

CENTRE GÉRIATRIQUE
DONALD BERMAN
MAIMONIDES GERIATRIC
CENTRE

CENTRE D'HÉBERGEMENT
FATHER-DOWD
RESIDENTIAL CENTRE

CENTRE D'HÉBERGEMENT
HENRI-BRADET
RESIDENTIAL CENTRE

CENTRE D'HÉBERGEMENT
SAINT-ANDREW
RESIDENTIAL CENTRE

CENTRE D'HÉBERGEMENT
SAINT-MARGARET
RESIDENTIAL CENTRE

CENTRE MIRIAM HOME
AND SERVICES

CENTRE DE RÉADAPTATION
LETHBRIDGE-LAYTON-MACKAY
REHABILITATION CENTRE

CHSLD JUIF DONALD BERMAN
JEWISH ELDERCARE
CENTRE

CLSC DE BENNY FARM

CLSC DE CÔTE-DES-NEIGES

CLSC MÉTRO

CLSC DE PARC-EXTENSION

CLSC RENÉ-CASSIN

HÔPITAL CATHERINE
BOOTH HOSPITAL

HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF
JEWISH GENERAL HOSPITAL

HÔPITAL MONT-SINAI
MOUNT SINAI HOSPITAL

HÔPITAL RICHARDSON
HOSPITAL

RAPPORT ANNUEL SUR LES ACTIVITÉS DE LA COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES 2018-2019

Le présent rapport est déposé conformément au chapitre S-4.2, article 33 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, qui stipule :

(9) il dresse, au besoin et au moins une fois par année, un bilan des activités du commissaire aux plaintes et à la qualité des services accompagné, s'il y a lieu, des mesures qu'il recommande pour améliorer la satisfaction des usagers et favoriser le respect de leurs droits;

(10) il prépare et présente au conseil d'administration, pour approbation, le rapport visé à l'article 76.10, auquel il intègre le bilan annuel des activités du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services ainsi que le rapport du médecin examinateur visé à l'article 50 et celui du comité de révision visé à l'article 57; et (...)

Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services est également responsable du traitement des signalements effectués dans le cadre de la politique de lutte contre la maltraitance adoptée en vertu de la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité* (chapitre L-6.3) et, lorsque le signalement doit être traité par une autre instance, de diriger les personnes formulant ce signalement vers celle-ci.

Section I — Introduction

Le présent rapport contient des statistiques sur les activités concernant les plaintes relatives aux soins médicaux et non médicaux, ainsi que des statistiques sur les autres activités du bureau de la commissaire et du médecin examinateur. Celles-ci comprennent les assistances fournies, les interventions, les consultations et les autres activités liées à la fonction du bureau de la commissaire.

Il contient aussi les commentaires et les observations formulées par la commissaire, le commissaire adjoint, les représentants et le personnel administratif qui composent l'équipe du bureau des plaintes. Enfin, vous trouverez des suggestions d'amélioration et des recommandations présentées au courant et dans le cadre de l'exercice financier actuel.

Section II — Commentaires généraux

L'année 2018-2019 s'est avérée être une année particulièrement difficile pour le bureau et l'équipe de la commissaire. Il y a eu un roulement de personnel inattendu, y compris en ce qui concerne la commissaire et plusieurs membres de l'équipe de soutien administratif. Il y a eu, et il continue d'y avoir, une instabilité au sein de l'équipe puisque deux des trois représentants de l'équipe demeurent dans des postes temporaires.

De plus, tout au long de la majeure partie de l'année financière, il y a eu un changement de stratégie et une tentative de rationaliser les activités du bureau et de rééquilibrer la charge de travail des membres de l'équipe en centralisant l'emplacement de l'équipe à l'Hôpital général juif et en établissant un système centralisé comportant un numéro de téléphone unique et une adresse de courriel centralisée.

Nous tenons aussi à exprimer toute notre gratitude à tous les membres de l'équipe pour leur engagement continu à améliorer la qualité des soins, leur persévérance face à des pressions inhabituelles et leur dévouement envers les patients et leurs proches.

