

# Rapport annuel 2019-2020



## **Commissariat aux plaintes et à la qualité des services**

CIUSSS Centre-Ouest de l'Île-de-Montréal  
Maude Laliberté pht MSc PhD, Commissaire

## Mot de la Commissaire

Ce rapport annuel vise à vous présenter un bilan des insatisfactions reçues pendant l'année financière 2019-2020 auprès du Commissariat, soit du 1<sup>er</sup> avril 2019 au 31 mars 2020. L'année financière 2019-2020 fut marquée par l'arrivée d'une nouvelle équipe de gestion, soit moi-même à titre de commissaire et M. Jean-Philippe Payment à titre de commissaire adjoint.



Au cours de cette année financière, l'équipe du Commissariat en est venue à la réalisation que bien que des procédures d'usage communes aient été en application, celles-ci n'avaient pas fait l'objet d'une consignation officielle. Nous avons donc commencé la rédaction d'un guide de procédures internes, incluant la description détaillée du mandat et l'ajout des valeurs du commissariat comme éléments unificateurs de ce guide. Le mandat du Commissariat aux plaintes du CIUSSS Centre-Ouest de l'Île-de-Montréal est d'abord établi par décision du législateur en vertu de l'article 29 de la LSSSS et est localement balisé par l'application du

*Règlement* adopté par les membres du CA le 1er décembre 2016. Les valeurs phares du bureau de la Commissaire sont : l'**accessibilité** pour l'ensemble des usagers au mécanisme d'examen des plaintes, l'**équité** dans le traitement des plaintes et finalement l'**impartialité** du bureau de la commissaire lors de l'examen de situations visant à l'**amélioration continue de la qualité des soins et services** au sein du CIUSSS. Nous prévoyons finaliser ce guide de procédures internes, et de demander la révision du Règlement comme ce dernier l'exige pendant la prochaine année financière. Cette mise à jour permettra, entre autres, de s'assurer de la compatibilité de la procédure avec les mandats grandissants du Commissariat.

Dans un même ordre d'idée, le processus des plaintes a commencé à être cartographié pour clarifier les attentes de collaboration des partenaires en vertu de la LSSSS. À ce titre, des rencontres ont eu lieu avec la majorité des directions du CIUSSS, avec certains comités, comme le comité de vigilance et le comité de révision, pour clarifier les processus du Commissariat, les prérogatives que la LSSSS permet au Commissariat, ainsi que pour préciser les modes de communication futurs. D'ailleurs, nous siégeons désormais systématiquement au comité de vigilance tel que la LSSSS l'exige et transmettons systématiquement l'ensemble des mesures correctives et recommandations émises dans nos dossiers de plaintes et d'interventions.

Par ailleurs, le Commissariat a procédé à un audit quantitatif important de ses dossiers de plaintes pour en assurer la conformité et a fait un important virage sans papier par mesure d'efficacité. Pour pouvoir faire une rétroaction plus pertinente au CIUSSS et aux différentes directions, nous avons mis à jour notre arborescence de classification administrative dans Sigpaqs<sup>1</sup>, pour l'arrimer avec les arborescences utilisées auprès de la direction de la Qualité. Notre objectif final étant toujours d'offrir une reddition de compte signifiante pour faciliter la mise en place de recommandations du Commissariat visant à l'amélioration de la qualité des services.

---

<sup>1</sup> Système intégré de gestion des plaintes et d'amélioration de la qualité des services

Le 25 novembre 2019, un plan d'action a été déposé au président-directeur général, aux membres du conseil d'administration et aux membres du comité de vigilance. Le plan d'action a été présenté lors d'une séance à huis clos du conseil d'administration le 30 janvier 2020. Ce plan cerne les besoins en matière de ressources du Commissariat aux plaintes et à la qualité des services pour qu'il réponde adéquatement à son mandat. Le Commissariat est en situation de sous-effectif chronique dans un contexte de complexification constante de son mandat. Il est indéniable que le CIUSSS s'est vu attribuer des responsabilités populationnelles croissantes au cours des dernières années, augmentant de façon corolaire la tâche du Commissariat. Ce dernier subit une croissance du nombre de plaintes, un élargissement du nombre de milieux sous sa juridiction et des ajouts incessants de mandats ministériels. À contrario, le Commissariat n'a bénéficié d'aucune augmentation substantielle de son budget ou de ses ressources. Cette situation lui a causé des problèmes structurels majeurs sur le plan de la stabilité de son personnel, dans les délais de réponse aux plaintes des usagers et finalement avec une diminution de l'accessibilité au processus de plainte. Le plan d'action incluait une feuille de route de collaboration avec les médecins examinateurs pour réduire de façon substantielle l'arriéré des dossiers de plaintes médicales. Il comprenait également l'ajout de contractuels temporaires à l'équipe permettant de pallier les besoins criants de personnel qualifié dans l'attente d'ajout de ressources permanentes.

Il est impossible de passer sous silence, dans ce rapport annuel, les incroyables bouleversements en lien avec la crise sanitaire de la COVID-19. Très rapidement, l'Hôpital Général Juif (HGJ) a été identifié comme l'un des quatre hôpitaux désignés pour recevoir les personnes atteintes de la COVID-19 nécessitant une hospitalisation. Ce rapport annuel fera état des préparatifs et du suivi du Commissariat pour faire face à cette crise sanitaire, ainsi qu'un sommaire des enjeux et préoccupations se dégageant des plaintes et des assistances reçues pendant la période de pandémie comprise à l'intérieure de cette année financière.

Finalement, il s'agit d'un honneur et d'un privilège de pouvoir travailler au sein d'une équipe aussi dynamique et dévouée, qui tient à cœur l'amélioration de la qualité des services pour les usagers. Je ne saurais passer sous silence le travail remarquable réalisé par les médecins examinateurs qui ont travaillé d'arrache-pied pour réduire de façon substantielle l'arriéré de plaintes médicales. Un merci particulier au Dr Harvey Sigman qui a accepté de jouer le rôle central de médecin examinateur principal pour aider à la coordination efficace de l'ensemble des plaintes médicales. Je tiens également à rendre hommage à Mme Rosemary Steinberg, qui a été commissaire aux plaintes et à la qualité des services de mars 2009 à juin 2018, et qui s'est dévouée pour prêter main-forte au Commissariat à deux reprises après sa retraite. Mme Steinberg a su marquer les usagers, leur famille et l'ensemble du personnel du CIUSSS. Elle a été une commissaire humaine, présente, dévouée, accessible, ainsi qu'une merveilleuse mentore et je tenais absolument à la remercier pour la confiance qu'elle m'a accordée. Toda Raba Rosemary!

Vous trouverez dans la première partie du rapport les données relatives aux activités concernant les plaintes non médicales au sens de la LSSSS, ainsi que des statistiques sur les autres activités du Commissariat. La deuxième partie comprend le rapport du Médecin Examineur en lien avec les plaintes médicales. Finalement, la troisième partie présentera les données du Comité de Révision du CIUSSS.



Maude Laliberté pht MSc PhD  
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

## Préambule

La Commissaire aux plaintes et à la qualité des services est responsable du traitement des plaintes pour tous les établissements liés au CIUSSS Centre-Ouest de l'Île-de-Montréal (« CIUSSS »). Elle travaille conjointement avec les médecins examinateurs et avec le comité de révision pour le traitement des plaintes de nature médicale.



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* (LSSSS), qui énonce les responsabilités du conseil d'administration et du commissaire en matière de reddition de comptes au sujet des plaintes :

*(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 (...).*



La Commissaire est également responsable du traitement des signalements effectués dans le cadre de la politique de lutte contre la maltraitance rédigée 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.

## Table des matières

<b>Mot de la Commissaire</b> .....	<b>1</b>
<b>Préambule</b> .....	<b>3</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>5</b>
<b>Bilan des activités du Commissariat</b> .....	<b>5</b>
<i>Volume d'activité</i> .....	5
<i>Nombre de plaintes reçues et traitées</i> .....	6
<i>Motifs des plaintes</i> .....	6
<i>Conclusion des plaintes</i> .....	7
<i>Délais d'examen des plaintes</i> .....	10
<i>Recours auprès du Protecteur du citoyen</i> .....	11
<i>Ensemble des activités du Commissariat</i> .....	12
Interventions .....	12
Promotion.....	12
Maltraitance .....	14
COVID-19 .....	16
<b>Rapport du médecin examinateur</b> .....	<b>20</b>
<i>Nombre de plaintes reçues et traitées</i> .....	20
<i>Délais d'examen des plaintes</i> .....	20
<i>Motifs des plaintes</i> .....	21
<i>Conclusion des plaintes</i> .....	21
<b>Rapport du comité de révision</b> .....	<b>24</b>
<i>Nombre de demandes de révision reçues et traitées</i> .....	24
<i>Délais d'examen des demandes de révision</i> .....	24
<i>Motifs des plaintes ayant fait l'objet d'une demande de révision</i> .....	25
<i>Conclusions des demandes de révision</i> .....	25
<i>Commentaires de la commissaire</i> .....	27
<b>Annexe 1 : Liste des instances visées par ce rapport</b> .....	<b>28</b>
<b>Annexe 2 : Traitement des plaintes en fonction des motifs – Commissaire</b> .....	<b>31</b>
<b>Annexe 3 : Liste des membres du personnel</b> .....	<b>33</b>
<i>Membres permanents</i> .....	33
<i>Consultants</i> .....	33
<b>Annexe 4 : Liste des médecins examinateurs (approuvée/s par le CA le 26 septembre 2019)</b> .....	<b>34</b>
<b>Annexe 5 : Liste des membres du comité de révision</b> .....	<b>35</b>



## Introduction

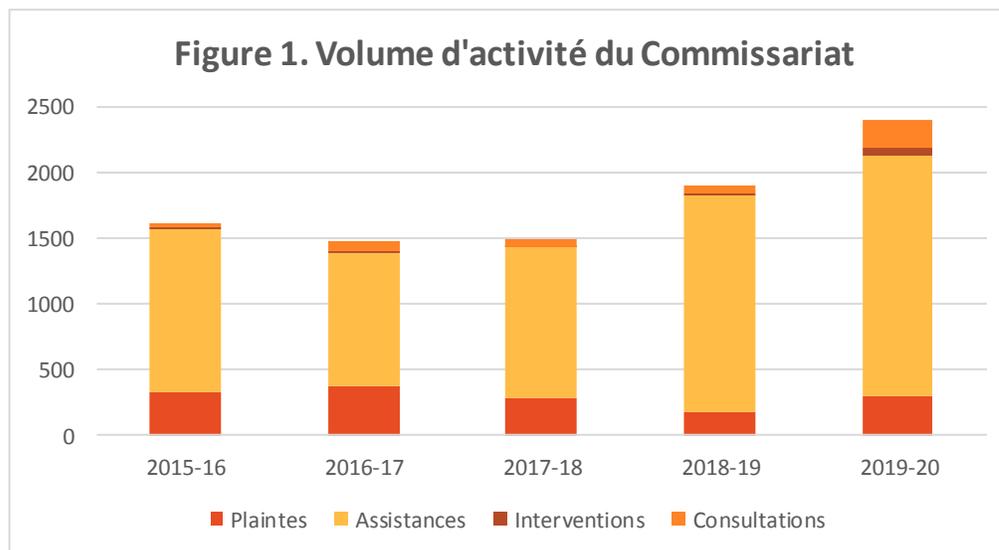
Le présent rapport contient les données relatives aux activités concernant les plaintes médicales et non médicales au sens de la LSSSS, ainsi que des statistiques sur les autres activités du Commissariat et du médecin examinateur comprises à l'intérieur de l'année financière 2019-2020<sup>2</sup>. Celles-ci comprennent au surplus des plaintes, les assistances, les interventions, les consultations et les autres activités liées à la fonction du Commissariat. Il contient aussi les commentaires et les observations formulées par la commissaire et par l'ensemble du personnel qui compose l'équipe du bureau des plaintes. Enfin, vous trouverez des suggestions d'amélioration et des recommandations présentées durant l'exercice financier actuel.



## Bilan des activités du Commissariat

### Volume d'activité

La création des CIUSSS et des CISSSS par décision du législateur a eu une influence tout à fait majeure sur la livraison des services en communauté. Au même titre, de par la création de ces entités administratives et la construction des Commissariats supra-locaux, le volume d'activité du Commissariat a vu une croissance d'importance. Comparativement à 2015 avec un volume d'activité de 1 615 dossiers ouverts de tous types, en 2019-20, il s'agit de 2 408 dossiers de tous types. Ceci représente une croissance de près de 30 % en 5 ans.



<sup>2</sup> L'année financière 2019 se situe entre le 1<sup>er</sup> avril 2019 et le 31 mars 2020.

## Nombre de plaintes reçues et traitées

Au début de l'exercice 2019-2020, 75 plaintes de l'exercice précédent demeuraient en traitement. Pendant l'exercice, 298 plaintes se sont ajoutées et 347 plaintes ont été traitées. 26 plaintes demeurent en traitement pour l'exercice 2020-2021. En comparaison des deux années précédentes, ceci représente une augmentation du volume de plaintes reçues et traitées, ainsi qu'une diminution du nombre de plaintes résiduelles. La figure 2 et le tableau 1 illustrent cette évolution.

