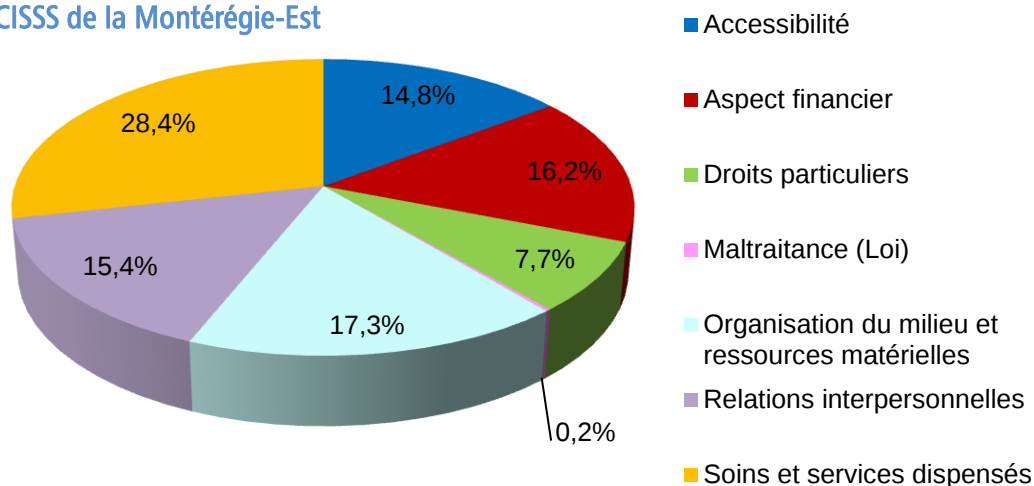


Figure 4. Sommaire des motifs de plainte pour l'établissement

Pour l'ensemble des missions, le motif des soins et services dispensés est prédominant (28,4 %). 63,6 % des motifs sont ensuite répartis relativement également entre 4 motifs, soit l'accessibilité (14,8 %), l'aspect financier (16,2 %), l'organisation du milieu et les ressources matérielles (17,3 %) ainsi que les relations interpersonnelles (15,4 %).

### 1.2.1 MOTIFS DES PLAINTES PAR MISSION

#### Mission soins généraux et spécialisés

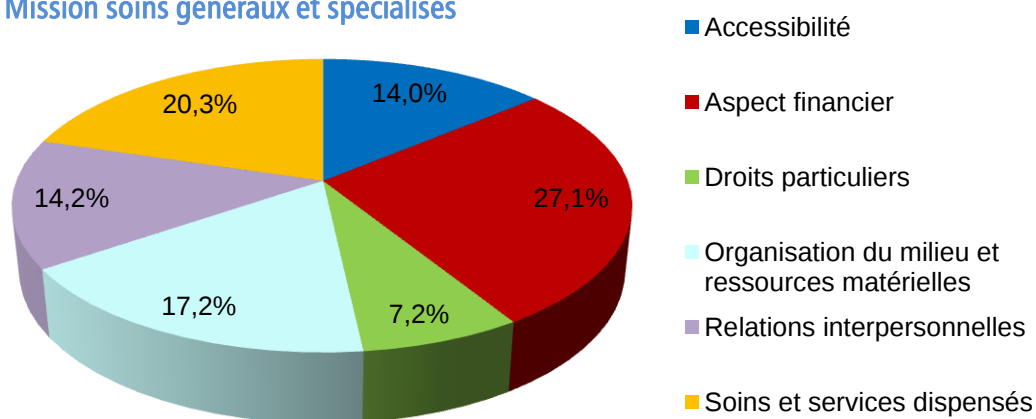


Figure 5. Répartition des motifs de plainte pour la mission des soins généraux et spécialisés

La mission des soins hospitaliers (CHSGS) a reçu 27,1 % de plaintes concernant l'aspect financier. Il s'agit principalement de plaintes concernant la facturation de frais de chambre ainsi que de facturation de transport ambulancier. Les soins et services dispensés ainsi que l'organisation du milieu et les ressources matérielles ont reçu une proportion quasi égale de plaintes, soit respectivement 20,3 % et 17,2 %.

### Mission CLSC

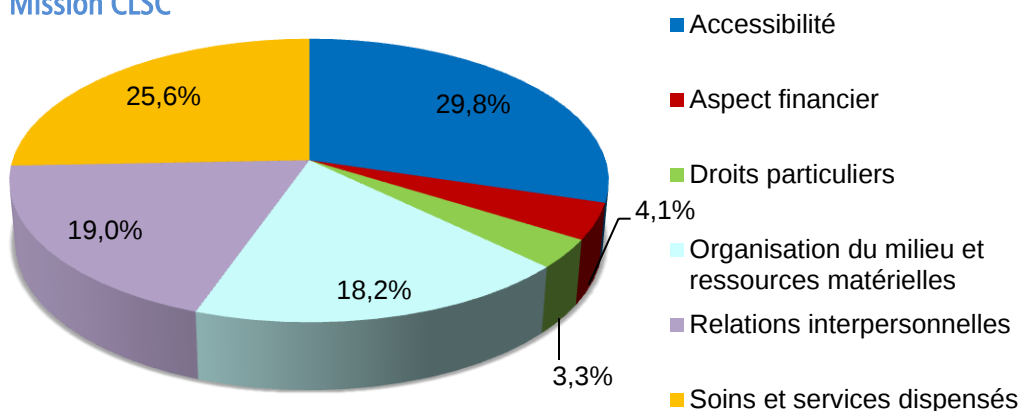


Figure 6. Répartition des motifs de plainte pour la mission CLSC

En CLSC, les plaintes ont touché majoritairement l'accessibilité (29,8 %), plus précisément les délais (listes d'attente) ou le refus de service.

### Mission jeunesse

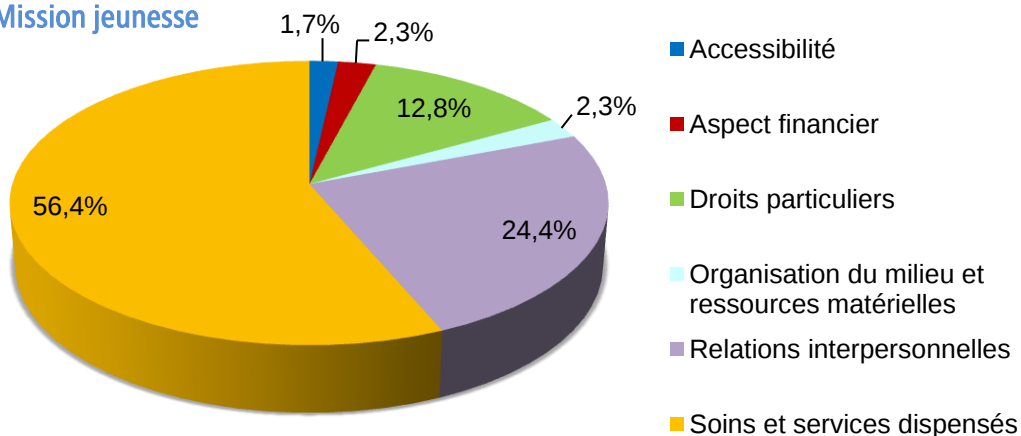


Figure 7. Répartition des motifs de plainte pour la mission jeunesse

Pour la mission jeunesse (CPEJ et CRJDA), 56,4 % des plaintes concernaient les soins et services dispensés, principalement une décision clinique (58 %). Les motifs concernant les relations interpersonnelles visaient plus précisément la communication et l'attitude, et ce, dans une proportion de 81 % de ceux-ci.

### Mission CHSLD

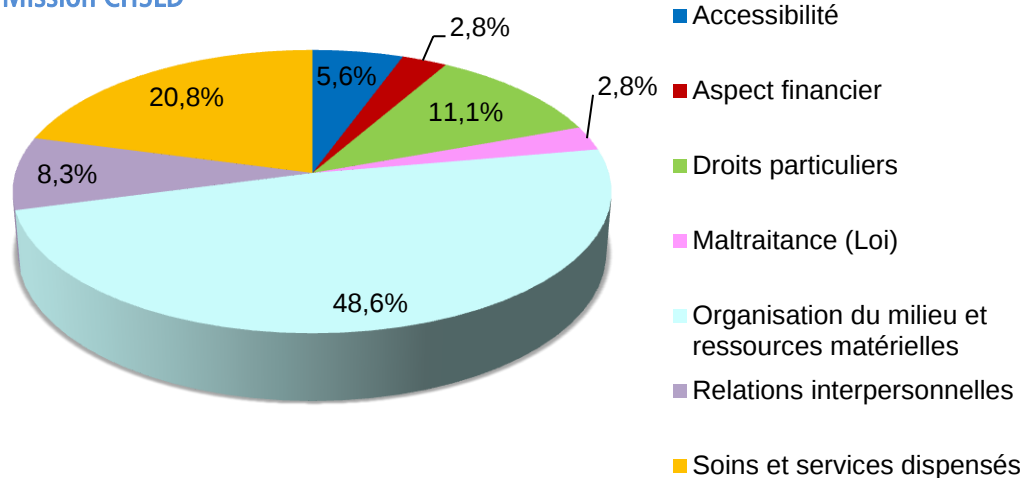


Figure 8. Répartition des motifs de plainte pour la mission CHSLD

En centre d'hébergement, les plaintes concernaient principalement l'organisation du milieu et les ressources matérielles, plus précisément sur la sécurité et la protection des usagers et des biens (25,7 %).

## 1.3 MESURES CORRECTIVES

| MOTIFS                                           | À portée individuelle |               | À portée systémique |               | Total      |              |
|--------------------------------------------------|-----------------------|---------------|---------------------|---------------|------------|--------------|
|                                                  | Nombre                | %             | Nombre              | %             | Nombre     | %            |
| Accessibilité                                    | 11                    | 2,6 %         | 19                  | 4,5 %         | 30         | 7,1 %        |
| Aspect financier                                 | 62                    | 14,6 %        | 9                   | 2,1 %         | 71         | 16,7 %       |
| Droits particuliers                              | 17                    | 4,0 %         | 30                  | 7,1 %         | 47         | 11,1 %       |
| Maltraitance (Loi)                               | 1                     | 0,2 %         | 0                   | 0,0 %         | 1          | 0,2 %        |
| Organisation du milieu et ressources matérielles | 26                    | 6,1 %         | 58                  | 13,7 %        | 84         | 19,8 %       |
| Relations interpersonnelles                      | 59                    | 13,9 %        | 22                  | 5,2 %         | 81         | 19,1 %       |
| Soins et services dispensés                      | 39                    | 9,2 %         | 71                  | 16,7 %        | 110        | 25,9 %       |
| Autres                                           | 0                     | 0,0 %         | 0                   | 0,0 %         | 0          | 0,0 %        |
| <b>TOTAL</b>                                     | <b>215</b>            | <b>50,7 %</b> | <b>209</b>          | <b>49,3 %</b> | <b>424</b> | <b>100 %</b> |

Tableau 4. Motifs de plainte ayant donné lieu à des mesures correctives

Les 921 motifs de plaintes (tableau 3) ont donné lieu à 424 mesures correctives. Elles ont touché majoritairement les soins et services dispensés, l'organisation du milieu et ressources matérielles, ainsi que les relations interpersonnelles.

### 1.3.1 REPARTITION DES MESURES CORRECTIVES

| MESURES CORRECTIVES                                          | 2018-2019  | 2017-2018  |
|--------------------------------------------------------------|------------|------------|
| Application de mesure(s) par l'instance visée par la plainte | 285        | 398        |
| Recommandations de la commissaire aux plaintes               | 139        | 197        |
| <b>TOTAL</b>                                                 | <b>424</b> | <b>595</b> |

Tableau 5. Mesures correctives selon l'instigateur de la mesure

Nous distinguons deux catégories de mesures correctives. Il y a, d'une part, l'application des mesures correctives par l'instance visée par la plainte, qui résulte des interventions réalisées par les gestionnaires. Fréquemment, les gestionnaires interviennent immédiatement lorsqu'ils sont informés des motifs d'une plainte. Ces mesures consistent majoritairement à intervenir en rencontre individuelle, en réunion de service ou par une note de service auprès d'un employé ou de l'équipe de travail afin d'apporter des changements ou rappeler des procédures ou des responsabilités. Il arrive que le gestionnaire ait déjà pris action avant même de recevoir la plainte. Il peut également prendre action sur la réception de celle-ci, ou s'engager à appliquer une mesure corrective.

D'autre part, suite à l'analyse d'une plainte, la commissaire peut formuler des recommandations visant l'amélioration des soins et des services. Conformément au Règlement sur la procédure d'examen des plaintes et en vertu du mandat confié au comité de vigilance et de la qualité, la commissaire aux plaintes et à la qualité des services présente de façon périodique à ce comité l'ensemble des recommandations découlant de l'application de la procédure d'examen des plaintes.

Un suivi rigoureux de l'application de ces mesures d'amélioration est exercé auprès de chacune des instances et des directions concernées. Le dossier de plainte ou d'intervention est fermé lorsque les mesures ont été réalisées. Une telle façon de faire s'inscrit dans un objectif d'amélioration continue de la qualité des soins et des services rendus à l'usager et à ses proches.