La responsabilité supplémentaire consistant à recevoir et encadrer les activités de la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*, ch. L-6.3, a représenté d'autres défis, comme ce fut le cas pour la plupart des employés du CIUSSS impliqués dans les soins aux personnes âgées. Bien qu'il existe des politiques et des méthodes, en définitive, c'est par l'expérience et par essais et erreurs que nous serons mieux en mesure de suivre efficacement et d'encadrer ces situations. Notre équipe a eu la chance de compter parmi ses membres une représentante ayant une grande expérience clinique dans le domaine de la maltraitance des personnes âgées, ce qui a facilité l'intégration de ce dossier dans le fonctionnement et les activités du bureau. Malheureusement, elle quitte notre équipe pour assumer un rôle important à l'échelle régionale pour ce même dossier et pour lequel nous souhaitons lui adresser toutes nos félicitations.

L'actuel système de gestion des plaintes, SIGPAQS, le programme de gestion des plaintes imposé par le MSSS, demeure le principal outil à la disposition de ce bureau pour la collecte et l'analyse des données relatives à toutes ses activités. Comme mentionné dans les années précédentes, bien que le système ait certaines forces qui, lorsqu'elles sont optimisées, peuvent mener à un processus administratif plus efficace et, idéalement, un bureau « sans papier », il a certaines faiblesses qui continuent de nous empêcher de fournir au CIUSSS un portrait clair de la provenance des plaintes et quels en sont les principaux éléments, ainsi que de fournir un outil efficace qui nous permettrait de suivre les changements identifiés et les engagements pris par différents programmes dans la mise en œuvre de ces changements.

L'une des priorités de ce bureau consistera à tenter d'adapter la structure organisationnelle du SIGPAQS à la réalité de l'organigramme du CIUSS afin que nous puissions fournir des renseignements plus précis aux gestionnaires. Ce projet sera dirigé par le commissaire adjoint qui s'est déjà avéré être très habile à comprendre et à utiliser les données qui sont présentement disponibles.

Un second nouveau mandat a été ajouté au bureau de la commissaire : les plaintes provenant des résidences privées pour personnes âgées. Il y a 29 résidences du genre dans ce territoire comportant, au total, plus de 2 400 résidents. Il y a eu une démarche active pour informer les propriétaires de ces établissements de leurs responsabilités et leur fournir des outils pour s'assurer que leurs résidents soient conscients de leur droit de se plaindre et de la façon de joindre le bureau de la commissaire pour porter

plainte. Aucune ressource supplémentaire n'a été allouée à notre équipe pour cette activité ou les activités liées à la maltraitance des personnes âgées. Ceci mettra plus de pression sur une équipe déjà fortement sollicitée.

Comme indiqué dans plusieurs rapports annuels précédents, notre CIUSSS, en particulier l'HGJ, a été confronté à une accumulation de dossiers de plaintes médicales. Nous avons été très chanceux d'avoir été en mesure de recruter plusieurs nouveaux médecins examinateurs, ce qui a permis de prendre en charge et traiter un plus grand nombre de plaintes. Il y a eu un effort concerté dans la collaboration entre le médecin examinateur principal, le docteur Warshawsky, le bureau de la commissaire et le bureau du directeur des services professionnels pour examiner attentivement et communiquer avec les plaignants qui attendent au-delà d'un certain laps de temps et cela a favorisé la fermeture d'un nombre important de dossiers accumulés.

Bien qu'il y ait toujours un certain arriéré de plaintes, nous continuons à travailler dur pour l'éliminer tout en répondant aux plaintes reçues dans les délais impartis. Il serait négligent de notre part de ne pas exprimer notre plus sincère appréciation pour le travail effectué par le docteur Paul Warshawsky pendant son mandat à titre de médecin examinateur principal. Son traitement des plaintes était toujours complet et réfléchi et la supervision et les conseils qu'il a fournis aux nouveaux médecins examinateurs a été grandement apprécié.

Section III — Statistiques

Tableau A — Plaintes, interventions et assistances*

Année	Plaintes (non médicales)	Interventions	Assistances	Consultations	Recours au protecteur du citoyen	Plaintes médicales
2018-2019	172	8	1634	60	15	108
2017-2018	279	11	1146	60	22	84
2016-2017	378	15	1015	75	12	74

*Les plaintes peuvent être associées à plus d'un motif et les statistiques reflètent en général plusieurs motifs.