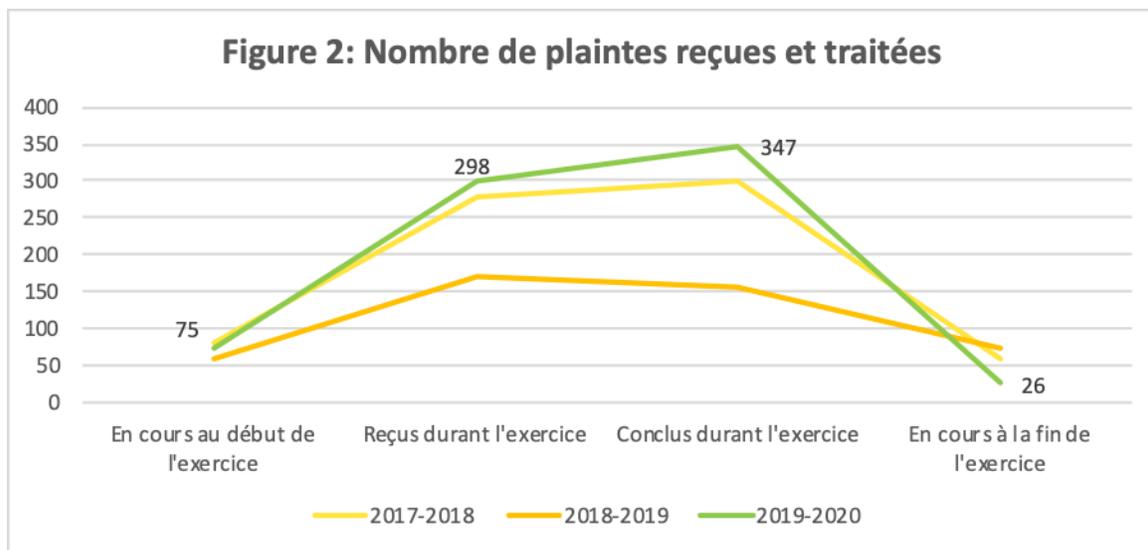


Tableau 1 : Nombre de plaintes reçues et traitées

	2017-2018	2018-2019	2019-2020
Début de l'exercice	82	60	75
Reçus durant l'exercice	278	172	298
Conclus durant l'exercice	300	157	347
Fin de l'exercice	60	75	26

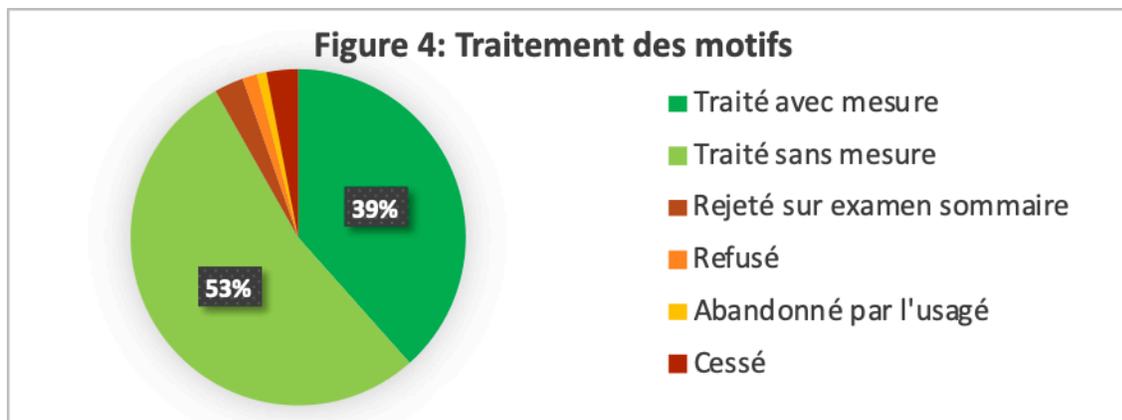
## Motifs des plaintes

Chaque plainte peut comporter plus d'un motif. En 2019-2020, les 347 plaintes conclues comportaient un total de 427 motifs. Les motifs se divisent en 7 catégories. En 2019-2020, les motifs les plus nombreux se trouvent dans les catégories « soins et services dispensés » et « relations interpersonnelles ». La figure 3 illustre la distribution des catégories de motifs. L'annexe 2 comporte un descriptif des motifs précis contenus dans chaque catégorie de motifs, ainsi que le nombre d'incidences pour chaque motif pour 2019-2020.

**Figure 3: Motifs invoqués dans les plaintes**

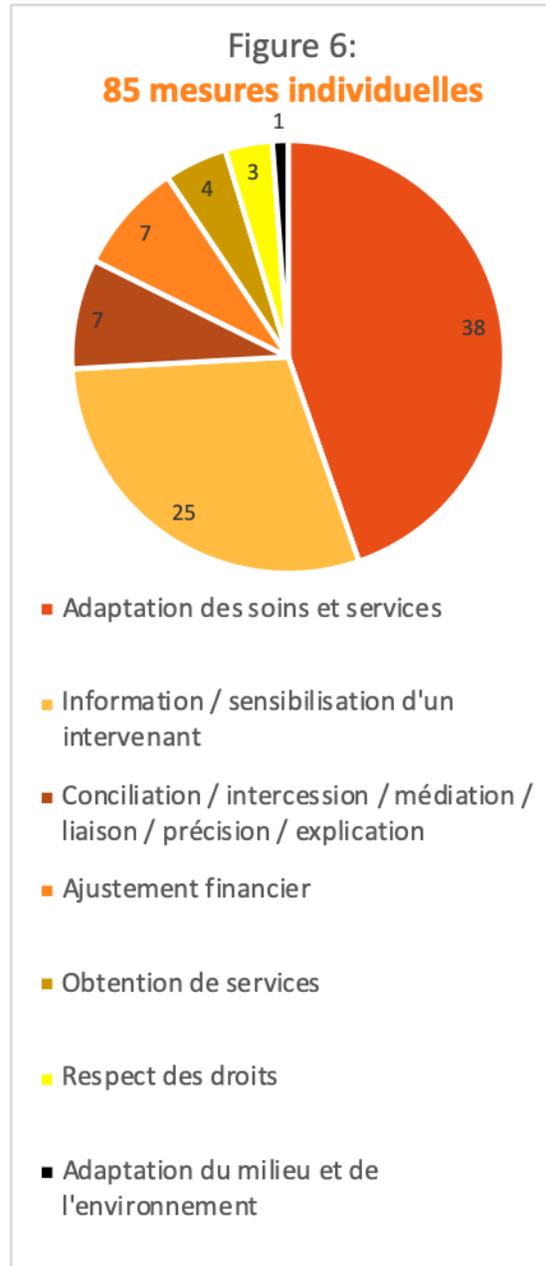
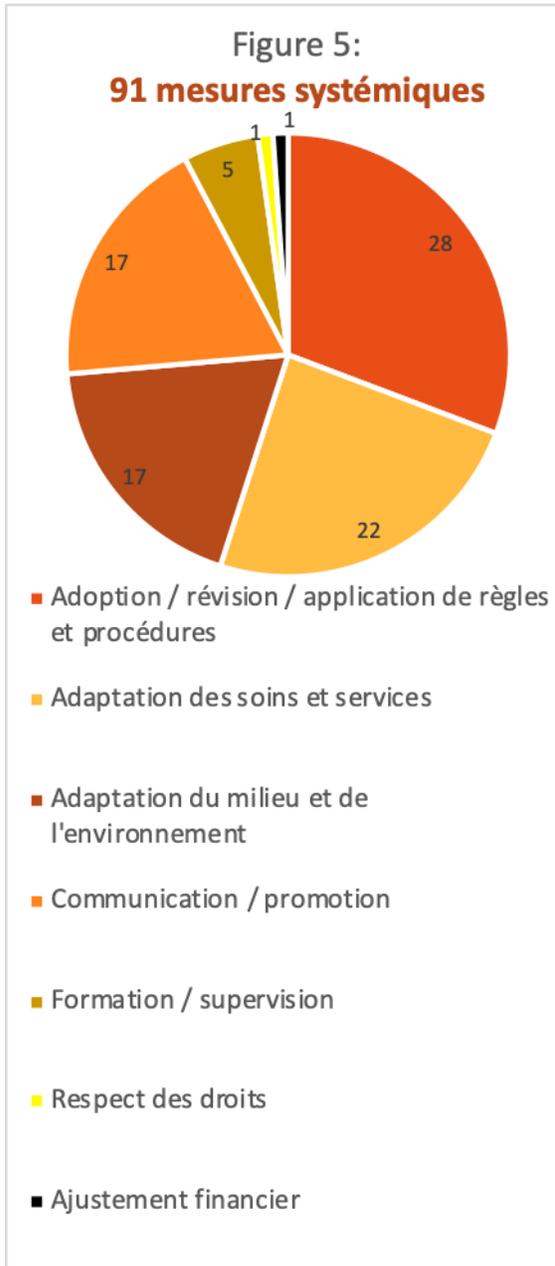
### Conclusion des plaintes

En 2019-2020, la très grande majorité des plaintes (92 %) ont été traitées par le Commissariat, alors qu'uniquement 4 % ont été refusés ou rejetés sur examen sommaire par la Commissaire et 4 % ont été abandonnés ou cessés par l'utilisateur ou son représentant. 39 % des plaintes ont été traitées avec des mesures correctives et 53 % ont été traitées sans mesures. La figure 4 illustre cette distribution.

**Figure 4: Traitement des motifs**

Dans le cadre de l'examen d'une plainte, le personnel du Commissariat doit faire un examen diligent visant une résolution efficace des situations fondées. Cet examen vise d'abord la proposition de solutions susceptible d'atténuer les conséquences de l'objet des plaintes et de trouver des solutions pérennes pour éviter la répétition des éléments de plaintes qui lui sont rapportés. Le Commissariat fait une analyse des situations qui lui sont présentées sur deux plans précis : un lié à l'organisation des services afin que l'ensemble des usagers (meso) puissent bénéficier des recommandations et le second, lié à la situation clinique particulière de l'utilisateur (micro). Par la suite, des recommandations peuvent être transmises à l'établissement pour qu'un suivi et une mise en action des recommandations soient appliqués.

Un total de 176 mesures correctives ont été mises en place suite au processus prévu par le régime d'examen des plaintes en 2019-2020. Ces mesures se divisent en **91 mesures à portée systémique** et **85 mesures à portée individuelle**. Les mesures systémiques les plus communes sont l'adoption/révision/application de règles et procédures et l'adaptation des soins et services. Les mesures individuelles les plus communes sont l'adaptation des soins et services et l'information/sensibilisation d'un intervenant. Les figures 5 et 6 énoncent les mesures proposées et leur incidence.



Voici certaines des recommandations qu'a présentées le Commissariat en vue de l'amélioration des services en 2019-20. Évidemment, cette liste n'est pas exhaustive :

#### Amélioration de la communication interpersonnelle et organisationnelle

- Recommandation d'une rencontre avec le personnel pour rappeler que l'expérience des patients est généralement stressante et que ceux-ci ne connaissent pas le processus normal d'un établissement de santé (ex. à l'urgence).
- Améliorer l'information donnée aux patients qui doivent suivre des diètes pour certaines procédures (ex. PET Scan).
- Que les gestionnaires revoient leurs pratiques pour s'assurer à ce que toutes les informations pertinentes soient disponibles aux usagers (dépliants/site internet).
- Améliorer les communications des intervenants avec les membres de la famille avant le transfert de leur proche vers l'urgence d'un hôpital et entre les intervenants associés à l'hébergement transitoire et permanent.

#### Amélioration de procédures

- Revoir les procédures de facturation pour les patients non assurés avec la RAMQ et s'assurer que les employés concernés soient au courant de celles-ci.
- Revoir les pratiques et procédures administratives pour s'assurer que les appels des usagers soient traités dans un délai raisonnable, en fonction de l'urgence de leur situation clinique.
- Réviser les procédures de transfert de renseignements personnels à une clinique privée.

#### Aspect financier

- Actualiser la politique en matière de vol/perte d'objets et rappeler aux usagers les circonstances dans lesquelles ils demeurent responsables des biens en leur possession.
- Actualiser les contrats de soins à domicile pour qu'ils indiquent que le soignant doit être âgé de plus de 18 ans, et que s'il existe des préoccupations au sujet d'un potentiel soignant, qu'un intervenant assure un suivi avant de confirmer/réfuter une subvention.