### 1.3.2 RECOMMANDATIONS

Parmi les 424 mesures correctives mises en place durant l'exercice 2018-2019, 139 émanent de recommandations formulées par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

| MISSION      | Nombre de recommandations | %            |
|--------------|---------------------------|--------------|
| CHSGS        | 90                        | 64,7 %       |
| CHSLD        | 14                        | 10,1 %       |
| CLSC         | 9                         | 6,5 %        |
| CJ           | 20                        | 14,4 %       |
| Autres       | 6                         | 4,3 %        |
| <b>TOTAL</b> | <b>139</b>                | <b>100 %</b> |

Tableau 6. Répartition des recommandations selon la mission.

| MOTIFS                                           | Nombre de recommandations | %            |
|--------------------------------------------------|---------------------------|--------------|
| Accessibilité                                    | 1                         | 0,7 %        |
| Aspect financier                                 | 57                        | 41,0 %       |
| Droits particuliers                              | 14                        | 10,1 %       |
| Maltraitance (Loi)                               | 0                         | 0,0 %        |
| Organisation du milieu et ressources matérielles | 24                        | 17,3 %       |
| Relations interpersonnelles                      | 6                         | 4,3 %        |
| Soins et services dispensés                      | 37                        | 26,6 %       |
| Autres                                           | 0                         | 0,0 %        |
| <b>TOTAL</b>                                     | <b>139</b>                | <b>100 %</b> |

Tableau 7. Répartition des recommandations selon le motif de plainte

À titre informatif, voici le libellé de quelques recommandations formulées par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

### Mission hospitalière

- Qu'une attention particulière soit apportée quant à l'entretien des stationnements pour handicapés afin qu'il y ait un dégagement plus large de l'allée menant à la porte d'entrée facilitant ainsi le déplacement des fauteuils roulants.
- Que les agentes administratives de la comptabilité soient informées que la facturation doit débuter uniquement à la suite de la signature du Formulaire de choix de chambre. Toute autre pratique ne respecte pas la notion de consentement éclairé.
- Procéder à des audits pour vérifier comment le processus de gestion de la médication est appliqué par les infirmières sur l'unité de gériatrie.
- Que la chef de service effectue un rappel auprès de son personnel quant à leur responsabilité de remplir la déclaration des accidents et incidents associés à une prestation de soins et de services (AH-223).
- Que l'établissement revoie les mécanismes utilisés quant au transfert d'information lors du départ de l'utilisateur afin d'assurer un congé sécuritaire, et ce, plus particulièrement, pour les usagers ayant eu une urétéroscopie.
- Qu'un rappel soit fait au personnel infirmier du triage que lors de réorientation de la clientèle en P4 et P5, d'appliquer la procédure en place selon les groupes de personnes visées et selon les conditions d'application.
- Que l'épisode de soins du 14 juillet 2018 contenu dans le dossier médical de l'utilisateur soit analysé par le comité d'évaluation du triage afin, le cas échéant, d'apporter des améliorations qualitatives dans le processus de triage et l'évaluation de la priorisation de la clientèle présentant des douleurs abdominales aiguës.
- Que l'établissement présente un plan d'action au comité de vigilance et de la qualité démontrant les efforts poursuivis afin de stabiliser le personnel de l'unité de soins 4D de l'Hôtel-Dieu de Sorel.

### Mission CLSC

- Que l'établissement trouve une solution qui pourra assurer la sécurité de la clientèle qui présente des troubles cognitifs et qui fréquente les centres de jour.
- Qu'une procédure illustrant les informations à donner aux usagers (usagers non résidents canadiens, les nouveaux résidents canadiens et résidents canadiens sans leur carte d'assurance-maladie ou avec une carte expirée) quant aux frais reliés aux soins et services rendus soit élaborée et mise en place et que les informations soient documentées afin de respecter la notion de consentement éclairé.
- Que l'établissement élabore une procédure qui détermine comment procéder au nettoyage des lieux lorsque survient un imprévu au cours de la journée qui nécessite une intervention rapide qui ne peut attendre la fermeture du service.

### Mission hébergement

- Accepter la présence d'un proche qui accompagne l'utilisateur lors d'un transfert du milieu hospitalier vers le centre d'hébergement.
- Que les solariums deviennent des chambres de fin de vie et ne servent pas à l'entreposage de meubles.
- Procéder aux réévaluations des résidents en fonction de leurs besoins et de l'évolution de leur autonomie afin de s'assurer qu'ils sont toujours à l'unité qui leur convient le mieux.
- Que l'établissement effectue une revue rétrospective de l'accueil de l'utilisateur afin de mieux comprendre les écarts avec la pratique attendue telle que stipulée dans le Programme d'accueil des résidents en centres d'hébergement du réseau territorial de services Pierre-Boucher. Une attention particulière devra porter sur les admissions d'urgence la fin de semaine.
- Que la gestionnaire planifie la rencontre d'accueil de façon structurée afin d'accorder l'attention nécessaire aux familles. En cas d'indisponibilité pour effectuer cette rencontre, il lui appartient de déléguer ou de reporter la rencontre pour en assurer la qualité.

### Mission jeunesse

- Dans le cadre d'une réunion d'équipe, que la chef de service aborde avec les intervenants l'importance de s'assurer d'avoir l'ensemble de l'information requise, afin de prendre une décision éclairée sur la situation de compromission.
- Dans le cadre d'un comité de gestion, que la directrice adjointe aborde avec les chefs de service l'importance de faire une révision anticipée, avant de retirer du plan d'intervention un motif de protection.
- Que la DPJ mette en place des mécanismes d'encadrement, de supervision et d'évaluation des experts sous contrat avec eux.
- Dans le cadre d'une réunion d'équipe, que le chef de service aborde avec les intervenants l'importance d'informer les parents et leur famille, de leur droit à l'accompagnement lors des rencontres avec la direction de la protection de la jeunesse.

### 1.3.3 THEMATIQUES ET MESURES MISES EN PLACE

| MOTIFS<br>NBRE DE<br>RECOMMANDATIONS<br>NOMBRE DE MESURES   | DETAIL DU MOTIF DE PLAINTES                                                             | ÉCHANTILLONNAGE<br>RECOMMANDATIONS REALISEES/MESURES MISES EN PLACE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Accessibilité</b><br>1 recommandation<br>29 mesures      | Difficulté d'accès\À un processus de transfert                                          | <b>Recommandation d'ordre systémique – Communication / promotion :</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>Faire un rappel au personnel des mécanismes d'accès de toujours transmettre l'information aux professionnels des milieux hospitaliers lors d'éclosion d'influenza en centre d'hébergement avant le transfert d'un usager. Réalisé en utilisant un formulaire de mouvement des usagers/résidents du CISSS de la Montérégie Est.</li> </ul>                                                                                                                                                                       |
|                                                             | Délais\Rendez-vous\Temps d'attente pour obtenir le rendez-vous                          | <b>Application de mesure par l'instance concernée – Conciliation / intercession / médiation / liaison / précision / explication :</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>Un suivi sera fait auprès de l'usager afin de lui donner un RV avec son nouveau chirurgien</li> <li>La chef de service a revu le dossier et retrouvé la prescription de M. : un RV lui sera donné rapidement.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                             | Délais\Report\De chirurgie                                                              | <b>Application de mesure par l'instance concernée – Communication / promotion :</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>Sensibiliser le personnel à l'importance de bien prendre en note les conditions cliniques pouvant influencer la préparation préopératoire. Lors de la rencontre de décembre du comité du bloc opératoire, le sujet concernant des indications chirurgicales a été abordé.</li> </ul> <b>Application de mesure par l'instance concernée - Obtention de services :</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>Une nouvelle date opératoire a été déterminée et acceptée par l'usagère.</li> </ul> |
|                                                             | Délais\Soins/services/programmes\Temps d'attente pour obtenir un résultat ou un rapport | <b>Application de mesure par l'instance visée - Ajout de services ou de ressources humaines :</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>Ajout d'une archiviste en prêt de service de Pierre-Boucher.</li> <li>Aide d'une firme externe/Recherche en lien avec le « bog » informatique.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                             | Refus de services\Rendez-vous                                                           | <b>Application de mesure par l'instance concernée - Protocole clinique ou administratif :</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>Mise en place d'une procédure pour les demandes de consultation en dermatologie, en hématologie et en plastie.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Aspect financier</b><br>57 recommandations<br>14 mesures | Frais de déplacement\Transport\Frais de stationnement                                   | <b>Recommandation mesure corrective - Ajustement financier :</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>Remboursement au montant de 6 \$ soit effectué à la plaignante en lien avec le mal fonctionnement de l'interface entre l'horodateur et la valideuse - stationnement de l'hôpital Pierre-Boucher.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

| MOTIFS<br>NBRE DE<br>RECOMMANDATIONS<br>NOMBRE DE MESURES      | DETAIL DU MOTIF DE PLAINTÉ                                                                                 | ÉCHANTILLONNAGE<br>RECOMMANDATIONS REALISEES/MESURES MISES EN PLACE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                | Facturation à des non-résidents du Québec                                                                  | <b>Recommandation d'ordre systémique - Protocole clinique ou administratif :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Qu'une procédure illustrant les informations à donner aux usagers (usagers non-résidents canadiens, les nouveaux résidents canadiens et résidents canadiens sans leur carte d'assurance-maladie ou avec une carte expirée) quant aux frais reliés aux soins et services rendus soit élaborée et mise en place et que les informations soient documentées afin de respecter la notion de consentement éclairé.</li> </ul> <b>Recommandation d'ordre systémique – Communication / promotion :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Rencontre d'information auprès des gestionnaires et par la suite rencontre des intervenants afin des informer des règles à suivre entourant la facturation.</li> </ul>                        |
|                                                                | Frais de déplacement/transport\Frais transport ambulancier                                                 | <b>Recommandation mesure corrective - Ajustement financier :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Que la facturation des frais d'ambulance soit renversée. <i>Réalisé.</i></li> </ul> <b>Par l'instance concernée – Communication / promotion :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Rappeler aux usagers que le transport ambulancier n'est pas toujours gratuit, même pour les personnes âgées de 65 ans et plus en expliquant qu'il doit y avoir une nécessité démontrée.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                | Frais d'hébergement placement<br>Contribution placement<br>hébergement\Facturation inadéquate              | <b>Recommandation d'ordre systémique - Communication/promotion :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Que les agentes administratives de la comptabilité soient informées que la facturation doit débuter uniquement à la suite de la signature du Formulaire de choix de chambre. Toute autre pratique ne respecte pas la notion de consentement éclairé. Courriel à cet effet envoyé à toutes les agentes administratives.</li> </ul> <b>Recommandation mesure corrective – Conciliation / intercession / médiation / liaison / précision / explication :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Afin d'éviter que ce type de situation se reproduise, une note a été ajoutée au dossier de l'usagère afin d'informer le personnel de l'accueil et de la comptabilité que l'usagère n'a plus d'assurance personnelle. <i>Réalisé.</i></li> </ul> |
| <b>Droits particuliers</b><br>14 recommandations<br>33 mesures | Droit à l'information\Sur la compréhension du sens d'une intervention au sens de la LPJ\Processus clinique | <b>Recommandation d'ordre systémique – Communication / promotion :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lors d'une proposition sur mesures volontaires, animer auprès des équipes évaluation-orientation, l'importance d'informer les parents de leur droit d'avoir recourt à un délai de 10 jours avant d'accepter ou de refuser l'entente proposée (art.52 de la LPJ). <i>Réalisé.</i></li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

| MOTIFS<br>NBRE DE<br>RECOMMANDATIONS<br>NOMBRE DE MESURES | DETAIL DU MOTIF DE PLAINTES                                                                                      | ÉCHANTILLONNAGE<br>RECOMMANDATIONS REALISEES/MESURES MISES EN PLACE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                           | Assistance/accompagnement                                                                                        | <b>Recommandation d'ordre systémique - Politiques et règlements :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accepter la présence d'un proche qui accompagne l'utilisateur lors d'un transfert du milieu hospitalier vers le centre d'hébergement.</li> </ul> <b>Recommandation d'ordre systémique – Communication / promotion :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans le cadre d'une réunion d'équipe, que le gestionnaire aborde avec les intervenants l'importance d'informer les parents et leur famille, de leur droit à l'accompagnement lors des rencontres avec la direction de la protection de la jeunesse.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                           | Accès au dossier de l'utilisateur et dossier de plainte\Confidentialité                                          | <b>Recommandation mesure corrective - Protocole clinique ou administratif :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que la directrice rappelle aux chefs de service l'importance de tenir compte du lieu de résidence de l'intervenante lors d'une assignation, afin d'éviter toute proximité avec le milieu (école, parc, etc.). <i>Réalisé.</i></li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                           | Sécurité\Du processus de prestation sécuritaire des soins et des services (incident ou accident)\Non-déclaration | <b>Recommandation mesure corrective - Amélioration des mesures de sécurité et protection :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que la chef de service du centre mère-enfant s'assure de compléter un rapport de déclaration obligatoire (AH-223) quant au vol de votre sac à main. Une copie de ce rapport sera versée à votre dossier.</li> </ul> <b>Application de mesure par l'instance concernée – Information / sensibilisation d'un intervenant :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La chef de service a rencontré l'infirmière afin de la sensibiliser à l'importance de bien documenter les allergies/intolérances.</li> <li>• Un rapport de déclaration (AH-223) sera complété afin de présenter la version des faits selon la collecte des données du chef de programme (complémentaire au AH-223 effectué le 30 juin 2018).</li> </ul> |
|                                                           | Accès au dossier de l'utilisateur et dossier de plainte\Obtention d'une attestation, d'un formulaire complété    | <b>Engagement de l'instance - Réduction du délai :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre une 2e archiviste à 3 jours par semaine</li> <li>• Mesurer le temps d'attente et essayer de le réduire à 1 mois.</li> <li>• Une réorganisation du secteur et adaptation de la capacité de travail de l'équipe.</li> <li>• Nous avons des surcroûts d'archivistes pour permettre de reprendre le retard - délai de 3 mois maintenant.</li> <li>• Arrivée d'un nouvel archiviste le 4 mars.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

| MOTIFS<br>NBRE DE<br>RECOMMANDATIONS<br>NOMBRE DE MESURES                                   | DETAIL DU MOTIF DE PLAINTES                                                                           | ÉCHANTILLONNAGE<br>RECOMMANDATIONS REALISEES/MESURES MISES EN PLACE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Organisation du milieu et ressources matérielles</b><br>24 recommandations<br>60 mesures | Confort et commodité\Confort de la chambre                                                            | <b>Recommandation d'ordre systémique - Protocole clinique ou administratif :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>En collaboration avec le gestionnaire des services techniques, que la gestionnaire de l'unité établisse une procédure écrite qui indique clairement à son personnel comment lui signifier tout problème en lien avec les installations matérielles.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                             | Hygiène/salubrité/désinfection\Lieux                                                                  | <b>Recommandation d'ordre systémique - Protocole clinique ou administratif :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Que l'établissement élabore une procédure qui détermine comment procéder au nettoyage des lieux lorsque survient un imprévu au cours de la journée qui nécessite une intervention rapide qui ne peut attendre la fermeture du service.</li> <li>Que les gestionnaires travaillent en concert afin de préciser le type de situations pouvant être rencontrées et déterminer le rôle de chacun au sujet de l'hygiène et salubrité des lieux au premier étage du CLSC de Varennes.</li> </ul> <b>Recommandation mesure corrective - Ajustement technique et matériel :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Que les autocollants à mouches soient changés à l'urgence : à l'entrée et dans le garage.</li> </ul> |
|                                                                                             | Équipement et matériel\Bris mécanique/autre                                                           | <b>Recommandation mesure corrective - Ajustement technique et matériel :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Qu'une information claire soit affichée à la borne de paiement afin d'informer la clientèle de la procédure à suivre lors d'un bris de fonctionnement tel que référer à l'agent de sécurité et/ou à la réceptionniste.</li> <li>Que le personnel ait des billets de courtoisie qui pourront être remis aux usagers lors de bris du système.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                             | Alimentation\Personnalisation de l'alimentation\Respect des choix (aversion, préférences et quantité) | <b>Application de mesure par l'instance concernée - Conciliation/intercession/médiation/liaison/précision/explication :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>L'assistante en diététique a rencontré l'usagère afin de faire ses choix de menus d'hiver avec elle.</li> </ul> <b>Application de mesure par l'instance visée - Communication/promotion :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le gestionnaire a fait un rappel au personnel du service alimentaire afin qu'il redouble de vigilance pour éviter les erreurs/oublis dans les cabarets.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                             | Alimentation\Organisation du service alimentaire\Assistance à l'utilisateur                           | <b>Engagement de l'instance - Ajustement des activités professionnelles :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Revoir l'organisation des repas pour optimiser la présence des préposés afin de mieux répondre aux besoins des résidents.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