Table B — Plaintes auprès du CPQS réparties par mission d'établissement

Année	Soins actifs	Soins de longue durée*	Réadaptation	CLSC
2018-2019	69,19 % (119)	15,70 % (27)	2,54 % (4)	13,90 % (24)
2017-2018	69,18 % (193)	17,20 % (48)	5,02 % (14)	8,60 % (24)
2016-2017	59,79 % (226)	14,81 % (56)	2,11 % (8)	23,28 % (88)

Table C — Plaintes conclues auprès du CPQS réparties par motif

Année	Qualité des soins	Relations interpersonnelles	Accès	Aspects financiers	Environnement physique	Droits particuliers
2018-2019	35,39 % (63)	25,84 % (46)	12,92 % (23)	4,49 % (8)	11,80 % (21)	9,55 % (17)
2017-2018	31,18 %	26,47 %	14,41 %	4,71 %	16,76 %	6,47 %
2016-2017	31 %	23,4 %	17,35 %	6,9 %	6,3 %	13,45%

Tableau D — Mesures découlant des plaintes auprès du CPQS*

Type de mesure	Qualité des soins	Relations interpersonnelles	Accès	Aspects financiers	Environnement physique	Droits particuliers
Individuelle *	6	1	1	1	-	2
Systemique **	2	2	2	1	1	-
Total	8	3	3	2	1	2

*N. B. Plus d'une mesure peut découler d'une plainte.

Tableau E — Plaintes par mission

Année	Soins actifs	Soins de longue durée	CLSC	Réadaptation
2018-2019	100 (92,59 %)	3 (2,78 %)	5 (4,63 %)	-
2018-2018	76 (90,48 %)	6 (7,14 %)	1 (1,19 %)	1 (1,19 %)
2016-2017	67 (90,54 %)	5 (6,76 %)	2 (2,70 %)	-

Table F — Dossier de maltraitance

Type d'implication	Assistance	Intervention	Consultation
Nombre	18	7	5

Table G — Plaintes médicales réparties par motif*

Année	Qualité des soins	Relations interpersonnelles	Accès	Aspects financiers	Environnement physique (incluant sécurité)	Droits particuliers
2018-2019	67,69 %	23,49 %	2,10 %	1,34 %	-	5,37 %
2017-2018	68,21 %	22,52 %	4,64 %	0,66 %	-	3,97 %
2016-2017	78,6 %	7,1 %	9,5 %	-	-	4,8 %

* Les plaintes peuvent être associées à plus d'un motif et les statistiques reflètent en général plusieurs motifs.

Table H — Pourcentage de plaintes réglées dans un délai de 45 jours

Année	CPQS	Médecin examinateur
2018-2019	12,74 %	7,74 %
2017-2018	52,66 %	9,49 %
2016-2017	62,50 %	7,50 %

Table I — Comité de révision

En cours au début de l'exercice	Demandes reçues	Demandes conclues	Demandes en cours à la fin de l'exercice
8	12	9	11

Section IV — Observations tirées des plaintes et statistiques

1. Diminution du nombre de plaintes non médicales

Il y a eu une diminution importante du nombre de plaintes non médicales inscrites au registre et une augmentation substantielle équivalente du nombre d'assistances. Nous croyons que la diminution du nombre de plaintes comporte trois volets. Premièrement, nous pensons que le roulement presque complet des membres de l'équipe, avec l'arrivée d'une nouvelle commissaire et de nouveaux représentants, a eu un grand impact. La confiance et la crédibilité sont des éléments implicites dans la procédure d'examen des plaintes. C'est essentiel que les employés et les gestionnaires en viennent à connaître l'équipe et sa philosophie et soient convaincus que nous partageons le même objectif d'améliorer la qualité des soins pour tous les usagers. Deuxièmement, la tentative de centraliser l'équipe a eu pour conséquence de diminuer la présence du personnel des plaintes dans les différents établissements, ce qui a diminué les activités de promotion et le degré de proximité entre le personnel et les représentants à qui ils peuvent se sentir à l'aise de diriger facilement les usagers insatisfaits et leur famille. Enfin, et surtout, il y a eu un effort concerté pour offrir une aide et une solution plus immédiates vis-à-vis les préoccupations exprimées.