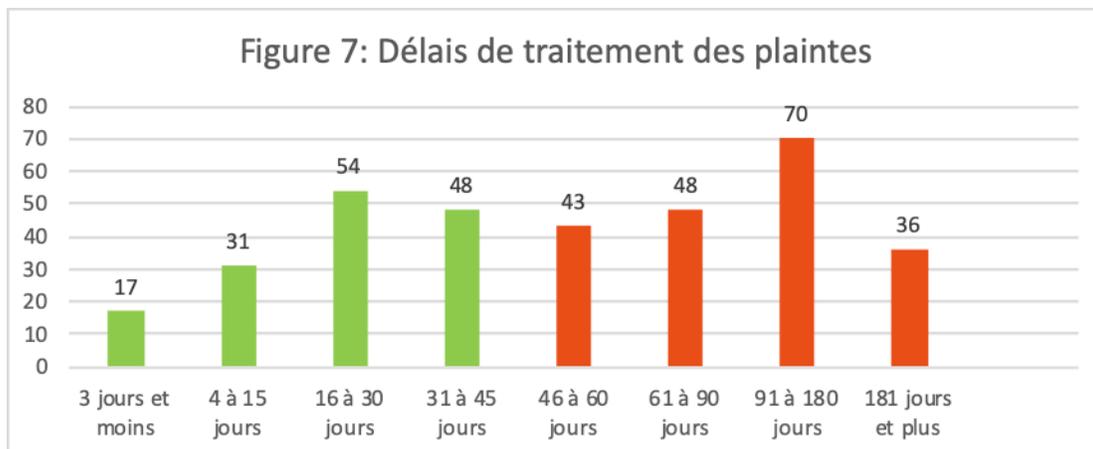
#### Soins et services

- S'assurer de l'identification d'un intervenant pivot remplaçant pour la prise en charge de la clientèle, particulièrement dans des situations comme celles où un intervenant pivot serait absent lors du congé de l'hôpital de l'usager, afin que la mise en place des services soit faite rapidement et diligemment.
- Faire un rappel au personnel des critères pour la prise en charge en physiothérapie à domicile, et les informations devant être incluses dans les références inter-établissements pour faciliter la prise en charge.
- Développement d'un nouveau guide et de matériels éducatifs pour aider à administrer des injections intramusculaires de manière sécuritaire.
- Renforcer les suivis concernant les besoins de l'usager hébergé en transit et leur réévaluation en temps opportun
- Outiller les ressources intermédiaires, les CHSLD et le mécanisme d'accès à l'hébergement afin de les sensibiliser aux changements dans les besoins de la personne hébergée observés au cours de son hébergement temporaire ou transitoire.

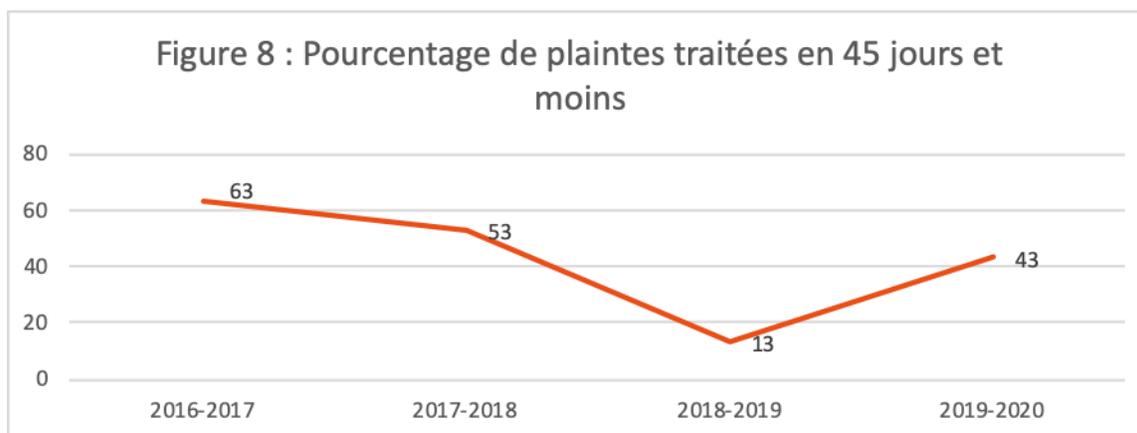


## Délais d'examen des plaintes

La Loi sur les services de santé et les services sociaux demande que les plaintes soient traitées dans un délai de 45 jours. Advenant une impossibilité de respecter ce délai, les commissaires doivent communiquer avec les usagers pour leur expliquer la situation et les informer des autres recours possibles. La figure 7 présente les délais requis pour le traitement des plaintes en 2019-2020.



En 2018-2019, seulement 13 % des plaintes ont pu être traitées à l'intérieur du délai prescrit. Ceci était dû à une instabilité et un manque de personnel dans l'équipe, à une augmentation du nombre d'assistances et au rodage de nouvelles stratégies dans le traitement des plaintes. En 2019-2020, malgré une augmentation du nombre de plaintes, et du volume général d'activités du commissariat, la proportion de plaintes traitées à l'intérieur du délai de 45 jours a été augmentée à 43 %. La figure 8 présente l'évolution du pourcentage de plaintes traitées en 45 jours et moins au cours les dernières années.



Les facteurs ayant permis cette amélioration sont directement liés à l'ajout de ressources via l'embauche de consultants temporaires ayant le titre et jouant le rôle de délégués aux plaintes. De plus, le Commissariat a augmenté la fréquence des suivis administratifs auprès des directions du CIUSSS dans tous ses dossiers pour s'assurer que les réponses nécessaires étaient colligées à l'intérieur du délai légal.

## Recours auprès du Protecteur du citoyen

Le Protecteur du citoyen a pour mandat de recevoir les insatisfactions des usagers quant aux conclusions de plaintes non médicales émises, entre autres, par notre Commissariat. Le Protecteur du citoyen a aussi un droit d'intervention.

Pour l'année 2019-2020, le Protecteur a été sollicité dans le cadre de 26 des dossiers initialement conclus par le Commissariat lors de cette année financière. Considérant que nous avons conclu 347 dossiers non médicaux, il s'agit d'une proportion de 7,5 % de nos dossiers qui ont été examinés par le Protecteur du citoyen, en baisse de 1,5 % par rapport à l'année financière précédente. Au moment d'écrire ces lignes, près de 13 dossiers sont toujours aux mains du Protecteur dont des dossiers de précédentes années financières, et 16 ont été fermés par ce dernier au cours de cette année financière. Quant aux dossiers fermés cette année, deux ont fait l'objet de recommandations de leur part auprès du CIUSSS :

### 1- Département visé : Gériatrie – Hôpital général juif

#### Recommandation 1 : DÉLAI DE RÉPONSE AUX CLOCHES D'APPEL

*S'assurer que le personnel de l'Unité de gériatrie de l'hôpital général juif évalue de façon diligente, quel que soit le moment de la semaine, l'urgence des besoins d'assistance des usagers qui actionnent la cloche d'appel.*

#### Recommandation 2 : SOINS D'HYGIÈNE DÉFICIENTS

*Rappeler au personnel concerné de l'Unité de gériatrie de l'Hôpital juif l'importance d'effectuer chaque jour les soins d'hygiène (bain au lit ou au lavabo), de les documenter au dossier ou, à défaut de donner ces soins, d'en mentionner la raison.*

#### Recommandation 3 : LACUNES DANS LA MOBILISATION DE LA PATIENTE

*Rappeler au personnel concerné de l'Unité de gériatrie de l'Hôpital général juif de repositionner l'utilisateur qui le requiert toutes les deux heures et de le documenter au dossier ou, à défaut de procéder au repositionnement, d'en mentionner la raison.*

### 2- Département visé : Urgence – Hôpital général juif

#### Recommandation 1 : DOCUMENTER ADÉQUATEMENT LE DOSSIER PATIENT

*Rappeler au personnel concerné de l'urgence de l'Hôpital général juif l'importance d'expliquer aux proches d'un usager la décision de le transférer à l'urgence psychiatrique et de documenter cette conversation au dossier.*

#### Recommandation 2 : DÉPISTER SYSTÉMATIQUEMENT LES RISQUES DE CHUTE

*Rappeler au personnel concerné de l'urgence de l'Hôpital général juif de dépister systématiquement le risque de chutes d'un patient à l'urgence et de le documenter au dossier.*

#### Recommandation 3 : DOCUMENTER ADÉQUATEMENT LE DOSSIER PATIENT DU RISQUE DE CHUTE

*Rappeler au personnel concerné de l'urgence de l'Hôpital général juif de s'assurer de l'application des mesures de prévention des chutes auprès d'un usager lorsqu'un risque est détecté et de le documenter au dossier.*

## Ensemble des activités du Commissariat

### Interventions

Au cours de la dernière année, la Commissaire s'est prévalu de son droit d'intervention, qui lui est octroyé au sens de l'alinéa 33(7) de la LSSSS et balisé par le cadre de référence :

*33(7) il intervient de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits d'un usager ou d'un groupe d'utilisateurs ne sont pas respectés; il fait alors rapport au conseil d'administration ainsi qu'à toute direction ou à tout responsable concerné d'un service de l'établissement ou, selon le cas, à la plus haute autorité de tout organisme, ressource ou société ou encore à la personne détenant la plus haute autorité de qui relèvent les services concernés et peut leur recommander toute mesure visant la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits;*

Les principes directeurs d'une intervention selon le *Cadre de référence du pouvoir d'intervention du Commissaire aux plaintes et à la qualité des services* visent d'abord des objectifs généraux de respect des droits des usagers ou des personnes, de respect des personnes, de respect des compétences, de l'amélioration de la qualité des services, de rigueur et de neutralité.

Lors de cette année financière, la Commissaire a ouvert près de 53 interventions. Ce nombre de 53 interventions cependant n'est pas entièrement à évaluer sous la loupe du cadre de référence nommé plus tôt. Lors de l'adoption de la *Loi visant à lutter contre la maltraitance des aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*, une directive informelle du ministère est parvenue aux intervenants des Commissariats pour normaliser l'entrée de donnée des signalements liés à cette législation. À ce titre, comme l'article 14 de ladite Loi le prévoit, les signalements de maltraitance seront quantifiés dans une section dédiée. Ainsi, des 53 interventions de la Commissaire, 14 ne sont pas en lien avec la maltraitance. Celles-ci ont porté, entre autres, sur les sujets suivants :

- les dénonciations dans le cadre du mouvement social contre les « violences obstétricales »;
- la confidentialité des dossiers du Commissariat;
- la conservation des images et vidéos des aires publiques à l'Hôpital général juif.

### Promotion

Pour l'année financière 2019-2020, les membres de l'équipe du Commissariat ont collectivement effectué 217 heures de promotion et d'information active auprès des usagers conformément aux obligations légales listées à l'alinéa 33(3) de la LSSSS. Il s'agit là d'une somme importante d'heures de promotion directement auprès des usagers. Deux balados *vosre santé* ont été réalisés pour favoriser la diffusion d'informations plus largement dans la communauté<sup>3</sup>. Une présence a été assurée lors du Salon DI-TSA en janvier 2020. De plus, entre le mois de septembre et le mois de décembre 2019, le Commissariat a délégué à temps complet une employée pour effectuer une tournée des sites traditionnels et non traditionnels liés au

---

<sup>3</sup> Épisode 35 - La confidentialité, 28 novembre 2019, <https://soundcloud.com/ciusscentreouest/la-confidentialite-e035-balado-votre-sante>

Épisode 28 - Commissaire aux plaintes et à la qualité des soins, 25 juillet 2019

<https://soundcloud.com/ciusscentreouest/commissaire-aux-plaintes-e028-balado-votre-sante>

Commissariat. Le tout devait favoriser la promotion des droits des usagers et du régime de plainte, l'accessibilité au régime de plainte, et la visibilité du bureau.

Les moyens entrepris afin d'atteindre l'objectif de promotion étaient d'informer par des présentations, des ateliers de plaintes, ainsi que des rencontres individuelles des usagers. En outre, les usagers ont reçu des présentations sur des sujets provenant du cadre juridique qui constitue les droits des usagers selon les particularités de chaque milieu visité. De façon unanime, les usagers ont apprécié la présence d'un représentant du Commissariat et conséquemment, cette initiative devrait se perpétuer pour assurer non seulement une visibilité du Commissariat en continu, mais bien pour qu'il remplisse le mandat que le législateur lui impose.

## 1) MILIEUX VISITÉS

### i) Centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD)

Tous les centres d'hébergement des soins de longue durée publics sur le territoire du CIUSSS ont été visités. Plusieurs présentations sur les droits des résidents et autres sujets ont été abordées par le Commissariat. Près de 200 résidents ont bénéficié des présentations abordant des sujets d'intérêt pour les résidents, ainsi que pour les membres de leurs familles. Après les présentations, une période de questions suivait avec un taux de participation très élevé, ce qui était très propice pour la transmission de l'information supplémentaire sur une multitude de sujets. De plus, avec les ateliers de plaintes, les résidents et leurs familles ont pu avoir accès à des informations importantes, afin de soumettre une plainte ou une assistance.

Généralement, les résidents en milieu d'hébergement se plaignent du manque de personnel PAB en soirée et de fin de semaine. Il est mentionné par les usagers qu'un manque de continuité existe dans le suivi des plans de soins avec le nouveau personnel et avec le personnel « flottant ». De façon répandue, une crainte de subir des représailles est exprimée par les résidents et leurs familles suite au dépôt d'une plainte auprès du bureau du Commissaire. Cette crainte devrait faire l'objet d'une attention particulière de la part du Commissariat dans un avenir rapproché dans le but de maintenir un lien de confiance avec les usagers/résidents.

### ii) Résidences pour personnes âgées (RPA)

Six RPA ont été visitées sur le territoire du CIUSSS.