| MOTIFS<br>NBRE DE<br>RECOMMANDATIONS<br>NOMBRE DE MESURES             | DETAIL DU MOTIF DE PLAINTE                                                   | ÉCHANTILLONNAGE<br>RECOMMANDATIONS REALISEES/MESURES MISES EN PLACE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                       |                                                                              | <b>Engagement de l'instance - Information et sensibilisation des intervenants :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Préparer une capsule de formation à l'intention du personnel soignant sur l'hydratation de la personne âgée. Diffuser la capsule sur les 3 quarts de travail.</li> </ul> Redonner les capsules de formation sur la mobilisation des résidents afin de faire un rappel des principes de base.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                                       | Sécurité et protection\Systeme d'appel à l'aide/cloche d'appel               | <b>Recommandation d'ordre systémique - Amélioration des mesures de sécurité et protection :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que l'établissement planifie les audits sur les délais d'attente de réponse aux cloches d'appel en collaboration avec la conseillère cadre en soins infirmiers afin qu'ils puissent être faits en tenant compte des critères suivants : usagers qui requièrent la présence de deux intervenants, usagers ayant des chambres éloignées ainsi que de statuer sur le fait que les intervenants entendent ou non la sonnerie des cloches d'appel.</li> </ul> <b>Application de mesure par l'instance concernée - Protocole clinique ou administratif :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des audits de temps de réponse de cloches seront faits en soirée pour évaluer les délais, tant pour les cloches d'appel que pour les tapis sonores. Suite à ces audits, un état de situation sera fait et les actions requises seront mises en place.</li> </ul> <b>Engagement de l'instance - Organisation de séances d'information :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un rappel a été fait dans le journal interne de l'urgence soulignant au personnel l'importance de répondre rapidement aux cloches d'appel et un suivi sera fait par les ASI.</li> </ul> |
| <b>Relations interpersonnelles</b><br>6 recommandations<br>75 mesures | Abus\Abus par un intervenant, par un professionnel, ou un médecin\D'autorité | <b>Recommandation mesure corrective – Information / sensibilisation d'un intervenant :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que le code d'éthique de l'établissement soit revu par l'infirmier.</li> </ul> <b>Engagement de l'instance – Information / sensibilisation d'un intervenant :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rencontre avec l'employé - sensibilisation sur son attitude.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                       | Communication/attitude\Manque de clarté                                      | <b>Recommandation d'ordre systémique – Communication / promotion :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qu'une note de service soit rédigée, diffusée au personnel et insérée à la pochette d'accueil quant à la chaîne de communication. Cette chaîne de communication devra également mentionner qui est responsable des difficultés liées à l'entretien des vêtements. Réalisé.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                       | Communication/attitude\Commentaires discriminatoires                         | <b>Engagement de l'instance - Encadrement des intervenants :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La gestionnaire s'engage à faire un rappel à tous les employés sur les balises du service à la clientèle et sur la procédure en place pour les usagers qui demandent un ajustement de médication.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

| MOTIFS<br>NBRE DE<br>RECOMMANDATIONS<br>NOMBRE DE MESURES | DETAIL DU MOTIF DE PLAINTES                      | ÉCHANTILLONNAGE<br>RECOMMANDATIONS REALISEES/MESURES MISES EN PLACE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                           | Communication/attitude\Commentaires inappropriés | <p><b>Application de mesure par l'instance visée - Encadrement de l'intervenant :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rencontre avec l'employée et lien avec les relations de travail.</li> </ul> <p><b>Engagement de l'instance - Information et sensibilisation des intervenants :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La chef de service utilisera la vignette clinique de l'expérience vécue par la proche aidante comme outil de sensibilisation du personnel.</li> <li>• La chef de service a rencontré l'agente administrative et l'a sensibilisé au service à la clientèle.</li> <li>• La chef de service s'est engagée à rencontrer les intervenants afin de les sensibiliser au choix des mots auprès de la famille dans une situation de deuil.</li> <li>• La chef de service s'est engagée à rencontrer le technologue et à le sensibiliser par une approche réflexive.</li> <li>• Choix des mots pour explications quant à l'ETG et durée d'attente.</li> <li>• La chef de service va rencontrer l'intervenante afin de la sensibiliser à la situation et perception de l'utilisateur.</li> <li>• La chef de service a rencontré la PAB afin de la sensibiliser aux besoins des proches aidants et sur les valeurs du code d'éthique.</li> </ul> <p><b>Engagement de l'instance :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En processus de mesures disciplinaires.</li> <li>• L'infirmier a été rencontré à propos de son attitude avec les usagers difficiles. Formation sera présentée à l'infirmier pour l'aider à mieux gérer ces situations.</li> <li>• Un questionnaire d'appréciation des services reçus est en ébauche. Cet outil permettra de faire un bilan annuel avec les intervenants du centre de crise sur le niveau de satisfaction des clients. Ainsi, les zones d'améliorations pourront être ciblées.</li> </ul> |
|                                                           | Communication/attitude\Manque d'écoute           | <p><b>Application de mesure par l'instance visée – Conciliation / intercession / médiation / liaison / précision / explication :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le chef appuie auprès de la réviseuse la pertinence de vérifier avec madame si elle souhaite une deuxième opportunité de s'exprimer, et ce, si les faits recueillis par la personne autorisée en confirme la pertinence. Un rappel auprès de la réviseuse sur l'importance d'établir un cadre de rencontre prévisible pour les situations tendues afin de servir de référence pour le client qui est émotif, ou réfractaire.</li> </ul> <p><b>Engagement de l'instance :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rencontrer la téléphoniste visée pour revoir avec elle les principes de courtoisie et le service à la clientèle.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

| MOTIFS<br>NBRE DE<br>RECOMMANDATIONS<br>NOMBRE DE MESURES               | DETAIL DU MOTIF DE PLAINTES                                                                                                     | ÉCHANTILLONNAGE<br>RECOMMANDATIONS REALISEES/MESURES MISES EN PLACE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                         |                                                                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Revoir le protocole administratif lorsque les usagers veulent laisser des messages à leur médecin.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                         | Communication/attitude\Manque d'empathie                                                                                        | <p><b>Engagement de l'instance - Information et sensibilisation des intervenants :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Afin de corriger la situation, le gestionnaire a fait un rappel à l'infirmière du triage de l'importance à accorder sur la réassurance de la clientèle, l'empathie à démontrer envers cette dernière. Ainsi, être polis, courtois, respectueux, empathiques et incarner les valeurs de l'organisation dans le quotidien représentent la base des attentes signifiées par le gestionnaire.</li> </ul> <p><b>Application de mesure par l'instance visée – Information / sensibilisation d'un intervenant :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Rencontre avec l'employée : sensibilisation sur son attitude, sensibilisation du personnel sur la civilité et l'approche à la clientèle.</li> </ul> |
|                                                                         | Communication/attitude\Refus de s'identifier                                                                                    | <p><b>Application de mesure par l'instance visée - Information et sensibilisation des intervenants :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Rappel fait que le personnel doit toujours s'identifier auprès de la clientèle et leur proche.</li> <li>Faire un rappel en réunion d'équipe sur l'importance de s'identifier auprès des usagers/remettre sa carte d'affaire ou présentation de l'autorisation de la DPJ.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                         | Respect\Manque à l'égard de la personne\Manque de politesse                                                                     | <p><b>Application de mesure par l'instance visée - Information et sensibilisation des intervenants :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Un rappel au personnel de demeurer polie et courtois en tout temps. De faire le lien avec la gestionnaire si une situation délicate survient.</li> <li>La chef de service a rencontré l'agente administrative afin de la sensibiliser à la perception de l'utilisateur.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Soins et services dispensés</b><br>63 recommandations<br>156 mesures | Soins et services dispensés\Compétence technique et professionnelle (capacité de base à faire le travail)\Présence de formation | <p><b>Recommandation mesure corrective - Protocole clinique ou administratif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>D'ajouter un encadré permettant d'inscrire l'information sur la particularité des autopsies de nouveau-nés qui se font exclusivement à l'hôpital Sainte-Justine.</li> </ul> <p><b>Engagement de l'instance – Formation / supervision</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Formation concernant la compréhension de l'aptitude vs inaptitude ainsi que consentement à l'hébergement.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

| MOTIFS<br>NBRE DE<br>RECOMMANDATIONS<br>NOMBRE DE MESURES | DETAIL DU MOTIF DE PLAINTE                                                                                                                           | ÉCHANTILLONNAGE<br>RECOMMANDATIONS REALISEES/MESURES MISES EN PLACE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                           | Soins et services dispensés\Compétence technique et professionnelle (capacité de base à faire le travail)\Habilités techniques et professionnelles   | <b>Engagement de l'instance - Encadrement de l'intervenant :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Encadrement et suivi disciplinaire en cours pour l'agente administrative qui est identifiée « employée défi ».</li> <li>• La gestionnaire a procédé à la revue des techniques de pansements et d'injection.</li> <li>• La gestionnaire s'assure que les infirmières et infirmiers participent aux mises à jour du triage.</li> <li>• La chef de programme a demandé un accompagnement plus étroit des infirmières en orientation.</li> <li>• Le conducteur visé a été rencontré et congédié suite à la rencontre.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                                           | Soins et services dispensés\Compétence technique et professionnelle (capacité de base à faire le travail)\Respect du Code des professions concernées | <b>Recommandation d'ordre systémique - Protocole clinique ou administratif :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que les organisateurs communautaires consignent au dossier de l'organisme partenaire des notes sur les interventions réalisées, qu'elles soient individuelles ou de groupe, qui sont susceptibles d'avoir une influence sur les objectifs d'interventions déterminés dans l'entente de service.</li> </ul> <b>Engagement de l'instance - Politiques et règlements :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rappel aux chefs de service qu'ils engagent leurs responsabilités professionnelles lorsqu'ils signent les rapports dédiés à la Cour. Ils demeurent responsables et imputables de l'exactitude des informations contenues dans les rapports des professionnels qu'ils signent. Ils doivent donc redoubler de vigilance lorsqu'ils encadrent un intervenant à défi afin de s'assurer que les rapports font un juste état des réalités des usagers concernés. Ils doivent également valider auprès des intervenants que toutes les personnes significatives pour les enfants aient été impliquées dans le processus, afin de prendre une décision éclairée sur la compromission.</li> </ul> |
|                                                           | Soins et services dispensés\Continuité\Absence de suivi                                                                                              | <b>Recommandation d'ordre systémique - Protocole clinique ou administratif :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que l'établissement revoie les mécanismes utilisés quant au transfert d'information lors du départ de l'utilisateur afin d'assurer un congé sécuritaire, et ce, plus particulièrement, pour les usagers ayant eu une urétéroscopie.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                           | Soins et services dispensés\Continuité\Coordination entre les services\Interne                                                                       | <b>Recommandation d'ordre systémique – Élaboration / révision / application :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que les employés de l'accueil vérifient que l'adresse d'une personne ressource est au dossier des usagers décédés à l'hôpital pour que la correspondance qui suivra soit acheminée au bon endroit.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

| MOTIFS<br>NBRE DE<br>RECOMMANDATIONS<br>NOMBRE DE MESURES | DETAIL DU MOTIF DE PLAINTE                                                                                                                             | ÉCHANTILLONNAGE<br>RECOMMANDATIONS REALISEES/MESURES MISES EN PLACE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                           |                                                                                                                                                        | <b>Engagement de l'instance - Protocole clinique ou administratif :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un rappel sera fait en rencontre d'équipe sur l'importance de documenter les cotes OMEGA au dossier de l'usager, et ce, à chaque quart de travail.</li> <li>• Revoir la procédure d'identification des médicaments externes afin d'abrégier le délai de traitement.</li> <li>• Rappel aux agentes administratives de faxer les requêtes d'ophtalmologie à la centrale de RV et non à la clinique externe.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                           | Soins et services dispensés\Décision clinique\Décisions et interventions liées à un processus judiciaire\Respect de l'ordonnance                       | <b>Recommandation mesure corrective - Respect des droits :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que le centre jeunesse du CISSSME soumette au commissariat le plan d'action qu'il mettra en place afin de s'assurer que l'ordonnance émise soit respectée.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                           | Soins et services dispensés\Décision clinique\Décisions et interventions liées à un processus judiciaire\Révision d'une mesure\Selon la Cour du Québec | <b>Recommandation mesure corrective – Information / sensibilisation d'un intervenant :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans le cadre d'une supervision, que le gestionnaire reprenne avec la réviseure le processus de révision, notamment s'assurer de faire le point avec les parents sur chaque motif de compromission établi de l'entente sur les mesures volontaires et le plan d'intervention appliqué, lors d'une décision de fermeture.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                           | Soins et services dispensés\Décision clinique\Évaluation et jugement professionnels                                                                    | <b>Recommandation d'ordre systémique - Protocole clinique ou administratif</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que la DPJ mette en place des mécanismes d'encadrement de supervision et d'évaluation des experts sous contrat avec eux afin qu'ils respectent la politique relative au dossier de l'usager.</li> </ul> <b>Recommandation d'ordre systémique - Information et sensibilisation des intervenants :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qu'un rappel soit fait au personnel infirmier du triage que lors de réorientation de la clientèle en P4 et P5, d'appliquer la procédure en place selon les groupes de personnes visées et selon les conditions d'application.</li> <li>• De rappeler qu'en aucun temps, les jeunes ou les adultes présentant des problèmes d'idéation suicidaire ou tentative de suicide ne doivent être dirigé en externe avant d'être évalué par l'urgentologue ou par un professionnel en santé mentale jeunesse ou adulte.</li> </ul> <b>Application de mesure par l'instance concernée – Information / sensibilisation d'un intervenant :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La chef de service a rencontré l'infirmière afin de revoir ses interventions au triage.</li> <li>• Un rappel sera fait au personnel infirmier quant aux besoins des familles lorsqu'un usager présente des comportements physiques ou psychologiques perturbateurs reliés à des troubles cognitifs.</li> </ul> |