Une diminution du nombre de plaintes peut être envisagée sous plusieurs angles. Nous pensons que le nombre de plaintes n'est pas aussi important que la nature des plaintes et les possibilités d'amélioration qui sont identifiées. Étant donné qu'il est impossible de toujours répondre à tous les besoins et toutes les attentes de nos usagers et résidents des différents établissements de soins, nous nous attendons à toujours recevoir un certain nombre de plaintes à inscrire au registre. Ce n'est pas nécessairement l'indication d'un service médiocre, mais plutôt le résultat de la transparence du processus et une façon de signifier aux usagers insatisfaits qu'ils ont le droit, sinon la responsabilité, d'exprimer leurs préoccupations. Les comités d'usagers restent disponibles pour aider les usagers à exprimer leur mécontentement et leurs préoccupations; enfin, il convient de noter que la présence et la contribution du personnel du bureau de la commissaire seront améliorées l'année prochaine.

Au fur et à mesure que l'équipe peaufinera son approche organisationnelle hybride consistant à assurer une présence sur place tout en centralisant la réception des nouvelles plaintes et des demandes d'assistance, les canaux de communication deviendront plus clairs et nous croyons que les possibilités de consultation et d'assistance augmenteront.

2. Augmentation du délai pour conclure les plaintes non médicales

Quatre facteurs ont contribué à cette augmentation qui est, à tous égards, inacceptable et nécessite un plan d'action clair pour la corriger. Il y a eu d'abord, encore une fois, l'instabilité ainsi que le manque de personnel dans l'équipe. L'incapacité du personnel à assurer une présence constante dans les établissements, associée à une volonté d'affecter le personnel en fonction de son expertise, ont eu pour conséquence qu'il était difficile pour le personnel de se familiariser et de mieux connaître la structure organisationnelle et procédurale de chaque établissement.

Deuxièmement, cette instabilité et le manque de personnel ont augmenté le temps qu'il a fallu pour que le personnel identifie les principaux intervenants qui pouvaient non seulement aider à comprendre le

contexte d'une plainte, mais qui connaissaient aussi très bien la politique et les méthodes qui encadraient les soins ou les services, et pour qu'il soit en mesure de proposer des solutions.

Troisièmement, selon les exigences de la *Loi sur la santé* quant à la personne qui est légalement en mesure de déposer une plainte, il y a eu un effort concerté, au cours de la majeure partie de l'année, pour s'assurer que les plaintes reçues étaient, en fait, valides et cela a retardé le début des procédures d'examen. Tout ceci a suscité des débats sains et actifs au sein de l'équipe et a donné lieu à des lignes directrices opérationnelles plus claires qui rendent la procédure d'inscription au registre ou le rejet des plaintes plus efficaces.

Enfin, l'augmentation du nombre d'assistances et le temps nécessaire pour y répondre et les résoudre ont été augmentés. Certaines assistances sont en soi très complexes et nécessitent plusieurs étapes avant de pouvoir les résoudre.

La mise en œuvre, en 2019-2020, d'un système hybride où le personnel se verra attribuer la responsabilité d'un établissement primaire, en plus d'une responsabilité secondaire à l'Hôpital général juif, devrait avoir un impact positif sur ce délai et l'objectif de l'équipe, l'an prochain, à condition que l'équipe soit complète, est d'atteindre un taux de résolution des plaintes de 70 % dans le délai de 45 jours imparti, conformément à la moyenne provinciale.

Nous avons aussi été confrontés à une perception constante, dans certaines directions, selon laquelle l'accès au dossier de soins d'un usager était limité par programme au lieu d'être accessible sous l'égide du CIUSSS. Par conséquent, lorsqu'une plainte avait des répercussions sur plus d'une division, les gestionnaires exprimaient leur conviction qu'ils n'avaient pas le droit d'examiner le dossier pour les services dispensés par un autre programme, et ce, même si le client avait reçu des soins dans les deux programmes.

3. Stabilité dans le pourcentage global de plaintes provenant des soins de courte durée

Soixante-dix pour cent (70 %) des plaintes non médicales et 92 % des plaintes médicales provenaient de l'Hôpital général juif. Cela est cohérent avec les dernières années et, bien sûr, la réalité de l'hôpital à titre de centre de soins de courte durée. Un thème, cependant, identifié dans les plaintes de nature médicale et non médicale en soins de longue durée et en centres de réadaptation, est la croyance et le souhait de beaucoup d'usagers que l'accès et les interactions avec les médecins de ces établissements soient améliorés et simplifiés. C'est particulièrement le cas dans certains centres de soins de longue durée.