Entre la date de création des Agences de santé et de services sociaux par le gouvernement du Québec en 2019, la Commissaire de l'Agence et ensuite du CIUSSS du Centre-sud de l'Île-de-Montréal avait la responsabilité des plaintes au sein des RPA. Dès 2019, cette responsabilité a cependant été territorialisée avec les obligations de certification désormais localement dévolues au CIUSSS. Il était donc nécessaire de faire connaître le Commissariat auprès de cette clientèle et auprès des opérateurs sur le territoire. La majorité des résidents sondés ignoraient l'existence du régime de plainte dans les RPA. Selon les informations retenues par la déléguée de la Commissaire au moment des visites, peu de résidentes font usage des services de première ligne ou de SAPA, car ils seraient méconnus de cette population. À défaut d'information adéquate, les usagers des RPA se tournent vers les services de sociétés privées.

### iii) Résidence intermédiaire/Résidence de type familial (RI/RTF)

Sept ressources intermédiaires ont été visitées et les enjeux soulevés par les usagers visaient de manière générale le manque de présence des professionnels du CIUSSS ou l'absence de

médecins. La présence plus fréquente d'infirmières du CLSC et l'accès aux services du CLSC devraient être considérés comme une suite nécessaire aux plans de soins des résidents en RI. La formation du personnel des RI/RTF est jugée inadéquate par plusieurs sur divers sites.

#### iv) Centre de réadaptation

Près de 100 usagers ont été rencontrés dans trois centres de réadaptation différents du territoire. Le Centre de réadaptation Constance Lethbridge reçoit généralement des commentaires positifs de la part des usagers. Cependant, les insatisfactions en lien avec l'état des lieux, en lien avec un manque de personnel ainsi que suite au manque de suivi des plans de soin sont nommées sur les autres sites.

#### v) Maison de Naissance Côte-des-Neiges

Nous avons pu constater que les quelques inquiétudes nommées sont en lien avec les moyens de se préparer lorsque les femmes doivent se présenter à l'urgence de l'hôpital. Cette transition semble difficile pour les usagères.

#### vii) Centre Miriam

La nécessité d'avoir des ateliers de plaintes est vue comme être de nature fondamentale par les usagers et leurs familles. Étant donné la fragilité de la clientèle et les attentes élevées en matière de services de la part de la clientèle, la présence du Commissariat devrait être augmentée au fil du temps. Finalement, il existe de façon répandue une crainte de subir des représailles par les résidents et leurs familles à la suite du dépôt d'une plainte auprès du Commissariat. Cette crainte fera l'objet d'une attention particulière de la part du Commissariat dans un avenir rapproché dans le but de démystifier le mandat du Commissariat ainsi que la finalité de ses actions.

### Maltraitance

La *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité* (chapitre L-6.3) a véritablement dynamisé les intervenants de première ligne et les familles préoccupés par le bien-être de leurs proches à dénoncer certains gestes considérés comme de la maltraitance. Les données que nous proposons cette année font d'ailleurs cette démonstration.

Il est important de rappeler que ce nouveau mandat a été attribué aux Commissariats par le législateur sans qu'un règlement d'application ou un cadre de référence en ait véritablement tiré les détails précis. Une politique-cadre existe en matière de maltraitance envers les aînés, mais un vide évident existe quant aux « personnes majeures en situation de vulnérabilité ».

Il faut préciser qu'un flou important a entouré la prise de données et la cartographie du processus des signalements de maltraitance présumée. Les politiques développées visent certainement la bienveillance et la mise en place de filets de sauvegarde pour les personnes les plus vulnérables. Cependant, celles-ci sont coites quant à la consignation précise que les Commissariats ont à effectuer. Bien que la Loi soit fort éloquente sur les fondements la justifiant, la réalité du terrain d'organisations peu préparées et des systèmes de gestion de données des plaintes déficients pourrait aujourd'hui porter préjudice à la reddition de compte souhaitée par le législateur.

Le motif ministériel « Maltraitance (Loi) » est clair, mais sa classification a fait l'objet de discussions de la part des membres de la direction du Commissariat et de Marick Bertrand, ex-

employée du Commissariat, désormais Coordonnatrice de la lutte contre la maltraitance envers les aînés pour l'Île-de-Montréal. Avant d'être accueillie dans son nouveau poste, elle a su préparer l'équipe du Commissariat au traitement des signalements de maltraitance et lui enseigner les bases des définitions en matière de maltraitance.

Selon les données obtenues de SIGPAQS recueillies pour l'année financière 2019-2020, le Commissariat a ouvert 53 dossiers visant le motif de maltraitance. Il est important de souligner que les motifs de maltraitance chez les personnes qui peuvent subir des gestes, actions ou attitudes s'apparentant à de la maltraitance et qui font le geste de communiquer avec le Commissariat ne le font pas nommément sous le motif de maltraitance. Souvent vagues ou emplis de gêne, les usagers et leurs représentants présenteront leurs motifs de plainte évidemment autrement. Comme le démontre la figure suivante et le nombre « 0 », la codification de « maltraitance » en vertu de la Loi peut se confronter avec celle de « Relations personnelles-Abus » présente à la codification ministérielle SIGPAQS pour ce qui est de la catégorie des plaintes.

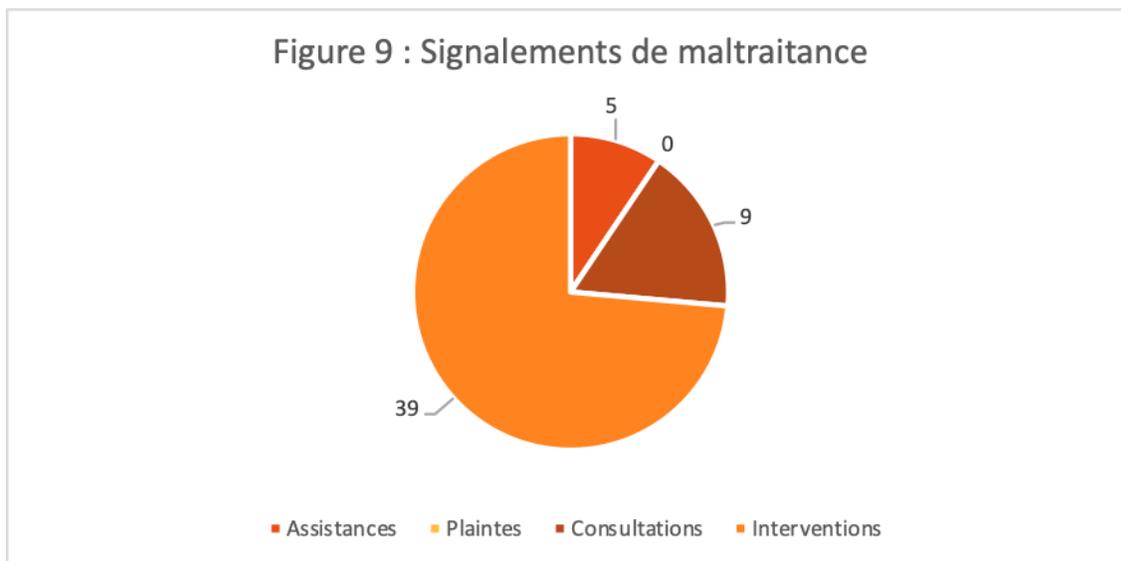
Les assistances relatives à la codification de maltraitance sont surtout liées aux motifs invoqués par des personnes voulant déposer plainte pour un motif semblable à la maltraitance ou ayant besoin de ressources pour s'informer de ce qu'est la maltraitance. Les consultants sont des professionnels qui ont pris contact avec le Commissariat pour connaître les possibilités liées à un signalement de maltraitance.

Nous devons signaler que la majorité des signalements reçus au Commissariat, soit près de 27 sur 39, nous sont signalés entre le mois de décembre 2019 et le mois de mars 2020. Les signalements de maltraitance demandent une forte intensité de main d'œuvre durant un très court laps de temps. En situation normale, le cours d'un examen peut se poser sur plusieurs semaines, un signalement de maltraitance est presque une demande d'action immédiate de la part du Commissariat et des intervenants sur le terrain. L'action du Commissariat, pensée par le législateur comme organe de réflexion qui favorise la cohésion dans la qualité des services, rompt son flot de travail régulier pour rencontrer l'un de ses mandats concurrents. Il s'agit là d'une adaptation que les membres de l'équipe du Commissariat ont appris à apprivoiser dans les derniers mois de l'année financière 2019-2020.

Des 39 interventions en matière de maltraitance, 8 ont fait l'objet de mesures de la part du Commissariat. Il est important de préciser que le système ministériel utilisé par les Commissariats n'est pas adapté à un rapport comme celui-ci. Une mesure dans le contexte actuel signifie une recommandation au département de poser une action supplémentaire auprès de l'utilisateur pour faire en sorte que la maltraitance alléguée cesse. Aucun des processus ministériels officiels ne permet de faire un codage des cas signalés de maltraitance comme étant « réels ou non réels ». Ces processus ne font pas non plus la distinction claire entre une personne aînée et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité. Nous devons malheureusement mentionner que le manque d'adéquation entre les attentes du législateur et de SIGPAQS crée ce manque évident de précision dans les données que nous produisons dans ce rapport.

Finalement, il semble évident que ce ne sont pas tous les signalements qui sont acheminés auprès du Commissariat. Après une vérification sommaire auprès du processus d'intervention concerté, les données sommaires portées à l'attention du Commissariat sont de nature à confirmer que les intervenants ne se sont pas entièrement appropriés les tenants et aboutissants de la politique maltraitante du CIUSSS. Cette politique, bien qu'ayant fait l'objet d'un pré-lancement, ne semble pas avoir fait l'objet d'une diffusion suffisamment large pour que les

Intervenants de première ligne comprennent à la fois leurs obligations sociales, morales et légales. La Commissaire suggère donc au CIUSSS de mettre l'accent sur l'enseignement et la promotion de cette politique auprès de ses intervenants de première ligne. La Commissaire inclura également ce thème dans son plan de promotion 2020-2021.



### COVID-19

La crise sanitaire de la COVID-19 a engendré d'incroyables bouleversements. L'état d'urgence sanitaire déclaré par le gouvernement du Québec a permis de mettre en place un ensemble de mesures préventives pour protéger la santé de la population. L'Hôpital Général Juif a initialement été identifié comme l'un des quatre hôpitaux désignés pour recevoir les personnes atteintes de la COVID-19 nécessitant une hospitalisation. Un comité sur la pandémie a rapidement été mis sur pied pour déterminer les mesures à mettre en place, pour les évaluer et pour les ajuster au besoin.

D'abord, je présenterai l'aspect administratif des préparatifs et du suivi de cette crise sanitaire spécifiquement au niveau du Commissariat. Ensuite, je présenterai un sommaire des enjeux et préoccupations se dégageant des plaintes et des assistances pendant la période de pandémie comprise à l'intérieur de l'année financière.

#### Aspects administratifs

Sachant que l'hôpital général juif était désigné comme un centre COVID, nous avons présenté au président du CA et à la haute direction un guide définissant nos pratiques en situation de COVID le 27 février<sup>4</sup> (*Guide concernant la prise en charge et le traitement des plaintes en situation d'épidémie : le cas du coronavirus*). L'objectif de ce guide était d'établir les procédures spécifiquement pour la prise en charge et le traitement des plaintes par le Commissariat du CIUSSS dans le contexte de cette pandémie. Ce guide a été créé en conformité avec le *Règlement sur la procédure d'examen des plaintes des usagers adopté par les membres du Conseil d'Administration (CA) du CIUSSS du 1er décembre 2016* et également en vertu de l'article 29 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec (LSSSS)*. En effet, la

<sup>4</sup> Le 27 février en soirée, un premier cas suspecté était annoncé par le MSSS.

LSSSS pose les balises du mécanisme de traitement des plaintes dans les établissements de la santé au Québec. Bien que ce guide pose des balises, il est nécessaire de mentionner que celles-ci étaient modulables, offrant une marge discrétionnaire à la commissaire dans certains cas particuliers et en fonction de l'évolution de la pandémie.

D'ailleurs, parallèlement à ce guide, un procédurier interne a été créé et est régulièrement mis à jour pour colliger et communiquer les nouvelles pratiques auprès du personnel du bureau. Il est au demeurant essentiel de pouvoir faire un portrait réel, en temps opportun de l'impact de cette pandémie sur le processus de plainte. Pour bien documenter les impacts de cette pandémie, une stratégie de codification au système SIGPAQS a été mise en place<sup>5</sup>. Pour faciliter la reddition de compte, il était essentiel d'être créatifs pour pouvoir rapidement cerner les activités en lien avec cette situation. Le SIGPAQS est un système statistique d'abord antiqué, mais aussi peu réactif, n'ayant pas été conçu pour coder ce type de situation. En effet, les impacts de la COVID se sont fait ressentir transversalement dans plusieurs établissements, et dans toutes les unités administratives/direction du CIUSSS. Une codification adéquate pouvant lier impacts et unités administratives du CIUSSS était donc nécessaire et devait être mise en place rapidement.

Dans l'établissement des pratiques, le Commissariat s'est appuyé sur ses valeurs phares soit l'accessibilité pour l'ensemble des usagers au mécanisme d'examen des plaintes, l'équité dans le traitement des plaintes et finalement l'impartialité du bureau de la commissaire lors de l'examen de situations visant à l'amélioration continue de la qualité des soins et services au sein du CIUSSS.