| MOTIFS<br>NBRE DE<br>RECOMMANDATIONS<br>NOMBRE DE MESURES | DETAIL DU MOTIF DE PLAINTES                                                                                                            | ÉCHANTILLONNAGE<br>RECOMMANDATIONS REALISEES/MESURES MISES EN PLACE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                           | Soins et services dispensés\Traitement/intervention/ services (action faite)\Approche thérapeutique                                    | <b>Recommandation d'ordre systémique - Communication/promotion :</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Que l'offre de service du Service des soins spirituels soit partagée avec le personnel des soins intensifs afin que les intervenants identifient les usagers et les familles qui pourraient en bénéficier.</li> </ul>                                                                  |
|                                                           | Soins et services dispensés\Traitement/intervention/ services (action faite)\Soins d'assistance A.V.Q., A.V.D. et civique              | <b>Recommandation mesure corrective – Élaboration / révision / application :</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaborer un plan d'intervention incluant une routine mictionnelle pour l'usagère.</li> </ul>                                                                                                                                                                               |
|                                                           | Soins et services dispensés\Organisation des soins et services (systémique)\Propre à l'installation                                    | <b>Application de mesure par l'instance visée - Protocole clinique ou administratif :</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• La gestionnaire a convenu que, pour les examens urgents (une semaine ou moins), la requête serait numérisée dès que le rendez-vous est donné.</li> <li>• Note de service aux agents administratifs - s'assurer de la bonne identification du spécimen.</li> </ul> |
|                                                           | Soins et services dispensés\Traitement/intervention/ services (action faite)\Coordination des acteurs                                  | <b>Application de mesure par l'instance visée - Amélioration des mesures de sécurité et protection :</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place d'un registre de livraison.</li> </ul>                                                                                                                                                                                               |
|                                                           | Soins et services dispensés\Traitement/intervention/ services (action faite)\Médication                                                | <b>Engagement de l'instance - Évaluation ou réévaluation des besoins :</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• PTI adapté et infirmière responsable rencontrée.</li> <li>• Les ajouts quant aux intolérances seront ajoutées au dossier de l'usager - fiche SIURGE.</li> </ul>                                                                                                                  |
|                                                           | Soins et services dispensés\Traitement/intervention/ services (action faite)\Plan de services ou plan d'intervention\Application/suivi | <b>Application de mesure par l'instance concernée – Élaboration / révision / application :</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Une déclaration de manifestation clinique indésirable sera complétée et transmise à la responsable de la santé publique.</li> </ul>                                                                                                                          |
|                                                           | Soins et services dispensés\Traitement/intervention/ services (action faite)\Soins (santé physique)                                    | <b>Engagement de l'instance - Information et sensibilisation des intervenants :</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibiliser le personnel à documenter davantage l'information relative à l'évaluation de la douleur.</li> <li>• Un rappel sera fait dans le journal de l'urgence - vérifier les allergies avant d'offrir de l'Advil.</li> </ul>                                        |

| <b>MOTIFS</b><br>NBRE DE<br>RECOMMANDATIONS<br>NOMBRE DE MESURES | <b>DETAIL DU MOTIF DE PLAINTE</b>                                           | <b>ÉCHANTILLONNAGE</b><br>RECOMMANDATIONS REALISEES/MESURES MISES EN PLACE                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                  | Soins et services dispensés\Autre                                           | <b>Application de mesure par l'instance visée - Information et sensibilisation des intervenants :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vérifier la présence de vêtements adéquats la veille de la sortie et la journée même, l'accompagnatrice ira voir l'infirmière de l'usager avant le départ.</li> </ul> |
| <b>Maltraitance</b><br>0 recommandations<br>1 mesure             | Maltraitance (Loi)\Par un proche ou un tiers\Maltraitance physique\Violence | <b>Application de mesure par l'instance visée - Amélioration des mesures de sécurité et protection :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Installation d'une bande de tissu à la porte.</li> </ul>                                                                                                           |

## 1.4 Délai pour le traitement des plaintes

| DÉLAI D'EXAMEN    | Nombre     | %              |
|-------------------|------------|----------------|
| Moins de 3 jours  | 68         | 8,95 %         |
| 4 à 15 jours      | 135        | 17,76 %        |
| 16 à 30 jours     | 216        | 28,42 %        |
| 31 à 45 jours     | 249        | 32,76 %        |
| <b>Sous-total</b> | <b>668</b> | <b>87,89 %</b> |
| 46 à 60 jours     | 51         | 6,71 %         |
| 61 à 90 jours     | 21         | 2,76 %         |
| 91 à 180 jours    | 19         | 2,50 %         |
| 181 jours et plus | 1          | 0,13 %         |
| <b>Sous-total</b> | <b>92</b>  | <b>12,11 %</b> |
| <b>TOTAL</b>      | <b>760</b> | <b>100 %</b>   |

Tableau 8. Délai d'examen des plaintes

Le délai moyen du traitement des plaintes a été de 29 jours pour l'exercice 2018-2019. La proportion des plaintes dont l'examen a été conclu à l'intérieur du délai de 45 jours prévu par la Loi est passée de 81,35 % en 2017-2018 à 87,89 % en 2018-2019.

Il arrive parfois que l'examen d'une plainte demande plus de temps afin de permettre une analyse optimale des éléments de plainte. Lorsque cela est nécessaire, le plaignant est informé des raisons de ce délai et de l'avancement de l'examen de la plainte.

## 1.5 Dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires

En cours d'examen, lorsqu'une pratique ou la conduite d'un membre du personnel soulève des questions d'ordre disciplinaire, le commissaire saisit la direction concernée ou le responsable des ressources humaines de l'établissement, la plus haute autorité de la ressource, de l'organisme, de la société ou la personne détenant la plus haute autorité de qui relèvent les services faisant l'objet de la plainte, pour une étude plus approfondie, un suivi du dossier et des mesures appropriées à être mises en place, le tout en vertu de l'article 37 de la Loi. Le commissaire peut formuler des recommandations à cet effet dans ses conclusions.

Au cours de l'année 2018-2019, nous n'avons eu aucun dossier de plainte dont les motifs méritaient une étude à des fins disciplinaires.

## 1.6 Plaintes et motifs de plaintes ayant fait l'objet d'un recours au Protecteur du citoyen

La Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit qu'un usager qui est en désaccord avec les conclusions du bureau du commissariat aux plaintes et à la qualité des services au sujet d'une plainte peut adresser sa plainte au Protecteur du citoyen en deuxième instance.

Nous avons transmis 50 dossiers en deuxième instance au Protecteur du citoyen au cours de l'année 2018-2019.

Pour la même période, l'établissement a reçu les conclusions du Protecteur du citoyen pour 29 dossiers traités en deuxième instance. Le tableau suivant fait état pour 2018-2019 des dossiers qui ont été traités par le Protecteur du citoyen à la demande du plaignant.

| MOTIFS                                           | Nombre de motifs | %            |
|--------------------------------------------------|------------------|--------------|
| Accessibilité                                    | 8                | 23,5 %       |
| Aspect financier                                 | 9                | 26,5 %       |
| Droits particuliers                              | 1                | 2,9 %        |
| Maltraitance (Loi)                               | 0                | 0,0 %        |
| Organisation du milieu et ressources matérielles | 5                | 14,7 %       |
| Relations interpersonnelles                      | 3                | 8,8 %        |
| Soins et services dispensés                      | 8                | 23,5 %       |
| Autre                                            | 0                | 0,0 %        |
| <b>TOTAL</b>                                     | <b>34</b>        | <b>100 %</b> |

Tableau 9. Répartition des plaintes traitées au 2<sup>e</sup> palier selon le motif de plainte

Après avoir pris connaissance des documents relatifs aux dossiers de plaintes transmis pour étude, le Protecteur du citoyen arrive dans 24 cas aux mêmes conclusions que la commissaire aux plaintes et n'a formulé aucune recommandation.

Finalement, 5 recommandations ont été formulées pour 5 dossiers. L'établissement a donné suite aux recommandations à la satisfaction du Protecteur du citoyen pour l'ensemble des dossiers.

| MOTIFS                                                                                                                     | Action/mesure                                                                                                         | Recommandation                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Suivi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aspect financier\frais d'hébergement/placement\ contribution placement/ hébergement\facturation inadéquate                 | Ajustement financier                                                                                                  | R-1. D'annuler la facturation relative à l'hébergement de votre belle-mère à la RI pour la période du 20 février au 7 mars 2018, et cela, dans les 30 jours de la réception des présentes conclusions.                                                                                                                                      | <b>Réalisé</b> : Une note de crédit a été émise.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Aspect financier\frais d'hébergement/placement\ frais de chambre                                                           | Ajustement financier                                                                                                  | R-1. Réduire de moitié la facturation de la chambre semi-privée que vous avez occupée à l'hôpital le 20 octobre 2017, et cela, dans les 30 jours de la réception des présentes conclusions.                                                                                                                                                 | <b>Réalisé</b> : L'état de compte de l'utilisateur été ajusté pour refléter le crédit.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Aspect financier\frais d'hébergement/placement\ contribution placement/ hébergement\crédit                                 | Ajustement financier                                                                                                  | R-1. De prendre les moyens appropriés, dans les 30 jours de la réception des présentes conclusions, pour facturer à la succession de votre mère, une contribution financière à l'hébergement au tarif journalier de l'occupation d'un lit en salle (38,75 \$), pour la période du 13 au 22 février 2018, et d'annuler la facture précédente | <b>Réalisé</b> : L'état de compte de l'utilisatrice été ajusté pour refléter la modification du tarif.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Droits particuliers\sécurité\du processus de prestation sécuritaire des soins et des services (incident ou accident)\autre | À portée systémique\ Communication/ Promotion                                                                         | R-1. Rappeler à l'ensemble du personnel des soins du CHSLD la marche à suivre pour l'application du processus de déclaration d'incident et d'accident ainsi que les consignes pour remplir le formulaire de déclaration prévu à cet effet.                                                                                                  | <b>Réalisé</b> :<br>1. Rencontre d'équipe sur la divulgation et les rappels sur les rapports d'accidents.<br>2. Histoires de cas.<br>3. Rencontre d'équipe sur les rapports d'accidents.<br>4. Capsule par la gestion des risques pour les infirmières et infirmières auxiliaires.<br>5. Rappel PAB sur leurs rôles dans la gestion des risques.                                                                                              |
| Soins et services dispensés\traitement\ intervention\ services (action faite)                                              | Adoption\Révision\ Application de règles et procédures\Politiques et Règlements\ Élaboration, Révision et Application | R-1. Poursuivre les démarches d'optimisation des soins à l'urgence afin que soient respectés, même en contexte d'achalandage élevé, les délais de réévaluation prescrit par l'ÉTG.                                                                                                                                                          | <b>Réalisé</b> :<br>1. Introduction de l'infirmière-auxiliaire à l'aire ambulatoire<br>2. Rappel des attentes concernant les délais de réévaluations au triage effectué dans le journal de l'urgence<br>3. Rencontre du comité de triage<br>4. Mise à jour du plan de contingence – volet main-d'œuvre en soins infirmiers<br>5. Suivi périodique des indicateurs<br>6. Implantation d'un nouveau tableau de suivi des effectifs pour les AIC |

Tableau 10. Liste des recommandations formulées par le Protecteur du citoyen

## 2. Interventions effectuées

### 2.1 Portrait des interventions effectuées par la commissaire

#### 2.1.1 NOMBRE D'INTERVENTIONS EFFECTUEES

| EXERCICE           | En cours de traitement au début de l'exercice |            | Amorcés durant l'exercice |           | Conclus durant l'exercice |            | En cours de traitement à la fin de l'exercice |            |
|--------------------|-----------------------------------------------|------------|---------------------------|-----------|---------------------------|------------|-----------------------------------------------|------------|
|                    | Nombre                                        | Δ%         | Nombre                    | Δ%        | Nombre                    | Δ%         | Nombre                                        | Δ%         |
| <b>2018 - 2019</b> | <b>13</b>                                     | <b>225</b> | <b>86</b>                 | <b>69</b> | <b>92</b>                 | <b>119</b> | <b>7</b>                                      | <b>-46</b> |
| 2017 - 2018        | 4                                             | 300        | 51                        | 132       | 42                        | 121        | 13                                            | 225        |
| 2016 - 2017        | 1                                             | -80        | 22                        | -51       | 19                        | -61        | 4                                             | 300        |

Tableau 11. Comparatif annuel des interventions effectuées

L'augmentation du nombre d'interventions concerne principalement la maltraitance (les informations détaillées se trouvent à la section 5).