La question du manque de cohérence dans la communication dans et entre certaines unités de soins continue d'engendrer des plaintes. Comme au cours des dernières années, les patients hors service constituent un problème particulier à cet égard. En dépit des efforts de l'équipe où se trouve le patient et de l'équipe responsable des soins de santé primaires, la question des bris de communication touchant les soins n'est toujours pas résolue.

Il y a eu un certain nombre de plaintes provenant des familles de patients recevant des soins palliatifs en dehors des milieux de soins dédiés à cet effet. Les soins palliatifs sont une approche très spécialisée qui est parfois incompatible avec les approches utilisées par le personnel en soins de courte durée, où les efforts sont axés sur une intervention active pour le traitement et la guérison, plutôt que sur les soins palliatifs et le confort.

Le Service d'urgence de l'HGJ continue de générer un volume élevé de plaintes, ce qui est compatible avec l'augmentation du nombre de patients qu'ils ont vus. Dans ces plaintes, nous avons souvent découvert que beaucoup de gens continuent d'utiliser l'urgence de façon inappropriée à la fois à cause d'une mauvaise compréhension de la véritable mission du Service d'urgence et d'un manque de sensibilisation sur les autres options qui s'offrent à eux au moment où ils croient qu'ils nécessitent une attention immédiate. Info-Santé ne semble pas être bien utilisé par un grand nombre de ces patients et apparemment pas suffisamment connu du grand public.

Nous continuons de recevoir les préoccupations d'un grand nombre de patients à propos du fait que les médecins responsables de leurs soins dans les cliniques ambulatoires ne sont pas au courant ou informés de leurs hospitalisations. Ce constat s'étend aussi aux médecins de famille de la communauté qui ont des liens avec l'hôpital, mais qui sont seulement informés par leurs patients qu'ils ont été hospitalisés.

4. Motifs des plaintes

Il y a une grande cohérence en ce qui concerne le motif des plaintes de nature médicale et non médicale. Comme au cours des dernières années, la qualité des soins et les relations interpersonnelles (communication) sont le principal motif associé aux deux types de plaintes. Il y a eu une petite (mais constante) diminution du nombre de plaintes concernant l'accès aux soins et nous croyons que c'est très probablement dû à la centralisation des rendez-vous, ce qui a permis de réduire le nombre d'appels reçus par le Commissariat aux plaintes concernant l'accès par téléphone.

Cela étant dit, un nouveau type de plainte a commencé à émerger avec la mise en œuvre des appels automatisés pour confirmer les rendez-vous. Puisque ce système est automatisé et dépend de la saisie des données relatives à la langue privilégiée, nous avons reçu de nombreux appels des usagers dont la langue principale est le français ou l'anglais qui avaient reçu l'appel dans une langue autre que la langue privilégiée. Le chef de la centrale de rendez-vous tente présentement de résoudre ce problème.

Il y a eu une légère augmentation du nombre de plaintes concernant les objets perdus. Ces types de plaintes nécessitent que le personnel y consacre une quantité démesurée de temps et elles ont des conséquences financières pour le CIUSSS puisque le remboursement est souvent l'objectif.

5. Maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité

En mai 2017, le projet de loi 115, visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité, a été adopté. Cette loi prévoit plusieurs mesures pour contrer la maltraitance notamment, la bonification du rôle du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services (CLPQS), le signalement obligatoire de certaines situations de maltraitance et l'adoption obligatoire d'une politique de lutte contre la maltraitance envers les personnes en situation de vulnérabilité. Ainsi, la loi confie au commissariat aux plaintes et à la qualité des services de tous les établissements de santé et de services sociaux au Québec, la responsabilité de traiter les signalements effectués dans le cadre de la politique de lutte contre la maltraitance envers les personnes en situation de vulnérabilité de son établissement.