Par contre, dans un contexte de pandémie, il a été essentiel de considérer d'autres valeurs importantes, venant teinter les responsabilités du Commissariat. En contexte de pandémie, la nécessité de prévenir l'incidence de nouveaux cas met en lumière une tension entre les droits individuels et les intérêts collectifs. Ainsi, les valeurs émanant de l'éthique de la santé publique ont également orienté les décisions du Commissariat. Ces valeurs propres aux actions préventives et populationnelles, par opposition aux actions curatives et individuelles, incluent le bien commun, la santé cumulative, les responsabilités mutuelles entre l'État et l'individu, la solidarité et la précaution (*Massé 2003*)<sup>6</sup>.

Dans ce contexte où l'utilisateur navigue non seulement dans sa relation soignant-soigné, mais aussi dans les implications de ses choix et de ses actions sur la santé cumulative de la population, le rôle du Commissariat est d'autant plus important pour guider les usagers, les informer et examiner les situations cliniques. Bien que l'action du Commissariat ne soit pas dans l'action des soins, mais dans un rôle d'examinateur externe, le Commissariat a également joué le rôle de courroie de transmission des meilleures pratiques visant à contenir l'épidémie, ainsi que contextualisé les diverses situations cliniques à la situation exceptionnelle de la pandémie.

---

<sup>5</sup> Nous avons opté pour une stratégie double. D'abord, après le nom de famille des usagers, nous inscrivions (COVID). Ensuite, nous avons créé un nouveau programme dans la section « gestion par programme » soit COVID19 - CORONAVIRUS.

<sup>6</sup> Massé, R. (2003). Éthique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativité. Les Presses de l'Université Laval, coll. Sociétés, cultures et santé, Québec

En contexte de pandémie, il est judicieux de réduire la densité humaine et d'éviter les contacts directs non nécessaires afin de réduire les risques de contagion. Bien qu'un droit reconnu par la LSSSS, l'accessibilité à l'examen des plaintes, en tant que valeur phare, a été pondérée avec la nécessité de prévenir la contagion. Par conséquent, il a été jugé souhaitable, sinon essentiel, d'éliminer la présence physique des employés du Commissariat pendant la pandémie, afin de prévenir la contagion dans la communauté et pour que l'administration du Commissariat puisse continuer à opérer sans contraintes opérationnelles. Notons cependant que l'accessibilité a été maintenue sinon augmentée par des contacts plus rapides, pertinents et diligents par courriel, par téléphone et par télécopieur.

En pratique, nous avons rapidement avisé la clientèle par l'entremise du site Web et par un affichage indiquant qu'afin de réduire les risques de contagion, dès qu'un cas de coronavirus serait déclaré positif sur le territoire de la province de Québec, le Commissariat ne tiendrait plus d'ateliers de plaintes ou de rencontres avec des membres du personnel ou des membres du public sans rendez-vous (drop-in). De plus, à partir du premier cas hospitalisé à l'Hôpital général juif, les opérations du Commissariat ont été entièrement délocalisées en télétravail.

Nous avons également modifié nos pratiques organisationnelles. Il était d'usage de contacter les gestionnaires suite à la réception d'une plainte ou d'une assistance pour bonifier l'examen d'une situation. Or, les gestionnaires étant submergés par les tâches liées à la COVID, pour demeurer efficaces dans nos interventions, il a été déterminé qu'une rétroaction hebdomadaire serait faite au comité sur la pandémie pour lui partager l'ensemble des situations vécues par les usagers afin qu'il puisse évaluer les événements rapportés et faire les ajustements organisationnels requis.

### **Motifs**

Voici un sommaire des enjeux et préoccupations se dégageant des plaintes et des assistances pendant la pandémie. D'abord, notre première demande COVID a eu lieu le 27 février. Entre le 27 février et le 31 mars (33 jours), nous avons eu 71 dossiers directement reliés à une préoccupation découlant de la crise sanitaire de COVID et des politiques en découlant : 3 plaintes médicales, 5 plaintes non médicales, 49 assistances, 13 consultations et 1 intervention.

Nous avons pu observer une réaction en chaîne, alors que les changements de politiques découlant des décrets ministériels engendraient des préoccupations liées aux droits fondamentaux des usagers. Les réactions étaient polarisées, à la fois pour dénoncer l'insuffisance des mesures, pour dénoter le manque de diligence/désorganisation dans l'application des politiques pour faire face à la crise sanitaire, ou à l'opposé, pour affirmer le caractère excessif des mesures alors que celles-ci brimaient les droits individuels des usagers et de leurs proches.

Cependant, un élément commun était largement partagé : le besoin d'une communication plus fluide. À la fois les besoins de niveau micro (pour le suivi de l'état de santé d'un proche par les professionnels de la santé par exemple) et de niveau macro (être informé diligemment des politiques et de l'évolution de la pandémie) étaient au cœur des communications commises à notre bureau. C'est sans grande surprise que les sujets visant la compréhension du raisonnement des politiques en place et des mesures pour les mettre en application, pour connaître les ressources avec lesquelles communiquer étaient monnaie courante. Il est aussi digne de mention que plusieurs membres du personnel du CIUSSS nous ont contactés pour partager leurs observations et inquiétudes en lien avec la gestion de la pandémie, n'ayant réellement ou philosophiquement aucun autre chemin efficace à utiliser (6/49 assistances soit 12,24 %). Bien que le mandat du Commissariat soit centré sur les usagers ou leurs représentants

le cas échéant, ces commentaires ont été recueillis et transmis au comité pandémie considérant le contexte social.

Il est intéressant de noter qu'une seule demande a été reçue en lien avec les services d'Info-Santé et Info-Social, alors que ce service a occupé beaucoup d'espace médiatique pour ces délais et ces ratés. Durant cette même période d'ailleurs, un grand nombre de gens ont été embauchés et formés pour bonifier le service Info-Santé et Info-Social, ce qui aurait pu faire augmenter le nombre d'appels. Il est à ce titre utile de saluer les efforts de cette équipe qui a su à la fois répondre aux appels massifs de la communauté de l'île de Montréal, augmenter significativement son personnel et garder un nombre nul de plaintes pendant cette période chaotique.

La mesure sans doute la plus controversée a été l'interdiction des visites en centres hospitaliers et en centres hospitaliers de soins de longue durée. Les droits de visite ont été suspendus le 14 mars et nous avons reçu des demandes d'utilisateurs et de leur famille dès la suspension demandant des exceptions pour diverses raisons (situation médicale ou biopsychosociale de leur proche, barrières linguistiques, inquiétudes des lacunes au niveau de la qualité et de la quantité des soins offerts pour l'aide au repas, l'habillement, etc.) La deuxième vague de plainte suivant l'interdiction des visites a été liée aux lacunes et difficultés notables de l'établissement à établir des modes de communications stables, réguliers et significatifs avec les professionnels de la santé à propos de l'état de santé des usagers. Le changement de culture à l'entrée de l'hôpital général juif a également initialement créé des heurts. Certains usagers ont mentionné avoir ressenti un manque d'empathie lors des contrôles à l'entrée des centres hospitaliers, alors qu'auparavant, les allers et venues se faisaient sans contraintes.

D'autres problématiques ont émergé du fait que certaines politiques étaient très « fluides », soit sujettes à changement sans délai. À titre d'exemple, des familles ayant repris leur proche à domicile juste avant la quarantaine soumise aux centres hospitaliers de soins longue durée avec la promesse de garder le lit ouvert, ont perdu ce droit d'habitation sans préavis considérant que les lits étaient requis urgemment par la direction du CIUSSS.

## Rapport du médecin examinateur

### Nombre de plaintes reçues et traitées

Au début de l'exercice 2019-2020, 102 plaintes des exercices précédents demeuraient toujours en traitement. Pendant l'exercice, 124 plaintes se sont ajoutées et 205 plaintes ont été traitées. 21 plaintes demeurent en traitement pour l'exercice 2020-2021. En comparaison des deux années précédentes, ceci représente une augmentation du volume de plaintes reçues et traitées, ainsi qu'une diminution très importante du nombre de plaintes résiduelles. La figure 8 et le tableau 2 illustrent cette évolution.

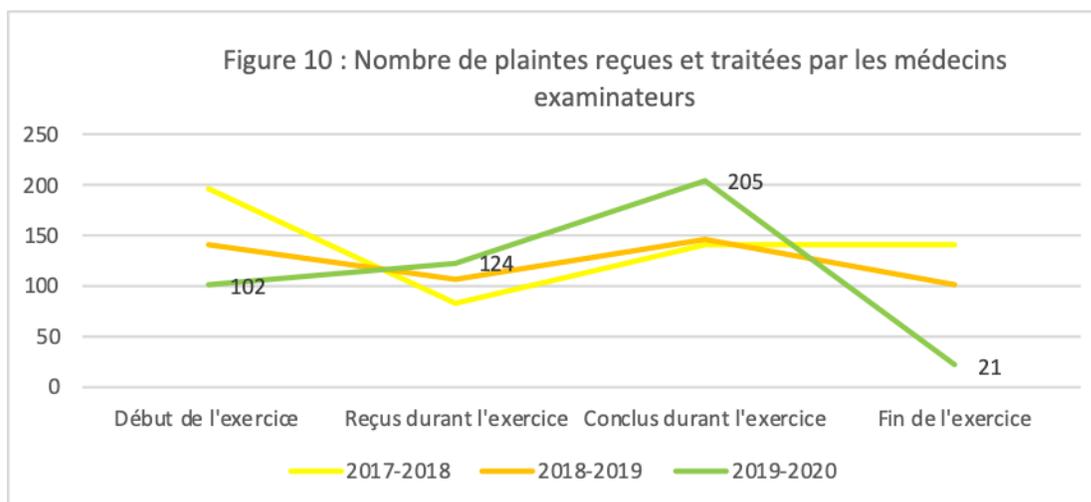
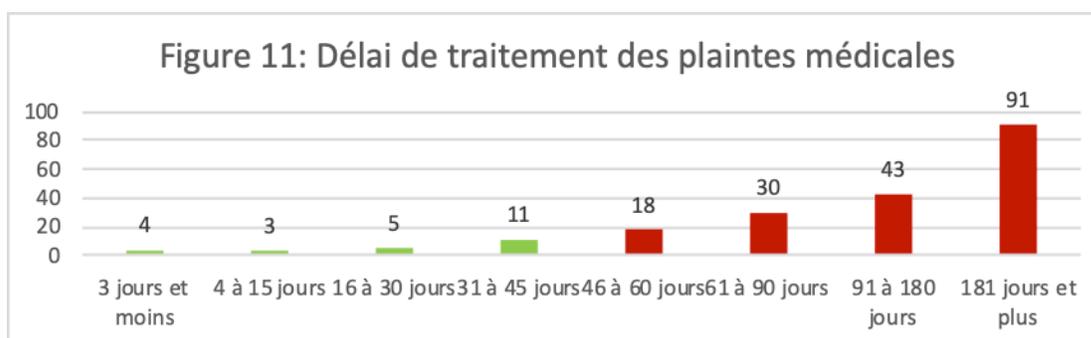


Tableau 2 : Nombre de plaintes reçues et traitées par les médecins examinateurs

	2017-2018	2018-2019	2019-2020
Début de l'exercice	198	140	102
Reçus durant l'exercice	84	108	124
Conclus durant l'exercice	142	146	205
Fin de l'exercice	140	102	21

### Délais d'examen des plaintes

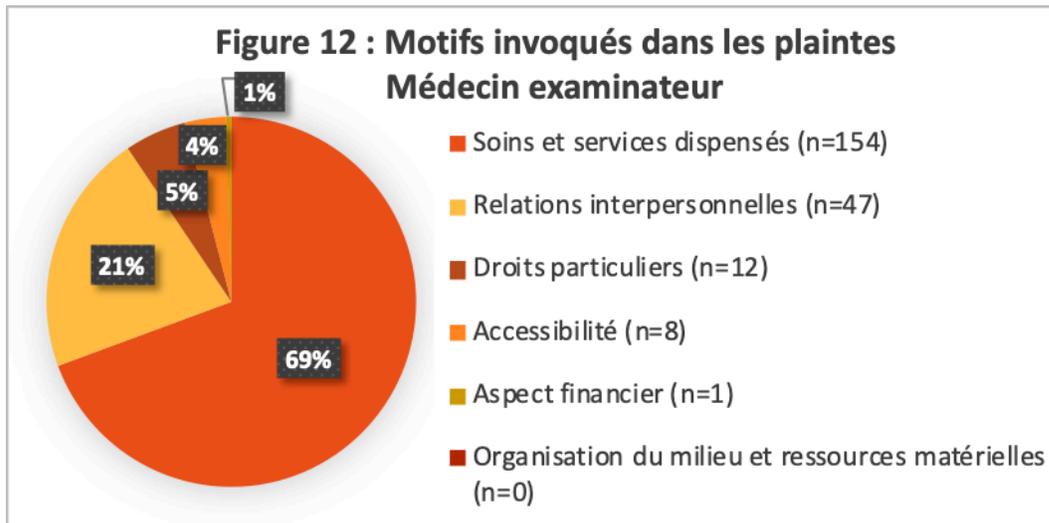
La Loi sur les services de santé et les services sociaux demande que les plaintes soient traitées dans un délai de 45 jours. Advenant une impossibilité de respecter ce délai, les médecins examinateurs doivent communiquer avec les usagers pour leur expliquer la situation et les informer des autres recours possibles. La figure 9 présente les délais requis pour le traitement des plaintes en 2019-2020.