#### 2.1.2 REPARTITION DES INTERVENTIONS PAR MISSION

| MISSION/CLASSE | En cours de traitement au début de l'exercice | Amorcés durant l'exercice |              | Conclus durant l'exercice |              | En cours de traitement à la fin de l'exercice |
|----------------|-----------------------------------------------|---------------------------|--------------|---------------------------|--------------|-----------------------------------------------|
|                |                                               | Nombre                    | %            | Nombre                    | %            |                                               |
| CHSGS          | 4                                             | 19                        | 22,6 %       | 21                        | 23,3 %       | 2                                             |
| CHSLD          | 3                                             | 35                        | 41,7 %       | 34                        | 37,8 %       | 4                                             |
| CLSC           | 5                                             | 22                        | 26,2 %       | 26                        | 28,9 %       | 1                                             |
| CJ             | 0                                             | 4                         | 4,8 %        | 4                         | 4,4 %        | 0                                             |
| RI             | 1                                             | 4                         | 4,8 %        | 5                         | 5,6 %        | 0                                             |
| <b>TOTAL</b>   | <b>13</b>                                     | <b>84</b>                 | <b>100 %</b> | <b>90</b>                 | <b>100 %</b> | <b>7</b>                                      |

Tableau 12. Répartition des interventions effectuées selon la mission

### 2.2 MOTIFS AYANT MENE A L'INTERVENTION DU COMMISSAIRE

| MOTIFS                                           | Nombre     | %            |
|--------------------------------------------------|------------|--------------|
| Accessibilité                                    | 6          | 6,0 %        |
| Aspect financier                                 | 3          | 3,0 %        |
| Droits particuliers                              | 5          | 5,0 %        |
| Maltraitance (Loi)                               | 59         | 59,0 %       |
| Organisation du milieu et ressources matérielles | 8          | 8,0 %        |
| Relations interpersonnelles                      | 2          | 2,0 %        |
| Soins et services dispensés                      | 17         | 17,0 %       |
| Autre                                            | 0          | 0,0 %        |
| <b>TOTAL</b>                                     | <b>100</b> | <b>100 %</b> |

Tableau 13. Répartition des interventions effectuées selon le motif.

Ces interventions auront permis la mise en place de 81 mesures correctives.

### 3. Assistances

| ASSISTANCES                                | Nombre      | %            |
|--------------------------------------------|-------------|--------------|
| Aide à la formulation d'une plainte (AS)   | 210         | 14,71 %      |
| Aide concernant un soin ou un service (AS) | 610         | 42,72 %      |
| Aide à la formulation d'une plainte (PL)   | 608         | 42,58 %      |
| <b>TOTAL</b>                               | <b>1428</b> | <b>100 %</b> |

Tableau 14. Types d'assistances réalisées

La commissaire doit porter assistance à tout usager qui désire porter plainte. Pour l'exercice 2018-2019, 608 assistances ont été effectuées dans le cadre du traitement d'un dossier de plainte (PL), principalement pour rédiger celle-ci (86 %).

| ASSISTANCES                                  | Nombre     |
|----------------------------------------------|------------|
| <b>Aide à la formulation d'une plainte</b>   | <b>210</b> |
| Clarification                                | 16         |
| Conciliation                                 | 1          |
| Démarche d'amélioration                      | 5          |
| Information générale                         | 97         |
| Intercession/liaison                         | 61         |
| Rédaction                                    | 3          |
| Référence                                    | 19         |
| Autre                                        | 8          |
| <b>Aide concernant un soin ou un service</b> | <b>610</b> |
| Clarification                                | 222        |
| Conciliation                                 | 2          |
| Démarche d'amélioration                      | 49         |
| Information générale                         | 85         |
| Intercession/liaison                         | 166        |
| Obtention d'un soin ou d'un service          | 57         |
| Rédaction                                    | 0          |
| Référence                                    | 12         |
| Autre                                        | 17         |
| <b>TOTAL</b>                                 | <b>820</b> |

Tableau 15. Détail des dossiers d'assistance selon l'action effectuée

Les assistances peuvent consister à aider l'utilisateur dans la formulation d'une plainte à l'égard d'un établissement ou d'une ressource dont le traitement des plaintes relève d'une autre région ou d'une autre instance, par exemple une résidence privée pour aînés ou un médecin exerçant dans une clinique privée. Parfois, les usagers ou leurs proches cherchent à obtenir des informations sur le processus de plainte.

Les demandes d'assistance peuvent également provenir de personnes qui souhaitent obtenir un soin ou un service et qui veulent de l'information sur la façon de faire. Certains usagers veulent également partager une suggestion d'amélioration, sans toutefois que cette situation découle d'une insatisfaction.

### Motifs d'assistances

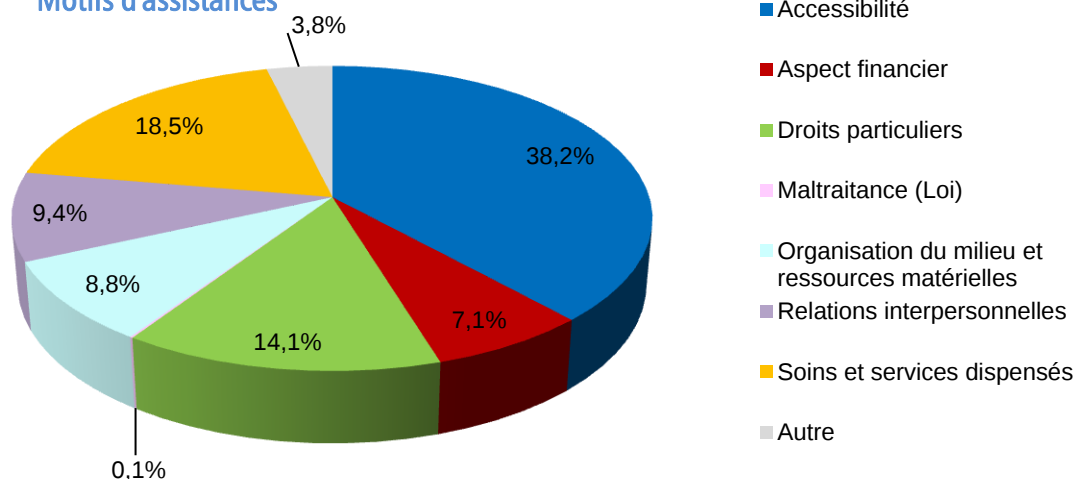


Figure 9. Motifs des demandes d'assistance

## 4. Consultations

Les consultations sont des dossiers où l'avis de la commissaire est demandé sur une ou plusieurs questions, principalement sur les droits des usagers, ainsi que le régime d'examen des plaintes.

Les demandes de consultation peuvent provenir de personnes œuvrant dans l'établissement, par exemple un employé, un chef de service ou de département, ou encore un membre du comité des usagers.

Des personnes à l'extérieur de l'établissement peuvent également consulter la commissaire aux plaintes, par exemple les commissaires aux plaintes des autres régions, des journalistes, des membres d'un bureau de député ou encore du bureau du Protecteur du citoyen.

Pour la période 2018-2019, 54 dossiers de consultation ont été reçus et traités.

### Motifs de consultation

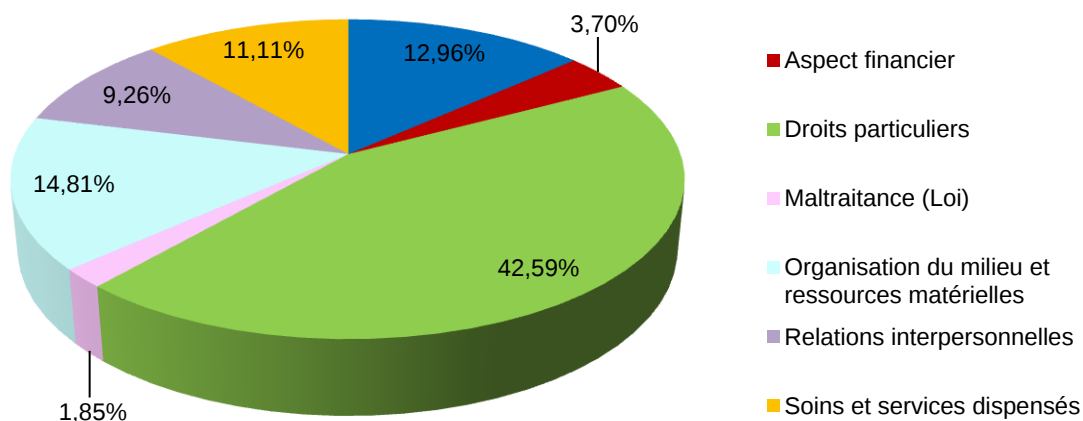


Figure 10. Motifs des consultations

## 5. Signalements à la commissaire de maltraitance envers les personnes en situation de vulnérabilité

L'Assemblée nationale du Québec a adopté et sanctionné le 30 mai 2017 la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*.

Tel que prévu à l'article 14 de la Loi, nous vous dressons le bilan traitant spécifiquement des plaintes et des signalements reçus ainsi que les interventions concernant des cas de maltraitance envers les personnes en situation de vulnérabilité, sans divulguer l'identité de la personne qui a fait une plainte ou un signalement.

| TYPE DE DOSSIER | Nombre    |
|-----------------|-----------|
| Plaintes        | 3         |
| Interventions   | 59        |
| <b>TOTAL</b>    | <b>62</b> |

Tableau 16. Répartition des dossiers en maltraitance selon la nature du dossier

| MISSION      | Nombre dossiers |
|--------------|-----------------|
| CHSGS        | 1               |
| CHSLD        | 35              |
| CLSC         | 20              |
| RI           | 4               |
| RPA          | 2               |
| <b>TOTAL</b> | <b>62</b>       |

Tableau 17. Plaintes et signalements reçus pour maltraitance selon la mission

Il y a maltraitance quand un geste singulier ou répétitif, ou une absence d'action appropriée, se produit de façon intentionnelle ou non, dans une relation où il devrait y avoir de la confiance, et que cela cause du tort ou de la détresse chez une personne aînée ou vulnérable.

Le signalement des situations de maltraitance est obligatoire pour les usagers en centre d'hébergement et de soins de longue durée, ainsi que toutes les personnes inaptes protégées (tutelle, curatelle ou mandat de protection homologué), peu importe leur lieu de résidence.

Toute autre situation concernant une personne âgée ou vulnérable peut être signalée volontairement, soit à la police, au CISSS ou au commissaire aux plaintes et à la qualité des services. La politique dont s'est doté le CISSS de la Montérégie-Est indique également que l'établissement exige que tout cas de maltraitance perpétrée par un employé de l'établissement soit signalé au commissaire.

Les différentes situations de maltraitance vécues par une personne aînée peuvent être associées à l'un ou plusieurs des 7 types suivants :

- maltraitance psychologique;
- maltraitance physique;
- maltraitance sexuelle;
- maltraitance matérielle ou financière;
- maltraitance organisationnelle;
- âgisme;
- violation des droits.

| MOTIFS                                                           | Nombre    |
|------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Maltraitance par un dispensateur de services ou un usager</b> |           |
| Maltraitance matérielle ou financière – violence                 | 1         |
| Maltraitance organisationnelle (soins et services) – négligence  | 5         |
| Maltraitance psychologique – violence                            | 4         |
| Maltraitance psychologique – négligence                          | 1         |
| Maltraitance physique – violence                                 | 9         |
| Maltraitance sexuelle – négligence                               | 1         |
| <b>Maltraitance par un proche ou un tiers</b>                    |           |
| Maltraitance matérielle ou financière – violence                 | 4         |
| Maltraitance matérielle ou financière – négligence               | 7         |
| Maltraitance organisationnelle (soins et services) – violence    | 1         |
| Maltraitance organisationnelle (soins et services) – négligence  | 1         |
| Maltraitance psychologique – violence                            | 6         |
| Maltraitance physique – violence                                 | 12        |
| Maltraitance physique – négligence                               | 8         |
| Maltraitance sexuelle – violence                                 | 3         |
| <b>TOTAL</b>                                                     | <b>63</b> |

Tableau 18. Motifs des signalements de maltraitance

| NIVEAU DE TRAITEMENT                                                                        | Nombre    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Motif avec niveau de traitement</b>                                                      |           |
| Traitement non complété : Abandonné par l'usager, Cessé, Refusé, Rejeté sur examen sommaire | 1         |
| Traitement complété sans mesure identifiées                                                 | 13        |
| Traitement complété avec mesure identifiées                                                 | 46        |
| <b>Motif sans niveau de traitement</b>                                                      |           |
| <b>TOTAL</b>                                                                                | <b>63</b> |

Tableau 19. Sommaire des niveaux de traitement des motifs

À titre indicatif, voici le libellé de quelques mesures identifiées pour mettre fin aux situations de maltraitance qui ont été signalées à la commissaire aux plaintes et à la qualité des services :

- Installation d'une bande de tissu à la porte.
- Relocalisation de la personne et accompagnement par une travailleuse sociale.
- Surveillance de l'usager et plainte policière.
- Le tiers abuseur, le bénévole, a été remercié. Il ne peut plus se présenter au CHSLD.
- Les visites de la sœur de la résidente ont été encadrées afin de diminuer l'anxiété de la résidente et la tension.
- Sensibilisation du personnel et réorientation de l'usager.
- Congédiement de l'employé.
- Demande de fiducie en cours aux services des finances du CISSSME.
- Des suivis ont été faits auprès des RH et l'employé recevra un avis disciplinaire.
- Considérant les changements de versions dans la trame factuelle, il est très difficile de procéder sur le plan disciplinaire, alors on demande au coordonnateur d'activité d'être vigilant.

## 6. Autres fonctions de la commissaire et du commissaire adjoint

En plus des fonctions reliées à l'application de la procédure d'examen des plaintes, d'autres activités font aussi partie intégrante de la fonction de commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

Dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des soins et services et dans le respect des droits individuels et collectifs, la commissaire a participé à 6 rencontres du comité de vigilance et de la qualité du CISSS de la Montérégie-Est. Ces rencontres ont notamment permis aux membres du comité de recevoir un bilan des différents dossiers traités par l'équipe de la commissaire et de faire état du suivi des recommandations découlant des plaintes conclues.

La présence de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services et du commissaire adjoint fut sollicitée lors de visites ministérielles de centres d'hébergement.

Par ailleurs, des activités de promotion et d'information ont été réalisées, notamment dans le cadre des rencontres des familles ayant un proche hébergé en CHSLD. Ainsi, deux fois par année, à l'automne et au printemps, la commissaire et le commissaire adjoint participent aux rencontres des familles dans les 15 CHSLD de l'établissement. Nous tenons à souligner que tout ceci s'est réalisé avec la précieuse implication et collaboration du comité des usagers et des comités de résidents des différents centres d'hébergement.

Nous avons animé plusieurs rencontres avec les équipes de gestion du CISSS de la Montérégie-Est, entre autres auprès des équipes de la direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées, de la direction de la protection de la jeunesse, de la direction des services techniques, ainsi que des ressources intermédiaires et privées pour personnes âgées ou avec une problématique de santé mentale. Ils ont été informés du processus de dépôt et du traitement des plaintes, du code d'éthique de l'établissement ainsi que de l'obligation de signaler les situations de maltraitance des personnes adultes vulnérables en lien avec la Loi 115. Des rencontres de sensibilisation à la maltraitance ont également été animées auprès d'usagers et des équipes de soins.