En ce sens, la loi prévoit que chaque établissement de santé et de services sociaux doit se doter d'une politique pour contrer la maltraitance, et ce, au plus tard le 30 novembre 2018. Bien que notre CIUSSS se

soit doté d'une telle politique et de procédures, les rôles et responsabilités de chacun des intervenants interpellés par la politique continueront de se clarifier avec l'expérimentation. Il nous apparaît aussi que ce nouveau rôle, confié au commissariat par la loi, n'est pas bien connu ou encore incompris par les acteurs du CIUSSS. Aussi, nous croyons que ce rôle spécifique devrait faire l'objet d'une promotion active. Par ailleurs, au sein de notre commissariat, des efforts sont déployés afin de développer une meilleure compréhension de notre rôle et des directives de la politique nous concernant, à la fois pour notre équipe et pour le CIUSSS dans son ensemble, afin de permettre une approche cohérente pour cet important dossier.

Section V — Changements provoqués par le processus

1. À la suite d'une plainte en particulier, il y a eu des précisions concernant l'obligation de tous les services de répondre aux besoins des usagers ayant des limitations physiques qui doivent recevoir des soins, ainsi que d'identifier pour l'équipe la façon dont ils pourraient se procurer l'équipement et le personnel nécessaires pour prodiguer ces soins.
2. À l'hôpital, un certain nombre de plaintes, lorsqu'elles ont été examinées, portaient sur la nécessité d'améliorer la démarche relative au consentement éclairé pour les interventions et les opérations. Cela a été discuté dans plusieurs tribunes.
3. Les lignes directrices pour l'imagerie avec contraste ont été modifiées grâce aux efforts du médecin examinateur, le docteur Harvey Sigman. Ces changements ont été diffusés partout dans l'hôpital dans le cadre d'une révision du bulletin de pharmacie.
4. Un outil simple a été élaboré par le commissariat aux plaintes pour aider les patients qui souhaitent signaler et demander un remboursement pour des objets perdus.
5. Une note a été envoyée au chef de la sécurité, qui préside le comité concernant la sécurité des biens personnels, offrant certaines directives pour le remboursement potentiel des effets personnels, ainsi qu'une clarification de la responsabilité des services et départements à cet égard.
6. Une trousse d'information a été élaborée et est en cours d'utilisation pour les patients et leurs proches, lorsqu'une relocalisation en soins de longue durée a été décidée pour leur orientation au congé. Celle-ci comprend un consentement éclairé qui identifie les étapes de la démarche ainsi que les responsabilités et l'autorité implicites dans la démarche de relocalisation.
7. Le personnel en soins infirmiers oncologiques, en collaboration avec le Service de radiologie interventionnelle, a été en mesure de s'assurer que le port-a-cath d'un patient puisse être utilisé pour l'injection de produits de contraste aux patients oncologiques lorsqu'ils doivent subir une tomodensitométrie. Compte tenu de la fragilité de leurs veines et des préoccupations souvent exprimées par les patients qui reçoivent des traitements de chimiothérapie pour minimiser le nombre de fois que leurs veines sont utilisées, c'était un changement très important.
8. Une formation importante a été offerte par l'équipe PCI sur les protocoles d'hygiène spécifiques en ce qui concerne les mesures nécessaires pour protéger les usagers et le personnel soignant pour la prévention de la propagation de certaines infections nosocomiales.

9. Il y a eu des efforts fructueux pour rétablir des relations de travail solides avec les directeurs des soins infirmiers qui ont mené à des engagements envers la promotion et le renforcement des expériences positives pour les patients.
10. Certaines pratiques en matière de déclaration des accidents et des incidents ont été examinées pour se conformer davantage à la *Politique sur la culture de sécurité des usagers* du CIUSSS.

Section VI — Recommandations et propositions d'amélioration

Voici les propositions et recommandations pour améliorer la qualité des soins et des services au sein du CIUSSS COM :