Ainsi, 11 % des plaintes ont été traitées en moins de 45 jours par le médecin examinateur. Ceci représente une légère amélioration par rapport aux dernières années pour lesquelles ce pourcentage se situe entre 7 % et 10 %.

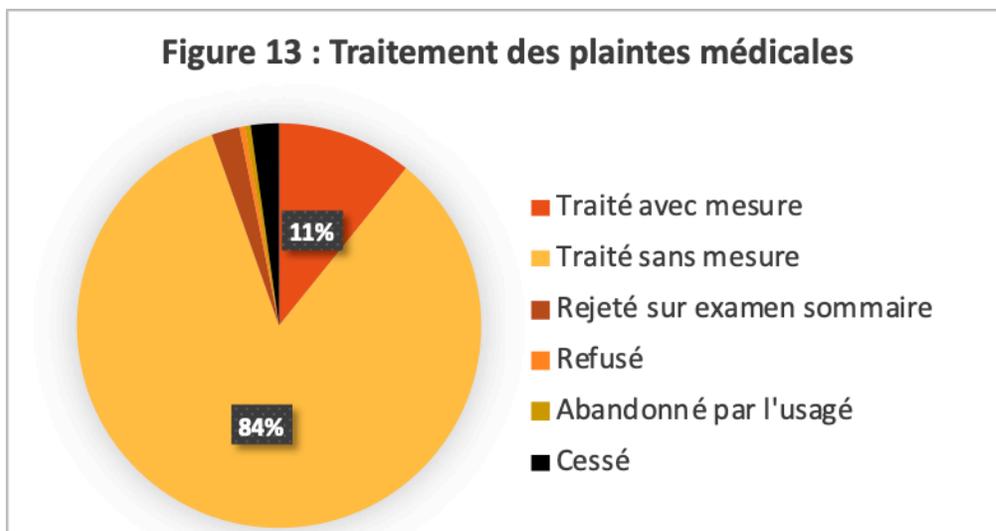
### Motifs des plaintes

Chaque plainte peut comporter plus d'un motif. En 2019-2020, les 205 plaintes conclues comportaient un total de 222 motifs. Les motifs se divisent en 7 catégories. Les motifs les plus nombreux se trouvent dans les catégories « soins et services dispensés » et « relations interpersonnelles ». La figure 12 illustre la distribution des catégories de motifs.

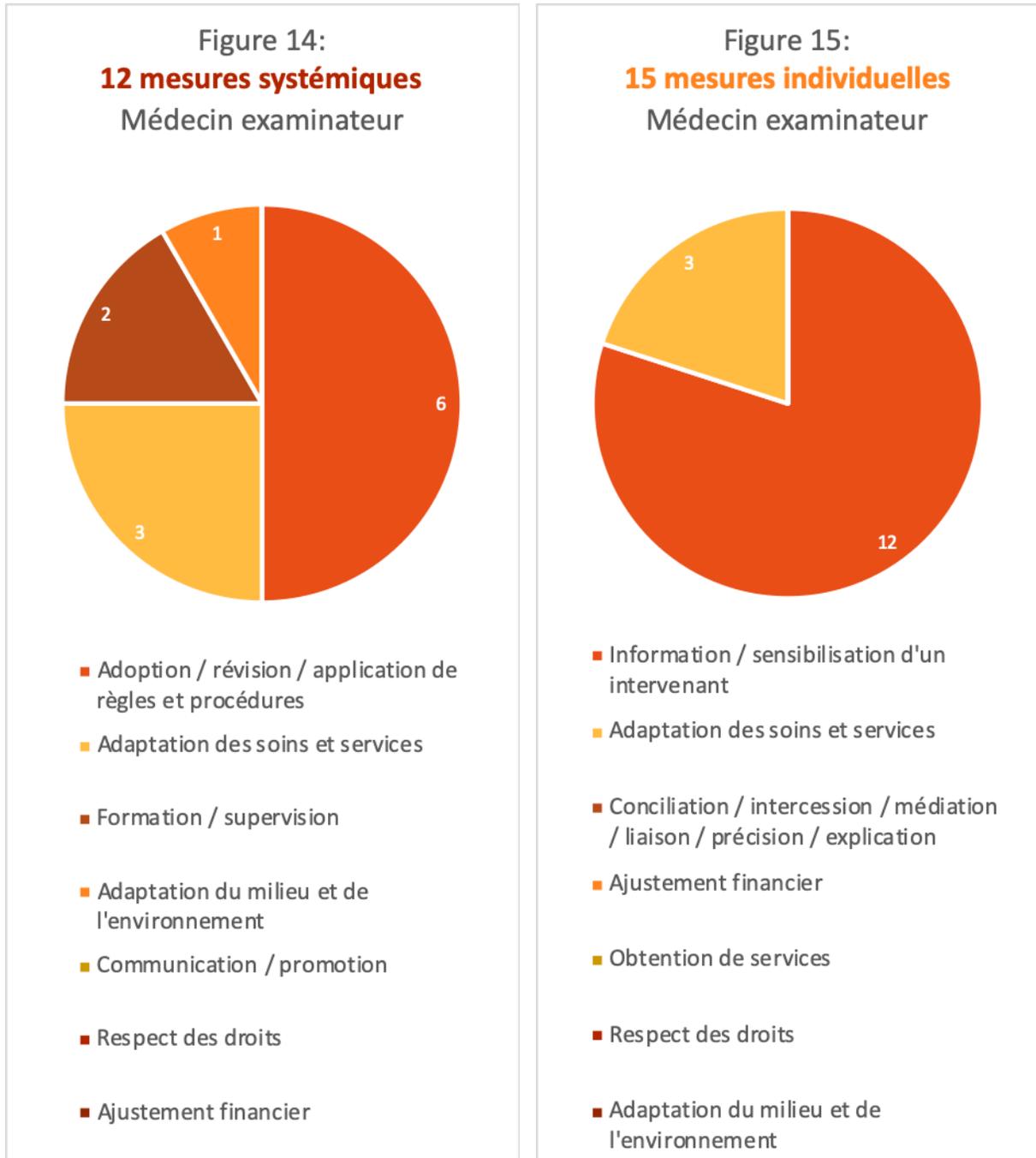


### Conclusion des plaintes

En 2019-2020, la très grande majorité des plaintes (95 %) ont été traitées par le médecin examinateur. 3 % ont été refusées ou rejetées sur examen sommaire et 2 % ont été abandonnées ou cessées par l'utilisateur ou son représentant. 11 % des plaintes ont été traitées avec des mesures correctives et 84 % des plaintes ont été traitées sans mesures. La figure 13 illustre cette distribution.



Un total de 27 mesures ont été recommandées par les médecins examinateurs en 2019-2020. Ces mesures se divisent en **12 mesures à portée systémique** et **15 mesures à portée individuelle**. Les mesures systémiques les plus communes sont l'adoption/révision/application de règles et procédures et l'adaptation des soins et services. Les mesures individuelles recommandées sont l'adaptation des soins et services et l'information/sensibilisation d'un intervenant. Les figures 14 et 15 énoncent les mesures proposées et leur incidence.



Voici certaines des recommandations qu'ont présentées les médecins examinateurs en vue de l'amélioration des services en 2019-2020. Évidemment, cette liste n'est pas exhaustive :

#### Amélioration de la communication interpersonnelle et organisationnelle

- Rencontres entre le médecin, son chef de département et/ou le médecin examinateur pour discuter des aspects communicationnels et relationnels avec les usagers, leurs familles, les résidents, les étudiants et le personnel, ou pour proposer un plan d'action incluant un cours sur la gestion du stress ou sur la communication.
- Amélioration des communications entre les cliniques de thromboses et les cliniques d'anticoagulothérapie pour que les dates de cessation de coumadin soient inscrites directement au système informatique et disponible pour les 2 cliniques.

#### Amélioration de procédures

- Revoir les procédures de facturation pour les patients non assurés avec la RAMQ, s'assurer que les médecins concernés soient au courant de celles-ci, et transmettre clairement l'information aux usagers.
- Revoir les pratiques et procédures administratives pour trouver des solutions aux cliniques externes surchargées.
- Réviser les procédures de transfert de renseignements personnels vers une clinique privée en gynécologie en s'assurant que les explications verbales ou écrites sont offertes aux usagères, en plus d'obtenir leur consentement explicite.
- Améliorer les formulaires de consentement en chirurgie pour qu'ils reflètent de façon plus appropriée la discussion ayant eu lieu entre l'utilisateur et son médecin
- Clarifier la politique en matière de tourisme médical, particulièrement de tourisme obstétrical.

#### Soins et services

- Développement d'une feuille d'information présentant les signes et symptômes à surveiller lors d'un congé suite à une procédure médicale, et les conseils lorsque ces complications surviennent.
- Créer des mécanismes ou des systèmes pour le suivi des usagers suite à leur congé.
- Fournir aux patients des documents d'information préopératoires appropriés.
- Faciliter la communication entre l'hôpital et le CLSC pour renforcer le continuum de soins des patientes post-accouchement.
- Créer un groupe de travail pour s'assurer d'un suivi diligent des résultats positifs aux usagers ayant été vus à l'urgence.
- Rappel de ne pas placer un usager sur une liste d'attente pour une chirurgie non disponible (ex. équipement non approuvé)

## Rapport du comité de révision

### Nombre de demandes de révision reçues et traitées

Un usager en désaccord avec les conclusions transmises par le médecin examinateur peut adresser une demande de révision de sa plainte auprès du comité de révision. Au début de l'exercice 2019-2020, 6 plaintes de l'exercice précédent demeuraient en traitement. Pendant l'exercice, 22 plaintes se sont ajoutées et 11 plaintes ont été traitées. 17 plaintes demeurent en traitement pour l'exercice 2020-2021. En comparaison des deux années précédentes, ceci représente une augmentation du volume de plaintes reçues. La figure 16 et le tableau 3 illustrent cette évolution. Cependant, considérant qu'un plus grand nombre de plaintes médicales ont été conclues, un pourcentage similaire de plaignant a eu recours au comité de révision (10,7 % des plaintes médicales en 2019-2020 vs 8,4 % et 8,2 % les 2 années précédentes).

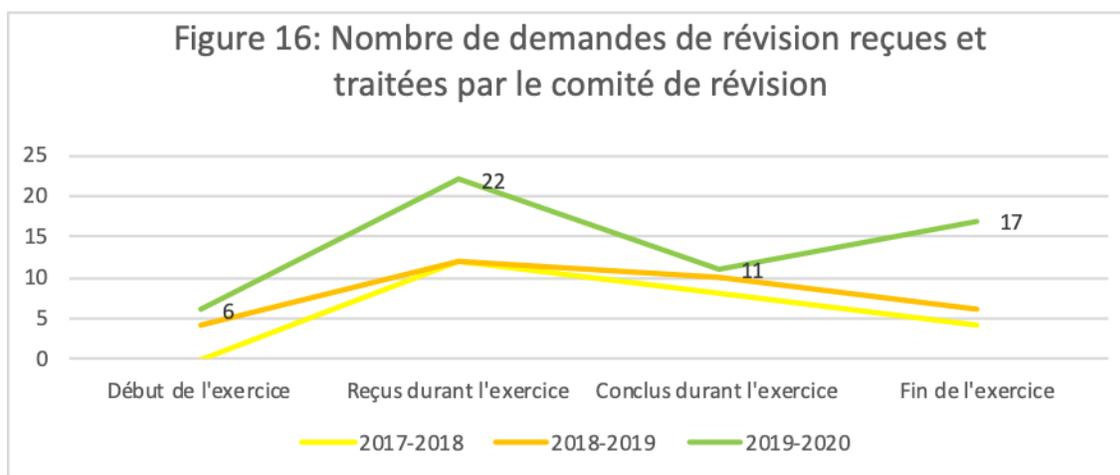


Tableau 3 : Nombre de demandes reçues et traitées par le Comité de révision

	2017-2018	2018-2019	2019-2020
Début de l'exercice	0	4	6
Reçus durant l'exercice	12	12	22
Conclus durant l'exercice	8	10	11
Fin de l'exercice	4	6	17

### Délais d'examen des demandes de révision

Le comité de révision doit communiquer par écrit un avis motivé dans les 60 jours de la réception d'une demande de révision. Le tableau 4 énonce les délais requis pour le traitement des dossiers par le comité de révision. Une majorité (6/11) des dossiers transmis au Comité de révision ont requis 181 jours ou plus.

Tableau 4 : Délais de traitements des dossiers du comité de révision

Délais d'examen	Nombre
60 jours et moins	1
61 à 90 jours	0
91 à 180 jours	4
181 jours et plus	6

### Motifs des plaintes ayant fait l'objet d'une demande de révision

Une très grande majorité (10/11) des motifs traités par le comité de révision étaient de la catégorie « soins et services dispensés »; 6 portant sur une décision clinique et 4 portant sur la compétence technique et professionnelle. Le onzième motif était un enjeu de consentement appartenant à la catégorie « droits particuliers ».