Le commissaire adjoint a participé à trois rencontres du comité consultatif FORCES, un projet pilote visant à diminuer les chutes des résidents hébergés en CHSLD.

La commissaire et le commissaire adjoint ont participé à quatre rencontres du Regroupement provincial des commissaires aux plaintes et à la qualité des services. Cette instance poursuit des objectifs visant essentiellement à créer une communauté de pratique. Depuis février 2017, la commissaire est membre de l'exécutif du regroupement et agit à titre de trésorière. Elle participe également aux travaux du comité provincial des utilisateurs du progiciel SIGPAQS (Système d'information de gestion sur les plaintes et sur l'amélioration de la qualité des services).

Tout au long de l'année, la commissaire a des rencontres statutaires avec la présidente-directrice générale afin d'être informée des projets à venir et de partager des préoccupations en lien avec l'amélioration de la qualité des services.

Voici un aperçu du temps consacré aux autres fonctions de la commissaire et du commissaire adjoint :

| AUTRES FONCTIONS                                              | Nombre d'activités |
|---------------------------------------------------------------|--------------------|
| <b>Promotion / Information</b>                                |                    |
| Droits et obligations des usagers                             | 6                  |
| Loi de lutte contre la maltraitance                           | 10                 |
| Code d'éthique (employés, professionnels, stagiaires)         | 2                  |
| Régime et procédure d'examen des plaintes                     | 33                 |
| Autre (préciser)                                              | 0                  |
| <b>Sous-total</b>                                             | <b>51</b>          |
| <b>Communications au conseil d'administration (en séance)</b> |                    |
| Bilan des dossiers des plaintes et des interventions          | 2                  |
| Attentes du conseil d'administration                          | 0                  |
| Autre (préciser)                                              | 0                  |
| <b>Sous-total</b>                                             | <b>2</b>           |
| <b>Participation au comité de vigilance et de la qualité</b>  |                    |
| Participation au comité de vigilance et de la qualité         | 10                 |
| <b>Sous-total</b>                                             | <b>10</b>          |
| <b>Collaboration au fonctionnement du régime des plaintes</b> |                    |
| Collaboration à l'évolution du régime d'examen des plaintes   | 14                 |
| Collaboration avec les comités des usagers/résidents          | 6                  |
| Soutien aux commissaires locaux                               | 0                  |
| Autre (préciser)                                              | 7                  |
| <b>Sous-total</b>                                             | <b>27</b>          |
| <b>TOTAL</b>                                                  | <b>90</b>          |

Tableau 20. Détail des activités liées aux autres fonctions de la commissaire

## 7. Satisfaction des usagers

Le bureau du commissariat aux plaintes et à la qualité des services reçoit également des messages des usagers qui souhaitent témoigner de leur satisfaction quant aux soins qu'ils ont reçus.

À titre d'exemple, vous trouverez quelques-uns des nombreux messages reçus durant la période 2018-2019.

2018-05-28

« Je voudrais ici souligner l'excellent travail de Mme Louise qui travaille à la centrale de rendez-vous dans votre établissement. Elle a su m'écouter et chercher la réponse à mes questions concernant un examen pour ma mère. Il est important de souligner les points positifs en santé car les négatifs prennent souvent toute la place. Merci. » J.C.

2018-07-20

*« ... Souligner votre professionnalisme est bien peu face à l'adversité et à ce que vos employés ont à vivre et faire face au quotidien. Un sourire sincère se ressent dans la voix, un échange de regards francs aussi. J'ai pu côtoyer plus de 25 personnes différentes toutes et tous d'un professionnalisme que je qualifierais de « haut de gamme ».*

*J'avais l'impression d'avoir ma mère, mais multipliée en une vingtaine de personnes autour de moi. Même si le temps est long à l'urgence, j'ai eu l'oreille attentive tout au long de mon séjour. J'ai entendu rire, entendu plusieurs fois « attends je vais t'aider, je vais te donner un coup de main ! » Vos employés prennent plaisir à aider et tout ça se sent. » J. M.*

2018-08-05

*« Permettez à un petit vieux de déverser un trop plein d'appréciation de votre personnel. Hospitalisé à quelques reprises au fil des ans : un infarctus contrôlé en 25 minutes, une pneumonie lessivée en trois jours, une fibrillation auriculaire soulagée en 10 minutes et résorbée en 72 heures; la médecine à son meilleur. Ce qui nous amène, ce n'est pas une expertise déjà prouvée, mais chez votre personnel, une courtoisie sans faille, un respect raffiné des malades, une humeur vivifiante et réconfortante. On atteint le summum lorsqu'un monsieur s'excuse de devoir vous demander de bouger les pieds pour faire son travail. La conclusion s'impose : Pierre-Boucher, un haut standard d'excellence. » J.B.*

2018-09-09

*« Par la présente, je vous félicite pour la qualité des soins reçus chez vous. Je ne parle pas ici des repas, de la qualité des lits, des voyages aux salles d'examen ou de l'accommodation.*

*Les gens qui m'ont visité ont toujours été bien reçus, ils ont pu s'associer à ma remise en forme et ils ont tous complimenté la qualité de ma chambre et des services reçus. Les humeurs liées à ma condition ont toujours été bien comprises et analysées. » J.C.*

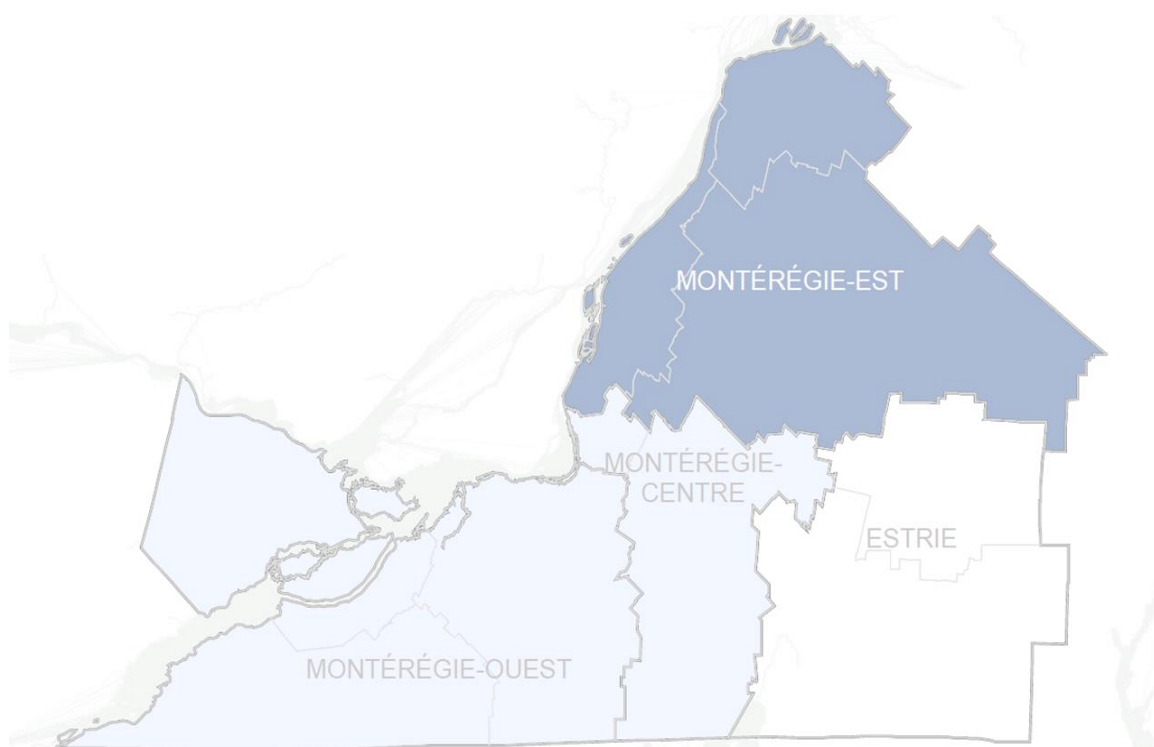
2018-09-12

*« Nous tenons à vous informer que nous remercions le personnel du 7<sup>e</sup> nord de l'hôpital Pierre-Boucher pour ses bons soins empreints de douceur et d'humanité. Et plus particulièrement au médecin Dr Rivard pour son approche d'accompagnement dans l'aide médicale à mourir. Grâce à cette approche, notre mère a vécu sereinement sa fin de vie. » F.M.*

## CHAPITRE 2

### RAPPORT DES MÉDECINS EXAMINATEURS

2018-2019



## MOT DES MÉDECINS EXAMINATEURS

Le présent rapport fait état des activités des médecins examinateurs au cours de l'année financière 2018-2019. Nous avons, au cours de cette période, reçu 115 dossiers et procédé à l'examen de 100 de ces plaintes. Il s'agit d'une légère diminution par rapport à l'an dernier. Les soins et services dispensés furent le motif de plainte principal, avec 53,7 % des dossiers. Les relations interpersonnelles furent le second motif de plainte en importance, soit dans 35 % des dossiers comparativement à 21 % en 2017-2018. Comme par le passé, nous souhaitons d'abord louer la collaboration de toute l'équipe du commissariat ainsi que des services des archives.

Par ailleurs, il est toujours à souligner que la perception d'un manque d'écoute ou empathie de la part du médecin est soit le reproche principal ou le déclencheur d'une plainte si une complication inattendue survient. Dans 39 % des cas, ce sont les proches et non les patients eux-mêmes qui demandent notre intervention. Même si la responsabilité clinique est toujours centrée sur le patient à évaluer et traiter, de plus en plus, avec le vieillissement de la population, traiter quelqu'un c'est établir un contrat de soins avec la famille aussi.

Enfin, et cela reste à documenter plus avant, nous percevons une augmentation de plaintes envers les médecins par le personnel soignant et par les médecins les uns envers les autres. Des enjeux de qualité de soins sont parfois invoqués, mais le plus souvent ce sont des notions de civilité qui sont identifiées durant l'examen de la plainte. Nous travaillerons avec la direction de ressources humaines du CISSSME et les chefs de département médicaux pour suivre ce qui semble devenir une tendance à corriger.

Nous tenons également à remercier le docteur Jean-Marie Paquin, pour sa collaboration à titre de médecin examinateur durant l'année 2018-2019.

A handwritten signature in blue ink, reading "Marcel M. Boucher md".

Dr Marcel M. Boucher

Médecin examinateur

## 1. Plaintes à caractère médical

| EXERCICE           | En cours d'examen au début de l'exercice |            | Reçus durant l'exercice |           | Conclus durant l'exercice |            | En cours d'examen à la fin de l'exercice |           | Transmis au 2e palier |            |
|--------------------|------------------------------------------|------------|-------------------------|-----------|---------------------------|------------|------------------------------------------|-----------|-----------------------|------------|
|                    | Nombre                                   | Δ%         | Nombre                  | Δ%        | Nombre                    | Δ%         | Nombre                                   | Δ%        | Nombre                | Δ%         |
| <b>2018 - 2019</b> | <b>18</b>                                | <b>-18</b> | <b>115</b>              | <b>-7</b> | <b>100</b>                | <b>-22</b> | <b>33</b>                                | <b>83</b> | <b>7</b>              | <b>-22</b> |
| 2017 - 2018        | 22                                       | -27        | 124                     | 17        | 128                       | 12         | 18                                       | -18       | 9                     | -31        |
| 2016 - 2017        | 30                                       | 67         | 106                     | 6         | 114                       | 30         | 22                                       | -27       | 13                    | 63         |

Tableau 21. Comparatif des dossiers de plaintes selon l'étape de l'examen

### 1.1 DOSSIERS DE PLAINTES MEDICALES REÇUES

#### 1.1.1 PLAINTES REÇUES, REJETEES SUR EXAMEN SOMMAIRE, EXAMINEES, REFUSEES OU ABANDONNEES

| NIVEAU DE TRAITEMENT | Traitement non complété                                                 | Traitement complété |             |            | TOTAL      |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------|------------|------------|
|                      | Rejeté sur examen sommaire<br>Abandonné par l'usager<br>Cessé<br>Refusé | Avec mesure         | Sans mesure | Sous-total |            |
| <b>2018 - 2019</b>   | <b>12</b>                                                               | <b>12</b>           | <b>96</b>   | <b>108</b> | <b>120</b> |
| 2017 - 2018          | 17                                                                      | 9                   | 134         | 143        | 160        |
| 2016 - 2017          | 16                                                                      | 9                   | 105         | 114        | 130        |

Tableau 22. Comparatif annuel du niveau de traitement des plaintes reçues (motifs)

Il existe plusieurs raisons pour lesquelles le traitement d'un dossier de plainte peut ne pas être complété. Par exemple, un plaignant peut se désister, entre autres si le problème se règle de lui-même en cours d'examen. Le traitement de la plainte peut être cessé en cas d'absence de consentement de l'usager (lorsque la plainte est formulée par un tiers) ou d'absence de collaboration de celui-ci. Le médecin examinateur peut également rejeter une plainte sur examen sommaire lorsqu'il juge que celle-ci est frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi. Cette année, l'étude de 12 dossiers n'a ainsi pas été complétée.

Conformément aux dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, la plainte est transmise au professionnel visé afin qu'il présente ses observations. Dans 80 % des dossiers de plaintes médicales, le traitement a été complété sans mesure. Les explications du médecin examinateur ont permis de clarifier les situations problématiques.