1. Que la politique sur les objets perdus et trouvés soit examinée et mise à jour en mettant l'accent sur la prévention et en assurant une plus grande sécurité des effets personnels des patients.
2. Que le Service des archives médicales fournisse une déclaration formelle ou une formation aux gestionnaires à propos de l'accès aux dossiers des usagers du CIUSSS pour les usagers suivis par plus d'un service ou département.
3. Que les gestionnaires et les superviseurs soient encouragés à continuer à améliorer leurs habiletés de communication dans tous les aspects de l'encadrement (surveillance, évaluation, consultation et formation).
4. Le droit des usagers ayant des déficiences physiques à recevoir tous les services sociaux et de santé est absolu. Le CIUSSS doit faire un effort délibéré pour s'assurer que ce n'est pas seulement connu de tous les établissements, mais que les gestionnaires reçoivent des renseignements sur la façon dont ils peuvent chercher à obtenir les services, que ce soit par le prêt de personnel ou d'équipement, en se procurant l'équipement spécialisé (p. ex., lève-patient, civières mobiles), etc.
5. Il faut reconnaître que les membres du personnel sont confrontés à de nombreux défis, y compris, parfois, à des usagers dont le comportement et les exigences sont difficiles à gérer ou à satisfaire pour eux. Trop de temps est souvent consacré à une petite cohorte d'usagers ayant ce profil et pour qui une stratégie d'équipe cohérente est nécessaire. Les membres du personnel se retrouvent souvent coincés à vouloir tellement aider qu'ils peuvent accepter quelque chose qui, tout en étant utile momentanément, devient problématique plus tard pour leurs coéquipiers ou eux-mêmes,

Nous croyons qu'une expertise existe au sein du CIUSSS afin de développer les compétences du personnel et de lui fournir de meilleurs outils pour prendre en charge les usagers et les familles ayant ces comportements difficiles, et que cela doit être offert à tous les établissements, les services et les départements dans lesquels un contact direct a lieu avec la clientèle. Le personnel de chevet, le personnel qui fournit des services directs et le personnel de la réception doivent être priorités.

6. Le personnel de première ligne des cliniques ambulatoires doit toujours être soutenu et supervisé de façon constante dans leur rôle, leurs responsabilités et leurs droits quand il s'agit d'abus liés

au milieu de travail en ce qui concerne la *Politique sur la courtoisie et la prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail*. Conçue pour être un outil de conciliation, une meilleure compréhension de la politique pourrait, nous croyons, diminuer le nombre de plaintes liées aux problèmes de communication.

7. Plus d'efforts devraient être consacrés pour fournir aux patients ayant obtenu leur congé de tout service ou département, en particulier de l'urgence ou d'une unité de soins médicaux, des renseignements à propos des services d'Info-Santé.
8. Les services techniques du CIUSSS doivent accorder la priorité à l'établissement de liens entre l'admission d'un patient par l'urgence, le Service des archives médicales et les médecins traitants qui permettent que des alertes soient envoyées à un médecin ou aux médecins désignés par les patients, en les informant de la présence d'un patient à l'urgence et de leur admission ou de leur congé subséquents.
9. Le rôle du médecin des cliniques ambulatoires, lorsque leurs patients sont hospitalisés, doit être clarifié et des attentes claires déterminées et partagées avec les patients. Les attentes non réalisées, qu'elles soient fondées sur la réalité ou non, sont le plus souvent la source d'une plainte.
10. La Direction des soins infirmiers doit assurer la formation continue du personnel, notamment en ce qui concerne la prestation de soins palliatifs dans le cadre desquels un changement d'approche doit se faire pour passer d'un traitement actif ayant un objectif curatif à des soins palliatifs ayant pour objectif le confort de l'utilisateur.

Annexe 1 — Liste des membres du personnel du bureau de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Mme Rosemary Steinberg, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services par intérim (mandat terminé le 27 mai 2019)

Mme Maude Laliberté, nouvelle commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services (depuis le 27 mai 2019)

Mme Marisol Mirò, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services (démissionnaire à compter de février 2019)

M. Jean-Philippe Payment, commissaire adjoint aux plaintes et à la qualité des services par intérim

Mme Marick Bertrand, représentante de la commissaire (démissionnaire à compter du 9 mai 2019)

Me Angélique Tsasis, représentante de la commissaire

Mme Helen Vassiliou, technicienne administrative

Mme Marie-Madeleine Chaslas, agente administrative

Mme Navit Kaur, technicienne administrative (depuis le 27 mai 2019)

Annexe 2 — Liste des médecins examinateurs actifs depuis le 1^{er} avril 2019*

*En ordre alphabétique

D^{re} Vania Jimenez

D^r Markus Martin

D^r Ronald Ludman

D^r Blair Schwartz

D^r Nathan Sheiner

D^r Harvey Sigman

D^r Paul Warshawky