### Conclusions des demandes de révision

Le comité de révision a pour mandat de réviser le traitement accordé à l'examen de la plainte d'un usager par le médecin examinateur et sa conclusion doit :

- 1- confirmer les conclusions du médecin examinateur;
- 2- requérir un complément d'examen par le médecin examinateur;
- 3- acheminer la plainte pour son étude à des fins disciplinaires;
- 4- recommander au médecin examinateur ou aux parties toute mesure de nature à les réconcilier.

Des 11 dossiers conclus pendant l'année financière, 1 a été retiré par le plaignant avant la fin de l'examen, 4 confirment les conclusions du médecin examinateur, 4 demandent un complément d'examen par le médecin examinateur, aucun n'a été acheminé à des fins disciplinaires et 6 dossiers comportent des recommandations supplémentaires.

Un total de 7 mesures ont été recommandées par le comité de révision. Elles se divisent en 4 mesures à portée individuelle et 3 mesures à portée systémique (voir tableau 5).

Tableau 5 : Mesures à portée systémique et individuelle  
Comité de révision

Individuelle		Systémique	
Adaptation des soins et services	3	Adaptation des soins et services	2
Conciliation/intercession/médiation/liaison/précision/explication	1	Adoption/révision/application de règles et procédures	1

\*plus d'une mesure peuvent être recommandées par dossier

Voici un sommaire de ces recommandations :

En ce qui a trait à la transmission d'information et la communication avec les usagers :

- Le comité de révision recommande de rappeler aux médecins leurs obligations de prendre le temps de réviser les formulaires de consentement ainsi que les risques associés aux procédures avec les usagers et, si nécessaire, leur famille ou leur représentant légal.
- Le comité de révision recommande de créer des brochures bilingues sur les chirurgies courantes couvrant les questions relatives à l'opération, ainsi que les risques et les complications possibles. Ces brochures devraient être remises bien avant la date de chirurgie.
- Le comité de révision recommande que la directrice des services professionnels rencontre un médecin pour discuter des meilleures pratiques en matière de communication des risques chirurgicaux
- Le comité de révision recommande d'étendre la recommandation du médecin examinateur et que des feuilles d'instructions soient préparées pour informer les

usagers et leurs familles de tous les signes et symptômes à surveiller à la suite d'une intervention médicale.

- Le comité de révision recommande que les médecins s'assurent que tous les messages des usagers sont enregistrés afin qu'il soit rapidement informé et puisse répondre de manière appropriée.
- Le comité de révision recommande qu'un médecin qui n'est pas en mesure d'évaluer une personne sur une partie d'une demande gouvernementale pour quelque raison que ce soit doive en informer le patient rapidement afin que celui-ci puisse décider s'il souhaite ou non révoquer la demande d'évaluation. C'est particulièrement le cas lorsque la forme est soumise directement à une autorité gouvernementale.
- Le comité de révision recommande que si un médecin doit effectuer une évaluation, dont il sait qu'elle pourrait avoir un impact négatif sur le droit de ce patient à des prestations, le médecin doit envisager, par courtoisie, d'en discuter avec le patient avant de remplir le formulaire ou rendre l'évaluation.
- Le comité de révision recommande que, lorsqu'une famille ou un usager demandent une approche de traitement différente de celle que le médecin recommande, celui-ci doit envisager de demander une consultation avec un éthicien clinique en plus d'autres réunions avec l'équipe multidisciplinaire, y compris des travailleurs sociaux, afin de tenter de servir de médiateur ou de résoudre les divergences d'opinions dans le meilleur intérêt de l'usager.

En ce qui a trait à la tenue de dossier,

- Le comité de révision recommande de rappeler aux médecins de revoir leurs notes pour s'assurer que les informations et les antécédents des usagers sont correctement consignés.
- Le comité de révision recommande que, lorsqu'un médecin accepte d'évaluer un patient dans le but de fournir des informations à une autorité gouvernementale (par exemple, pour certaines prestations), le médecin doit s'assurer qu'une évaluation approfondie et complète est entreprise et consignée au dossier.
- Le comité de révision recommande qu'un médecin qui n'est pas en mesure d'évaluer un patient en raison d'un manque d'informations ou de connaissances doive l'inscrire sur ledit formulaire d'évaluation pour éviter de causer tout préjudice, tracas administratifs ou difficulté financière.

Concernant les soins médicaux en milieux de soins de longue durée,

- Le comité de révision recommande de clarifier les attentes en matière de soins centrés sur le patient, y compris la fréquence des consultations avec les médecins et la communication entre les médecins et les résidents/familles. Le CIUSSS peut même évaluer si une séance d'information officielle serait utile.
- Nonobstant le fait que les médecins doivent s'appuyer sur des infirmières et d'autres professionnels pour communiquer avec les résidents et leurs familles et pour dispenser des soins ou déterminer si un résident doit être évalué, dans les circonstances où un médecin sait qu'il y a un bris dans le lien de confiance ou dans la communication avec l'infirmière ou le personnel, le comité de révision conseille aux médecins de faire preuve de prudence supplémentaire lorsqu'ils se rapportent aux rapports, aux conseils du personnel infirmier ou du personnel concernant les besoins des patients à savoir si un besoin a été satisfait ou si une visite du médecin est nécessaire.

- Lorsque la famille d'un patient a demandé à être contactée et informée au sujet des changements de médicaments, le comité recommande que le médecin et ses équipes doivent mettre tout en œuvre pour s'assurer que cela est fait, particulièrement si la situation est non urgente.

#### Enjeu systémique hors juridiction

- Le comité de révision recommande au CIUSSS d'envisager la création d'un groupe de travail pour enquêter sur les allégations de vol et veiller à ce que des processus et procédures suffisants soient en place pour prévenir le vol et la perte des effets personnels des usagers et/ou du personnel.

#### Commentaires de la commissaire

D'abord, il semble tout à fait cohérent qu'un plus grand nombre de plaintes médicales aient été reçues par le comité de révision, alors qu'un plus grand volume de plaintes médicales ont été conclues lors de cet exercice financier (voir la section sur les activités des médecins examinateurs). Cependant, bien que le volume de dossiers reçus par le comité de révision ait été supérieur, le rythme de conclusion est inférieur au nombre de dossiers actifs (soit environ 1 dossier par mois). Ceci est problématique en ce qui a trait au droit des usagers de recevoir un suivi de leur plainte dans un délai raisonnable. Il semble désormais évident que COVID accentuera inévitablement la situation alors que les audiences du comité de révision ont été suspendues pendant la première vague COVID-19. La commissaire suggère donc au conseil d'administration de s'assurer que le comité de révision ait les ressources nécessaires pour l'exercice efficace de ses fonctions, dans un contexte d'augmentation des demandes et de pandémie.

## Annexe 1 : Liste des instances visées par ce rapport

1. Centrale Info-Santé (pour la région administrative de Montréal)
2. Centrale Info-Social (pour la région administrative de Montréal)
3. Centre d'hébergement Father-Dowd
4. Centre d'hébergement Henri-Bradet
5. Centre d'hébergement Saint-Andrew
6. Centre d'hébergement Saint-Margaret
7. Centre de réadaptation Lethbridge-Layton-Mackay (site Constance-Lethbridge)
8. Centre de réadaptation Lethbridge-Layton-Mackay (site MAB)
9. Centre de réadaptation Lethbridge-Layton-Mackay (site Mackay)
10. Centre de réadaptation Lethbridge-Layton-Mackay (site Terrebonne)
11. Centre gériatrique Maimonides Donald Berman
12. Centre hospitalier Mont-Sinai
13. Centre Miriam
14. CHSLD juif Donald Berman
15. CHSLD Saint-Georges (placement MAH seulement)
16. CHSLD Saint-Henri (placement MAH seulement)
17. CIR Complexe Guimont (Laval)
18. CLSC de Benny Farm
19. CLSC de Côte-des-Neiges
20. CLSC de Parc-Extension
21. CLSC Métro
22. CLSC René-Cassin
23. GMF Cavendish
24. GMF La Cité médicale de Montréal (fermée au 30 juin 2019)
25. GMF Diamant
26. GMF Elna Décarie
27. GMF Force-Médecin (GMF-R)
28. GMF Groupe Santé Westmount Square (GMF-R)
29. GMF Herzl (GMF-R et GMF-U)
30. GMF Santé Kildare
31. GMF MDCM
32. GMF Queen-Elizabeth (GMF-R et GMF-U)
33. GMF Métro Médecin Centre-ville (GMF-R)
34. GMF Santé Médecin
35. GMF de St. Mary (GMF-U)
36. GMF du Village Santé
37. Hôpital Catherine-Booth
38. Hôpital général juif
39. Hôpital Richardson
40. Institut universitaire de gériatrie de Montréal (lits aigus, lits post-aigus et placement MAH)
41. La Maison Bleue de Côte-des-Neiges
42. La Maison Bleue de Parc-Extension
43. Ligne Aide Abus Aînés
44. Maison de naissance Côte-des-Neiges
45. Point de service Outremont (CLSC)
46. Résidence les Florales - Lachine (SAPA - Lits CHSLD achetés hors-territoire)
47. Résidence les Florales - Lasalle (SAPA - Lits CHSLD achetés hors-territoire)
48. RA Appartements Caldwell (DI-DP-TSA)
49. Résidence à assistance continue Borden (DI-DP-TSA)
50. Résidence à assistance continue Dubrovsky (DI-DP-TSA)

51. Ressource de type familial Agostino Mucciarone (DI-DP-TSA)
52. Ressource de type familial Aicha Khaili (DI-DP-TSA)
53. Ressource de type familial Bailey (SAPA)
54. Ressource de type familial Capistrano (SAPA)
55. Ressource de type familial Corbett (SAPA)
56. Ressource de type familial Crossgill (SAPA)
57. Ressource de type familial Da Silva (SAPA)
58. Ressource de type familial Elena Gonzales (DI-DP-TSA)
59. Ressource de type familial Irene Doyon (DI-DP-TSA)
60. Ressource de type familial Jouravskaya (SAPA)
61. Ressource de type familial Mercedes Walsh (SAPA)
62. Ressource de type familial Molly Young (DI-DP-TSA)
63. Ressource de type familial Monette Bellot (DI-DP-TSA)
64. Ressource de type familial Odoom (SAPA)
65. Ressource de type familial Oxengendler (SAPA)
66. Ressource de type familial Rebecca Galmote, Rolland Elan (DI-DP-TSA)
67. Ressource de type familial Shoshana Yess (DI-DP-TSA)
68. Ressource de type familial Steben Machnik (DI-DP-TSA)
69. Ressource de type familial The Approach Agency (DI-DP-TSA)
70. Ressource de type familial Warner (SAPA)
71. Ressource intermédiaire Constance Lethbridge : Lafondation Cheshire
72. Ressource intermédiaire de la Montagne (SAPA)
73. Ressource intermédiaire Foyer de la création (DI-DP-TSA)
74. Ressource intermédiaire Les Pavillons LaSalle (SAPA)
75. Ressource intermédiaire Lev-Tov
76. Ressource intermédiaire Lissa Xévigné (DI-DP-TSA)
77. Ressource intermédiaire Maison d'accueil Amo Baiden (DI-DP-TSA)
78. Ressource intermédiaire Maison d'accueil Athanasios Antoniou, Shawn Wilson (DI-DP-TSA)
79. Ressource intermédiaire Maison d'accueil Bernice Fender (DI-DP-TSA)
80. Ressource intermédiaire Maison d'accueil Chidi Enechukwu (DI-DP-TSA)
81. Ressource intermédiaire Maison d'accueil Dannette Williams (DI-DP-TSA)
82. Ressource intermédiaire Maison d'accueil Elida Pierre-Louis (DI-DP-TSA)
83. Ressource intermédiaire Maison d'accueil James Marcellin (DI-DP-TSA)
84. Ressource intermédiaire Maison d'accueil Jean Adelson, Jean-François Marie (DI-DP-TSA)
85. Ressource intermédiaire Maison d'accueil Jean-Claude Raymond, Viviane Noel (DI-DP-TSA)
86. Ressource intermédiaire Maison d'accueil Jeff Wagen (DI-DP-TSA)
87. Ressource intermédiaire Maison d'accueil Joy Abel (DI-DP-TSA)
88. Ressource intermédiaire Maison d'accueil Lenore Caterson (DI-DP-TSA)
89. Ressource intermédiaire Maison d'accueil Linda Adjei (DI-DP-TSA)
90. Ressource intermédiaire Maison d'accueil Lloyd Siguineau (DI-DP-TSA)
91. Ressource intermédiaire Maison d'accueil Luisito Yusi (DI-DP-TSA)
92. Ressource intermédiaire Maison d'accueil Marie-Gladys, Marie-Shenna André (DI-DP-TSA)
93. Ressource intermédiaire Maison d'accueil Maudeline Châtaigne (DI-DP-TSA)
94. Ressource intermédiaire Maison d'accueil Melinda Nueva Ong (DI-DP-TSA)
95. Ressource intermédiaire Maison d'accueil Minteamer Asfaw (DI-DP-TSA)
96. Ressource intermédiaire Maison d'accueil Nick Kalekas (DI-DP-TSA)
97. Ressource intermédiaire Maison d'accueil Nicole Leblanc Mailhot (DI-DP-TSA)
98. Ressource intermédiaire Maison d'accueil Nora Omaweng (DI-DP-TSA)
99. Ressource intermédiaire Maison d'accueil Odessa Hilliman (DI-DP-TSA)
100. Ressource intermédiaire Maison d'accueil Philbert Chase (DI-DP-TSA)
101. Ressource intermédiaire Maison d'accueil Raynald Perron (DI-DP-TSA)
102. Ressource intermédiaire Maison d'accueil Rexford Owusu (DI-DP-TSA)
103. Ressource intermédiaire Maison d'accueil Rosmond Ryan (DI-DP-TSA)
104. Ressource intermédiaire Maison d'accueil Russell Yusi (DI-DP-TSA)