### 1.1.2 NOMBRE DE PLAINTES REÇUES SELON LA MISSION DE L'INSTANCE VISÉE

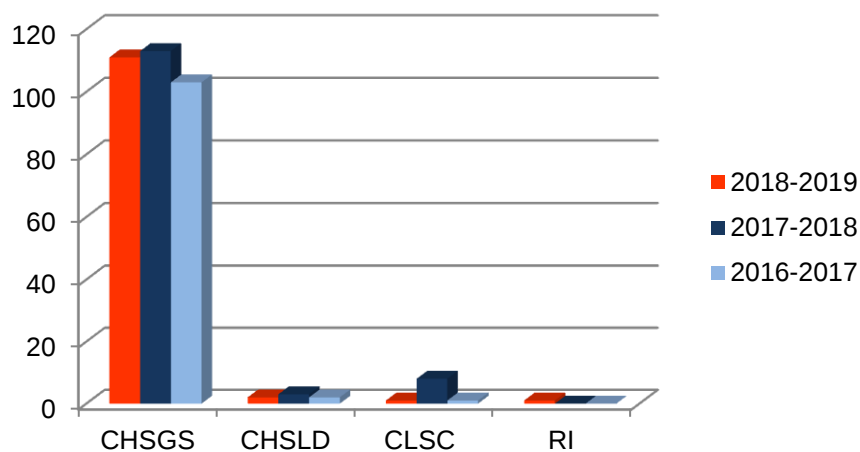


Figure 11. Répartition des plaintes médicales reçues selon la mission de l'instance visée

### 1.2 MOTIFS DES PLAINTES A CARACTERE MEDICAL TRAITEES

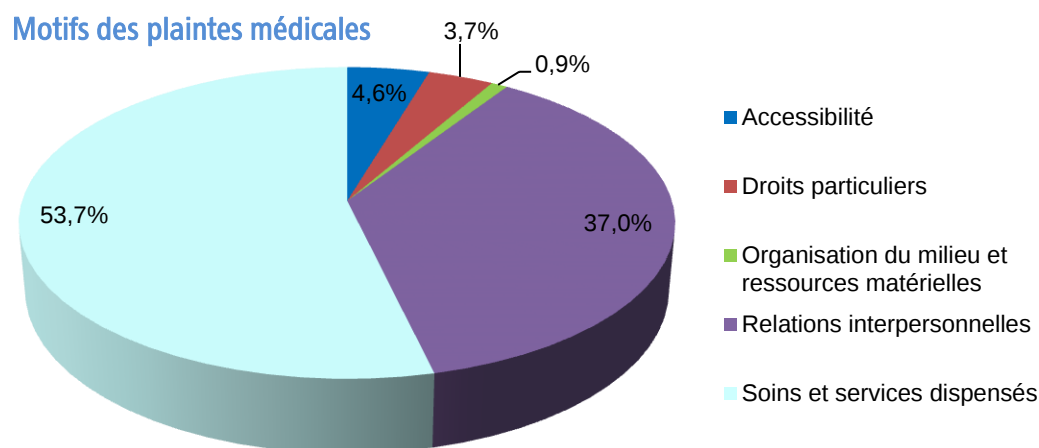


Figure 12. Répartition des plaintes médicales traitées selon le motif de la plainte

Dans une proportion de 53,5 %, les motifs de plaintes concernant les soins et services portaient plus précisément sur le traitement et l'intervention réalisée, et 22,4 % visaient une décision clinique. Les motifs concernant les relations interpersonnelles visaient la communication et l'attitude dans une proportion de 82,5 %.

### 1.3 MOTIFS DE PLAINTES A CARACTERE MEDICAL AYANT DONNE LIEU A DES MESURES CORRECTIVES

| MOTIFS                      | À portée individuelle |                           | À portée systémique |               | Total     |              |
|-----------------------------|-----------------------|---------------------------|---------------------|---------------|-----------|--------------|
|                             | Nombre                | %                         | Nombre              | %             | Nombre    | %            |
| Droits particuliers         | 1                     | 8,3 %                     | 0                   | 0 %           | 1         | 8,3 %        |
| Relations interpersonnelles | 0                     | 0 %                       | 3                   | 25 %          | 3         | 25 %         |
| Soins et services dispensés | 1                     | 8,3 %                     | 7                   | 58,3 %        | 8         | 66,7 %       |
| <b>TOTAL</b>                | <b>2</b>              | <b>16,7<sup>1</sup> %</b> | <b>10</b>           | <b>83,3 %</b> | <b>12</b> | <b>100 %</b> |

Tableau 23. Motifs de plaintes médicales ayant donné lieu à des mesures correctives

À titre indicatif, voici le libellé de quelques mesures correctives qui ont été recommandées par les médecins examinateurs :

- Ajustement des activités professionnelles : Recommande à la Direction du programme santé physique, chirurgie, programmation et regroupement de clientèles et au Chef du département d'anesthésie du CISSS de la Montérégie-Est de compléter l'implantation de son modèle de cogestion administrative et médicale, particulièrement en ce qui concerne les activités chirurgicales et l'anesthésie. Ceci devrait idéalement comprendre une participation formelle et objectivable des anesthésistes à l'évaluation du personnel d'inhalothérapie, de la pré-embauche à l'orientation, la confirmation du poste et aux évaluations de maintien des compétences par la suite.
- Protocole clinique ou administratif : Recommande que le dossier de l'usagère soit étudié par le Comité d'évaluation de l'acte médical du département de médecine générale du CISSS de la Montérégie-Est pour que les enseignements pertinents y soient identifiés et partagés entre les professionnels de la santé qui sont concernés par ce type de situation.
- Ajustement professionnel : Dans des circonstances analogues le médecin prolongera dorénavant l'investigation en milieu hospitalier.

### 1.4 DELAI POUR LE TRAITEMENT DES PLAINTES TRAITEES PAR LES MEDECINS EXAMINATEURS

| DÉLAI D'EXAMEN    | Nombre    | %           |
|-------------------|-----------|-------------|
| Moins de 3 jours  | 2         | 2 %         |
| 4 à 15 jours      | 5         | 5 %         |
| 16 à 30 jours     | 13        | 13 %        |
| 31 à 45 jours     | 11        | 11 %        |
| <b>Sous-total</b> | <b>31</b> | <b>31 %</b> |
| 46 à 60 jours     | 7         | 7 %         |
| 61 à 90 jours     | 38        | 38 %        |
| 91 à 180 jours    | 24        | 24 %        |

<sup>1</sup> Les pourcentages arrondis peuvent modifier le total de certains calculs, comme ici.

|                          |            |              |
|--------------------------|------------|--------------|
| <b>181 jours et plus</b> | 0          | 0 %          |
| <b>Sous-total</b>        | <b>69</b>  | <b>69 %</b>  |
| <b>TOTAL</b>             | <b>100</b> | <b>100 %</b> |

Tableau 24. Délai d'examen des plaintes par les médecins examinateurs

À la lecture du tableau, nous constatons que 31 % des plaintes ont été traitées dans le délai prescrit par la loi, soit un délai de 45 jours ou moins, alors qu'il était de 45,31 % l'an dernier.

Il est important de souligner que la difficulté à respecter ce délai de traitement de 45 jours prévu par la loi peut être expliquée en partie par les délais variables auxquels les médecins transmettent leurs observations.

Toutefois, dans tous les cas où l'étude du dossier dépassait le délai de 45 jours prévu par la loi, les plaignants en sont avisés par un avis verbal ou écrit.

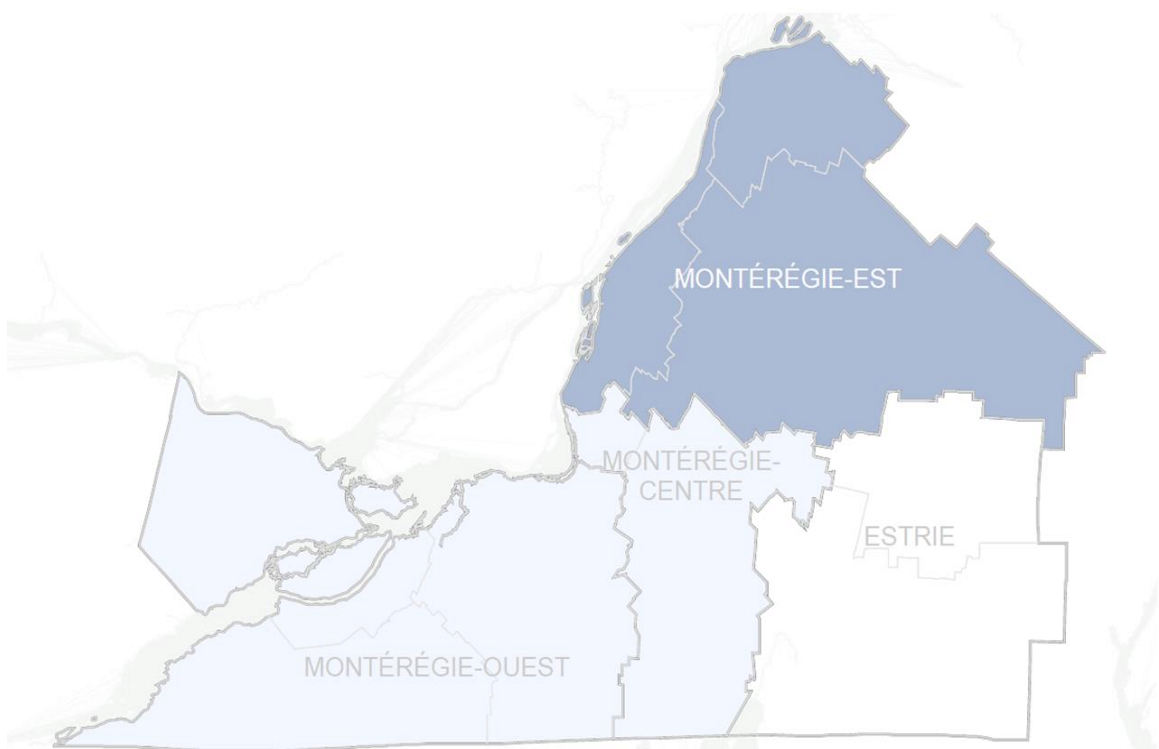
## 1.5 PLAINTES A CARACTERE MEDICAL TRANSMISES AU CMDP

Au cours de l'exercice 2018-2019, sept dossiers de plainte ont été transmis au CMDP pour étude à des fins disciplinaires.

## CHAPITRE 3

### RAPPORT DU COMITÉ DE RÉVISION

2018-2019



## MOT DE LA PRÉSIDENTE DU COMITÉ DE RÉVISION

C'est avec plaisir que je vous présente le rapport annuel du comité de révision du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est, comme le prévoit la Loi sur les services de santé et les services sociaux (article 57).

Ce comité a pour fonction de réviser le traitement accordé à l'examen de la plainte de l'utilisateur par le médecin examinateur. Il prend connaissance de l'ensemble du dossier de plainte de l'utilisateur, s'assure 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, qu'elles sont motivées et suffisamment détaillées. Au terme de sa révision, le comité communique par écrit un avis motivé à l'utilisateur, au professionnel concerné, au médecin examinateur et à la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, et ce, dans les 60 jours de la réception d'une demande de révision.

Le comité de révision transmet au conseil d'administration de l'établissement, avec copie au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, au moins une fois par année, et chaque fois qu'il le juge nécessaire, un rapport décrivant les motifs des plaintes ayant fait l'objet d'une demande de révision, de ses conclusions ainsi que des délais de traitements de ses dossiers. Il peut en outre formuler des recommandations ayant notamment pour objet l'amélioration de la qualité des soins ou services médicaux, dentaires et pharmaceutiques dispensés dans un centre exploité par l'établissement.

Le présent rapport se veut un bilan du travail effectué par le comité de révision au cours de l'année 2018-2019.



Madame Dominique Derome

Présidente du comité de révision

CISSS de la Montérégie-Est

## 1. Composition du comité de révision

Le comité de révision est composé de trois membres nommés par le conseil d'administration de l'établissement.

Le président est nommé parmi les membres du conseil d'administration qui ne sont pas à l'emploi du CISSS de la Montérégie-Est ou qui n'y exercent pas leur profession. Les deux autres membres sont nommés parmi les médecins, dentistes ou pharmaciens qui exercent leur profession au CISSS de la Montérégie-Est. Ces nominations sont faites sur recommandation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement.

### 1.1 MEMBRES DU COMITE DE REVISION

Les membres du comité de révision pour l'exercice financier 2018-2019 sont :

|            |                         |
|------------|-------------------------|
| Présidente | Dominique Derome        |
| Médecin    | Docteure Patricia Caron |
| Médecin    | Docteure Sandra Delisle |

### 1.2 NOMBRE DE RENCONTRES DU COMITE DE REVISION

Au cours de l'année 2018-2019, il y a eu quatre rencontres du comité de révision.

## 2. Dossiers étudiés par le comité de révision

| EXERCICE           | En cours d'examen au début de l'exercice |            | Reçus durant l'exercice |            | Conclus durant l'exercice |            | En cours d'examen à la fin de l'exercice |          |
|--------------------|------------------------------------------|------------|-------------------------|------------|---------------------------|------------|------------------------------------------|----------|
|                    | Nombre                                   | Δ%         | Nombre                  | Δ%         | Nombre                    | Δ%         | Nombre                                   | Δ%       |
| <b>2018 - 2019</b> | <b>2</b>                                 | <b>100</b> | <b>7</b>                | <b>-22</b> | <b>7</b>                  | <b>-13</b> | <b>2</b>                                 | <b>0</b> |
| 2017 - 2018        | 1                                        | -75        | 9                       | -31        | 8                         | -50        | 2                                        | 100      |
| 2016 - 2017        | 4                                        | 400        | 13                      | 63         | 16                        | 300        | 1                                        | -75      |

Tableau 25. Comparatif des dossiers de plaintes selon l'étape de l'examen

En cours d'exercice, le comité de révision a reçu sept demandes de révision. Six d'entre elles provenaient du secteur hospitalier, et une provenait d'un centre d'hébergement.

## 2.1 MOTIFS DES DEMANDES DE REVISION

### Motifs des plaintes médicales au comité de révision

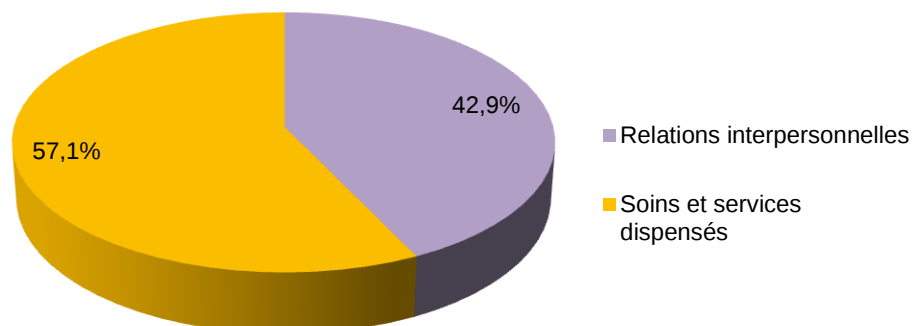


Figure 13. Répartition des demandes de révision selon le motif

Plus précisément, les demandes de révision concernant les relations interpersonnelles portaient sur la communication et l'attitude (100 %). Les demandes de révision concernant les soins et services dispensés visaient plus précisément des décisions cliniques (50 %), le traitement réalisé (25 %) ou la compétence professionnelle (25 %).

## 2.2 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS DU COMITE DE REVISION

| PROCESSUS D'EXAMEN                                  | Nombre |
|-----------------------------------------------------|--------|
| Examen non complété                                 | 0      |
| Demande de complément d'examen                      | 1      |
| Études pour fins disciplinaires                     | 0      |
| Recommandations de mesures pour réconcilier         | 0      |
| Confirmation des conclusions du médecin examinateur | 7      |

Tableau 26. Niveau de traitement et recommandations du comité de révision

Parmi les sept dossiers de plaintes médicales traitées, le comité de révision, motifs à l'appui, a confirmé les conclusions du médecin examinateur pour les sept dossiers dont il a fait l'étude, dont l'un à la suite d'un complément d'examen effectué à la demande du comité.

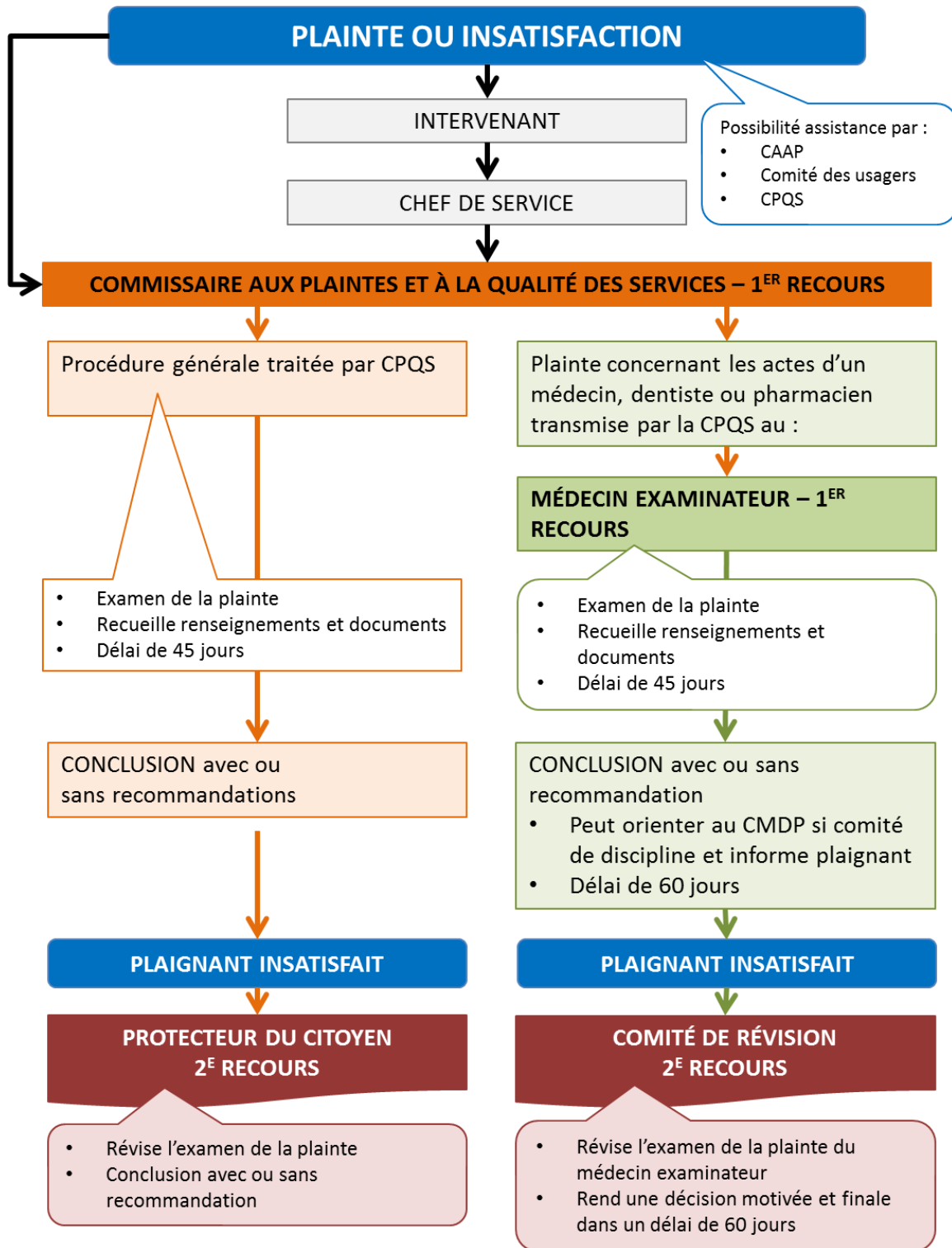
## 2.3 DELAI DE TRAITEMENT DES DEMANDES DE REVISION

| DÉLAI D'EXAMEN    | Nombre   | %            |
|-------------------|----------|--------------|
| Moins de 60 jours | 0        | 0,0 %        |
| 61 à 90 jours     | 1        | 14,3 %       |
| 91 à 180 jours    | 5        | 71,4 %       |
| 181 jours et plus | 1        | 14,3 %       |
| <b>TOTAL</b>      | <b>7</b> | <b>100 %</b> |

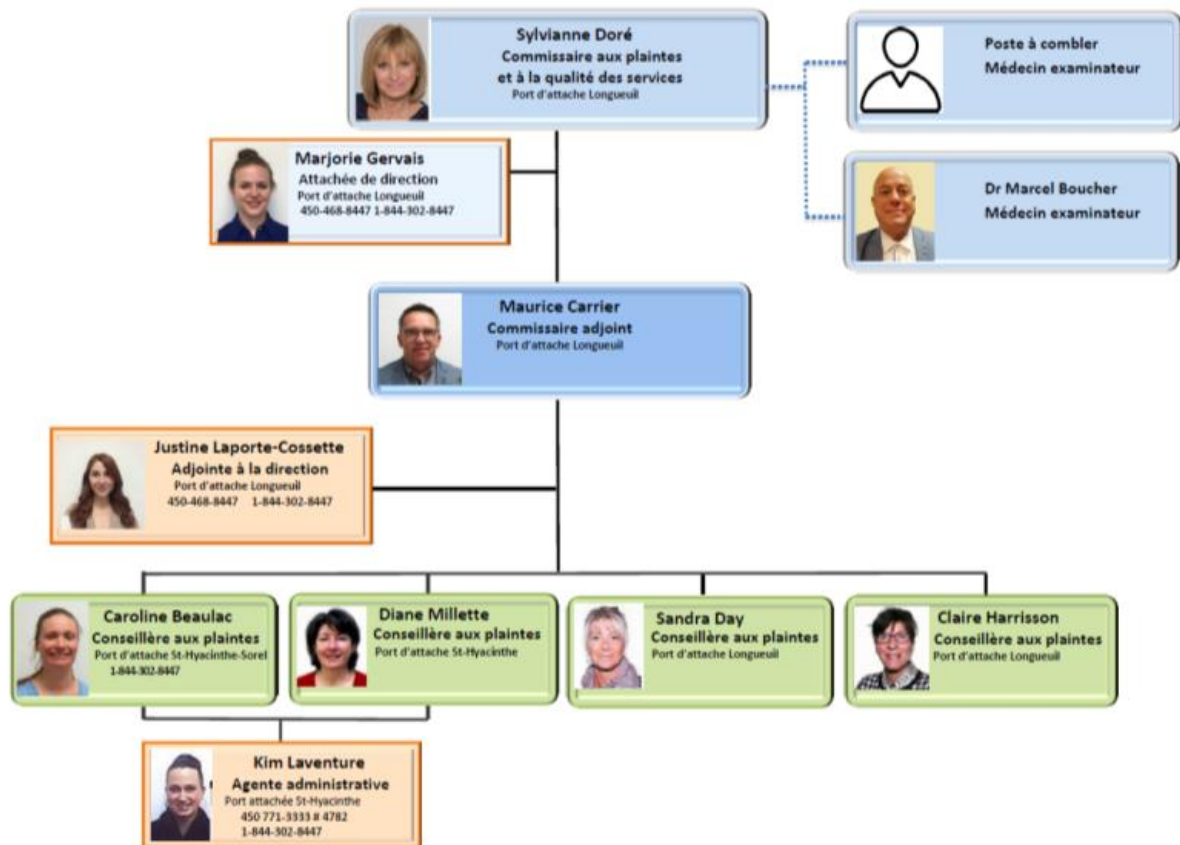
Tableau 27. Délai d'examen des plaintes par le comité de révision

Le comité de révision a transmis ses conclusions dans un délai moyen de 125 jours. Il est à noter que le dossier pour lequel un complément d'examen a été demandé a requis un délai de traitement plus long, étant donné les démarches supplémentaires impliquées. Également, le comité a requis un avis juridique durant l'étude de deux dossiers de plainte. Finalement, plusieurs demandes ont été reçues durant une période de vacances, où le comité de révision ne siégeait pas.

## Annexe I - CHEMINEMENT D'UNE PLAINTE OU D'UNE INSATISFACTION



## Annexe II – Organigramme du commissariat aux plaintes et à la qualité des services



Mis à jour en date du 1er avril 2019

## Annexe III - PORTRAIT GLOBAL DU CISSS DE LA MONTÉRÉGIE-EST

### Territoire

Le CISSS de la Montérégie-Est s'adresse à une population de près de 510 000 personnes, soit 39 % de la population de la Montérégie. Il couvre donc le territoire le plus peuplé de la région.

La population du territoire de notre CISSS regroupe totalement ou partiellement six municipalités régionales de comté (MRC) :

- MRC d'Acton
- MRC des Maskoutains
- MRC de la Vallée-du-Richelieu
- MRC Agglomération de Longueuil
- MRC Marguerite-D'Youville
- MRC Pierre-de-Saurel

### Ressources humaines

- 12 300 employés
- 887 membres du Conseil des médecins, dentistes, et pharmaciens, dont :
  - 628 médecins membres actifs
  - 128 médecins membres associés
  - 28 membres-conseils
  - 46 membres honoraires
  - 57 pharmaciens
  - 12 chirurgiens-dentistes et 1 chirurgien maxillo-facial.

### Installations

- 3 hôpitaux
- 16 CLSC
- 15 centres d'hébergement
- 19 installations dédiées aux jeunes en difficulté (centre de protection de l'enfance et de la jeunesse & centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation)
- 1 unité de médecine familiale
- 3 centres administratifs

## Annexe IV – LEXIQUE

### DÉFINITION DES MOTIFS DE PLAINTE

#### **L'accessibilité**

L'accessibilité des soins et des services regroupe des motifs d'insatisfaction reliés à des problèmes organisationnels entravant l'accessibilité des services. Des délais, des reports, des refus de services, des transferts, l'absence de services sont des exemples constituant cette catégorie.

#### **Les soins et les services dispensés**

Cette catégorie fait référence aux habiletés techniques et au jugement professionnel. La qualité des soins reçus et tout traitement ou intervention clinique sont en cause de même que l'arrêt de certains services spécialisés ou l'absence de continuité du service.

#### **Les relations interpersonnelles**

Cette catégorie caractérise l'attitude et le savoir-être de la ou des personnes concernées par l'insatisfaction.

#### **L'organisation du milieu et les ressources matérielles**

Cette catégorie concerne les insatisfactions liées à l'organisation du milieu de vie soit l'alimentation, la mixité des clientèles, l'organisation spatiale, l'hygiène et la salubrité, le confort et la commodité, les règles et procédures du milieu de vie, la sécurité et la protection, l'équipement et le matériel, le stationnement, etc.

#### **L'aspect financier**

L'aspect financier concerne un déboursé financier dans le cadre de la prestation de services, par exemple, les frais de chambre, la contribution au placement ou à l'hébergement, les frais de déplacement ou de transport, les frais de médicaments, etc.

#### **Les droits particuliers**

Cette catégorie fait référence aux droits reconnus des usagers principalement le droit à l'information (état de santé, de tout incident ou accident survenu, services et modes d'accès, sur une contribution financière, droits, recours, mécanismes de participation) concernant le dossier de l'utilisateur ou le dossier de plainte (accessibilité, transmission, confidentialité, obtention d'une attestation ou d'un formulaire complété, etc.).

## DÉFINITION DES TYPES DE DOSSIERS

### **Plainte**

Insatisfaction exprimée auprès de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services par un usager ou son représentant, sur les services qu'il a reçus, aurait dû recevoir, reçoit ou requiert.

#### **Plainte à caractère médical (plainte concernant un médecin, dentiste, pharmacien ou résident)**

Insatisfaction exprimée auprès de la commissaire, par toute personne, relativement à la conduite, au comportement ou à la compétence d'un médecin, d'un dentiste, d'un pharmacien ou d'un résident de même que d'une insatisfaction quant à la qualité d'un acte relevant de l'activité professionnelle de ces personnes; constitue également une plainte, une allégation d'inobservance des règlements de l'établissement ou du non-respect des termes de la résolution de nomination ou de renouvellement d'un médecin, d'un dentiste ou d'un pharmacien.

### **Assistance**

Demande d'aide et assistance formulée par un usager ou son représentant.

#### **Aide concernant un soin ou un service**

Aide à la formulation d'une plainte auprès d'une autre instance : les commissaires aux plaintes et à la qualité des services ont l'obligation de porter assistance ou de s'assurer que soit prêté assistance à toute personne qui le requiert lorsque celle-ci formule une plainte.

### **Intervention**

Action effectuée par la commissaire pouvant comprendre une recommandation à toute direction ou responsable d'un service ou, selon le cas, à la plus haute autorité de tout organisme, ressource ou société ou encore à la personne détenant la plus haute autorité de qui relèvent les services pouvant faire l'objet d'une plainte y compris au conseil d'administration, visant l'amélioration de la qualité des services dispensés ainsi que la satisfaction de la clientèle et le respect de ses droits.

De sa propre initiative : cette rubrique est complétée lorsqu'une intervention est effectuée à la suite des observations de la commissaire sans que la situation lui ait été signalée.

### **Consultation**

Demande d'avis portant notamment sur l'application du régime d'examen des plaintes, les droits des usagers et l'amélioration de la qualité des services.

**Centre intégré  
de santé  
et de services sociaux  
de la Montérégie-Est**

**Québec**