- 105.Ressource intermédiaire Maison d'accueil Sandi Newton (DI-DP-TSA)
- 106.Ressource intermédiaire Maison d'accueil Serge Richer (DI-DP-TSA)
- 107.Ressource intermédiaire Maison d'accueil Shawn Walker (DI-DP-TSA)
- 108.Ressource intermédiaire Maison d'accueil Sheila Naggyah (DI-DP-TSA)
- 109.Ressource intermédiaire Maison d'accueil Starlett Lee (DI-DP-TSA)
- 110.Ressource intermédiaire Maison d'accueil Stéphane Blackburn (DI-DP-TSA)
- 111.Ressource intermédiaire Maison d'accueil Susan Williams (DI-DP-TSA)
- 112.Ressource intermédiaire Maison d'accueil The Approach Agency (DI-DP-TSA)
- 113.Ressource intermédiaire Maison d'accueil Véronique Ouellet, Natasha Grecia (DI-DP-TSA)
- 114.Ressource intermédiaire Maison d'accueil Vilma Blaides (DI-DP-TSA)
- 115.Ressource intermédiaire Maison le Mistral David Byrne (DI-DP-TSA)
- 116.Ressource intermédiaire Maison Paternelle
- 117.Ressource intermédiaire Manoir Renaissance (SAPA)
- 118.Ressource intermédiaire Parkhaven Lissa Sévigné (DI-DP-TSA)
- 119.Ressource intermédiaire Shalom Carlton (DI-DP-TSA)
- 120.Ressource intermédiaire Shalom Kent (DI-DP-TSA)
- 121.RPA Anne's Residence
- 122.RPA Beit Chai inc
- 123.RPA Châtea B'nai Brith
- 124.RPA Château Vincent d'Indy
- 125.RPA L&L Residence
- 126.RPA La Résidence Fulford
- 127.RPA Le Boulevard Résidence Urbaine Pour Aînés
- 128.RPA Manoir Charles Dutaud
- 129.RPA Manoir King David
- 130.RPA Manoir Outremont
- 131.RPA Manoir Westmount
- 132.RPA Pearl & Theo
- 133.RPA Place Kensington
- 134.RPA Place Mariette
- 135.RPA Providence Notre-Dame-de-Grâce
- 136.RPA Résidence Christ-Roi
- 137.RPA Résidence de Prince of Wales
- 138.RPA Résidence L'Image d'Outremont
- 139.RPA Résidence Outremont
- 140.RPA Résidence Sheppard et James Victoria
- 141.RPA Résidence Sheppard et James Westbury
- 142.RPA Résidence Vista
- 143.RPA Résidence Westhill inc
- 144.RPA Résidences B'nai Brith House
- 145.RPA Sélection Graham
- 146.RPA Sélection le Waldorf (Groupe Sélection Retraite)
- 147.RPA Snowdon Résidence
- 148.RPA The Salvation Army Montclair Residence
- 149.RPA Tirat Carmel
- 150.RPA Westmount One
- 151.Service de répit Angelman (DI-DP-TSA)
- 152.Service de répit Autisme Montréal (DI-DP-TSA)
- 153.Service de répit Centre Philou (DI-DP-TSA)
- 154.Service de répit Dreams and Hopes (DI-DP-TSA)
- 155.Service de répit Les foyers de la création (DI-DP-TSA)
- 156.Service de répit Les foyers de la création 2 (DI-DP-TSA)
- Site Plaza (CLSC)

## Annexe 2 : Traitement des plaintes en fonction des motifs – Commissaire

MOTIF/NIVEAU DE TRAITEMENT	Traitement non complété						Traitement complété				TOTAL	% Total par motif
	Abandonné par l'utilisateur	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	Sous-total	% Par motif/Niveau de traitement	Avec mesure	Sans mesure	Sous-total	% Par motif/Niveau de traitement		
<b>Accessibilité</b>												
Absence de service ou de ressource	0	0	1	0	1	12.50	5	4	9	18.75	10	2.34
Délais	1	1	0	1	3	37.50	11	14	25	52.08	28	6.56
Difficulté d'accès	0	0	1	1	2	25.00	4	8	12	25.00	14	3.28
Refus de services	0	2	0	0	2	25.00	2	0	2	4.17	4	0.94
<b>Sous-total</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>100.00</b>	<b>22</b>	<b>26</b>	<b>48</b>	<b>100.00</b>	<b>56</b>	<b>13.11</b>
<b>Aspect financier</b>												
Allocation de ressources matérielles et financières	0	0	0	0	0	0.00	1	1	2	5.26	2	0.47
Facturation	0	0	0	1	1	100.00	2	8	10	26.32	11	2.58
Frais de déplacement/transport	0	0	0	0	0	0.00	2	4	6	15.79	6	1.41
Frais d'hébergement/placement	0	0	0	0	0	0.00	4	15	19	50.00	19	4.45
Autre	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	2.63	1	0.23
<b>Sous-total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>100.00</b>	<b>9</b>	<b>29</b>	<b>38</b>	<b>100.00</b>	<b>39</b>	<b>9.13</b>
<b>Droits particuliers</b>												
Accès au dossier de l'utilisateur et dossier de plainte	0	0	0	1	1	20.00	1	2	3	9.09	4	0.94
Assistance/accompagnement	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	3.03	1	0.23
Choix du professionnel	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	3.03	1	0.23
Choix de l'établissement	0	0	0	0	0	0.00	1	2	3	9.09	3	0.70
Consentement	0	0	0	0	0	0.00	1	3	4	12.12	4	0.94
Droit à l'information	0	1	0	0	1	20.00	3	6	9	27.27	10	2.34
Droit à un accommodement raisonnable	0	1	1	0	2	40.00	3	0	3	9.09	5	1.17
Droit linguistique	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	3.03	1	0.23
Participation de l'utilisateur ou de son représentant	0	0	0	0	0	0.00	1	3	4	12.12	4	0.94
Représentation	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	3.03	1	0.23
Sécurité	0	0	0	0	0	0.00	1	1	2	6.06	2	0.47
Autre	0	0	1	0	1	20.00	0	1	1	3.03	2	0.47
<b>Sous-total</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>100.00</b>	<b>13</b>	<b>20</b>	<b>33</b>	<b>100.00</b>	<b>38</b>	<b>8.90</b>
<b>Maltraitance (Loi)</b>												
<b>Sous-total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>100.00</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>100.00</b>	<b>0</b>	<b>0.00</b>

**Organisation du milieu et ressources matérielles**

Alimentation	0	0	0	0	0	0.00	5	4	9	12.68	9	2.11
Compatibilité des clientèles	0	0	0	0	0	0.00	1	2	3	4.23	3	0.70
Conditions d'intervention ou de séjour adaptées	0	0	0	0	0	0.00	6	1	7	9.86	7	1.64
Confort et commodité	0	0	0	0	0	0.00	3	6	9	12.68	9	2.11
Équipement et matériel	0	0	0	0	0	0.00	1	2	3	4.23	3	0.70
Hygiène/salubrité/désinfection	0	0	0	0	0	0.00	5	2	7	9.86	7	1.64
Règles et procédures du milieu	0	0	0	1	1	100.00	6	18	24	33.80	25	5.85
Sécurité et protection	0	0	0	0	0	0.00	5	4	9	12.68	9	2.11
<b>Sous-total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>100.00</b>	<b>32</b>	<b>39</b>	<b>71</b>	<b>100.00</b>	<b>72</b>	<b>16.86</b>

**Relations interpersonnelles**

Abus	0	1	0	0	1	11.11	9	7	16	17.20	17	3.98
Communication/attitude	1	2	0	1	4	44.44	23	32	55	59.14	59	13.82
Discrimination-racisme	0	0	0	1	1	11.11	3	0	3	3.23	4	0.94
Fiabilité/disponibilité	0	0	0	1	1	11.11	2	2	4	4.30	5	1.17
Respect	0	1	0	0	1	11.11	9	6	15	16.13	16	3.75
Autre	0	0	0	1	1	11.11	0	0	0	0.00	1	0.23
<b>Sous-total</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>100.00</b>	<b>46</b>	<b>47</b>	<b>93</b>	<b>100.00</b>	<b>102</b>	<b>23.89</b>

**Soins et services dispensés**

Compétence technique et professionnelle (capacité de base à faire le travail)	1	1	1	0	3	30.00	12	19	31	28.70	34	7.96
Continuité	0	2	0	2	4	40.00	17	23	40	37.04	44	10.30
Décision clinique	1	1	1	0	3	30.00	3	8	11	10.19	14	3.28
Organisation des soins et services (systémique)	0	0	0	0	0	0.00	0	4	4	3.70	4	0.94
Traitement/intervention/services (action faite)	0	0	0	0	0	0.00	9	12	21	19.44	21	4.92
Autre	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	0.93	1	0.23
<b>Sous-total</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>100.00</b>	<b>41</b>	<b>67</b>	<b>108</b>	<b>100.00</b>	<b>118</b>	<b>27.63</b>

**Autre**

<b>Sous-total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>100.00</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>100.00</b>	<b>2</b>	<b>0.47</b>
-------------------	----------	----------	----------	----------	----------	---------------	----------	----------	----------	---------------	----------	-------------

<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>13</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>35</b>	<b>100.00</b>	<b>164</b>	<b>228</b>	<b>392</b>	<b>100.00</b>	<b>427</b>	<b>100.00</b>
--------------	----------	-----------	----------	-----------	-----------	---------------	------------	------------	------------	---------------	------------	---------------

Le pourcentage est relatif au sous-total de la colonne.

Ce tableau inclut le nombre de motifs par niveau de traitement

Il peut y avoir plus d'un motif pour le même dossier

## Annexe 3 : Liste des membres du personnel

### Membres permanents

Maude Laliberté - Commissaire aux plaintes et à la qualité des services (en titre le 21 mai 2019)

Rosemary Steinberg - Commissaire aux plaintes et à la qualité des services par intérim (du 1<sup>er</sup> avril 2019 au 21 mai 2019)

Jean-Philippe Payment - Commissaire adjoint aux plaintes et à la qualité des services (en intérim au 21 mai 2019, en titre dès le 30 janvier 2020)

Marick Bertrand -Déléguée aux plaintes (fin de mandat mai 2019)

Angeliki Tsisis - Déléguée aux plaintes (fin de mandat janvier 2020)

Marie-Madeleine Chaslas- Technicienne administrative

Navnit Kaur – Technicienne administrative (fin de mandat septembre 2019)

Helen Vassiliou - Technicienne administrative

Kimberly-Ann Jezni-Dagenais, Agente administrative

### Consultants ad hoc

Claire Bédard – Consultante – Déléguée aux plaintes

Sarah Bérubé – Consultante - Déléguée aux plaintes

Émilie Blackburn – Consultante - Déléguée aux plaintes

Nathalie Boëls – Consultante - Déléguée aux plaintes

Geneviève Boily – Consultante – Déléguée aux plaintes

Julien Brisson – Consultant – Délégué aux plaintes

Dana Cape – Consultante – Déléguée aux plaintes

Isabelle Carrière-Roussin - Consultante – Déléguée aux plaintes

Alexandre Couët-Garand - Consultant – Délégué aux plaintes

Erin Douglas - Consultante – Déléguée aux plaintes

Amélie Hewett – Consultante – Adjointe administrative

Marie-Ève Lemoine - Consultante – Déléguée aux plaintes

Tatiana Ozorco - Consultante – Déléguée aux plaintes

Jennifer Pelletier - Consultante – Déléguée aux plaintes

Diana Karena Volesky - Consultante – Déléguée aux plaintes

Ayalla Weiss-Tremblay - Consultante – Déléguée aux plaintes

#### **Annexe 4 : Liste des médecins examinateurs (approuvée/s par le CA le 26 septembre 2019)**

Dr Harvey Sigman, médecin examinateur coordonateur

Dre. Vania Jimenez, médecin examinateur

Dr Ronald Ludman, médecin examinateur

Dr Richard Margolese, médecin examinateur

Dr Markus Martin, médecin examinateur

Dr Nathan Sheiner, médecin examinateur

Dr David Mulder, médecin examinateur ad hoc (approuvé par le CA le 19 mars 2020)

Dr. Paul Warshawsky, médecin examinateur

## **Annexe 5 : Liste des membres du comité de révision**

Alyssa Yufe, présidente

Dr Judy Glass, membre

Dr Sylvie Boulet, membre

