

RAPPORT ANNUEL 2022-2023

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



Auteur

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

Planification et coordination

Marie-Pier Macameau, Commissaire adjointe intérimaire aux plaintes et à la qualité des services

Vérification des données et mise en page

Peratsim Ntoya, Technicien en administration

Yves-Alain Karl Sebre, Agent administratif

Source des données

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

Approuvé au conseil d'administration du CISSS de l'Outaouais le 22 juin 2023

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

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

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

ISBN : 978-2-550-95239-8 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-95238-1 (PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2023

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2023

© CISSS de l'Outaouais, 2023

Table des matières

Mot de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services	5
INTRODUCTION	1
Le régime d'examen des plaintes et ses assises légales.....	1
Pouvoir et fonctions du commissaire et commissaire adjoint aux plaintes et à la qualité des services.....	1
Les fonctions obligatoires du CPQS :	2
Les clientèles desservies.....	2
Partie 1	4
Rapport de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services.....	4
1.1 LES FAITS SAILLANTS AU COURS DE L'EXERCICE 2022-23	5
1.2 BILAN DES DOSSIERS DE PLAINTES	6
Plaintes par missions et installations	8
Motifs et mesures d'amélioration de la qualité des soins et des services.....	8
Délai de traitement des dossiers de plainte.....	17
1.3 BILAN DES DOSSIERS D'INTERVENTION	18
Interventions selon la mission	19
Motifs d'intervention et mesures d'amélioration des soins et services	19
1.4 BILAN DES DOSSIERS PROVENANT DU CAAP-Outaouais.....	25
1.5 BILAN DES DOSSIERS TRANSMIS POUR ÉTUDE À DES FINS DISCIPLINAIRES.....	25
1.6 BILAN DES DOSSIERS TRAITÉS POUR MALTRAITANCE	26
Maltraitance à déclaration non-obligatoire	31
1.7 BILAN DES RECOMMANDATIONS DE LA COMMISSAIRE	33
1.8 BILAN DES DOSSIERS ANALYSÉS PAR LE PROTECTEUR DU CITOYEN EN DEUXIÈME INSTANCE	33
1.9 BILAN DES DEMANDES D'ASSISTANCE	34
1.10 BILAN DES CONSULTATIONS	36
1.11 BILAN DES AUTRES FONCTIONS ET AUTRES RESPONSABILITÉS LÉGALES DE LA COMMISSAIRE	37
Les participations statutaires de la commissaire	37
Les autres fonctions de la commissaire.....	37
Partie 2	39
Conclusion et objectifs 2023-24	39

ANNEXE 1	41
INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES.....	41
Description sommaire des différents types de dossier	41
Terminologie.....	41
Catégories de motifs.....	42
Mesures correctives individuelles ou systémiques	42
ANNEXE 2	44
Partie 3	51
Rapport des médecins examinateurs du CISSS de l'Outaouais	51
Équipe.....	51
Préambule	52
Traitement des plaintes	54
État des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu selon le niveau de traitement et le motif :	56
Recommandations des médecins examinateurs	57
Conclusions	58
Objectifs pour l'année à venir	58
Mot des médecins examinateurs	58
Partie 4	60
Rapport du comité de révision	60
Mandat et responsabilités	60
Composition du comité de révision des plaintes médicales	60
Les motifs, conclusions, et délais de traitement des dossiers	61
État des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu selon le délai d'examen.....	61
Conclusion et objectifs pour l'année 2022-2023	62
Partie 5 – Centre d'hébergement Champlain-de-Gatineau	63
5.1 BILAN DES DOSSIERS DE PLAINTES 2022-2023	63
5.2 BILAN DES DOSSIERS D'INTERVENTION	63
Motifs d'intervention et mesures d'amélioration des soins et services.....	63
5.3 BILAN DES DEMANDES D'ASSISTANCE	64
5.4 BILAN DES DOSSIERS TRANSMIS POUR ÉTUDE À DES FINS DISCIPLINAIRES.....	64
5.5 LE RECOURS AU PROTECTEUR DU CITOYEN.....	64
5.6 BILAN DES CONSULTATIONS	64
5.7 BILAN DES AUTRES FONCTIONS ET AUTRES RESPONSABILITÉS LÉGALES DE LA COMMISSAIRE	65
5.8 RAPPORT DU MEDECIN EXAMINATEUR	65
Partie 6 – VIGI de L'Outaouais	66
6.1 Bilan des dossiers de plaintes 2022-2023	66
6.2 BILAN DES DOSSIERS D'INTERVENTION	66

Motifs d'intervention et mesures d'amélioration des soins et services	67
6.3 BILAN DES DEMANDES D'ASSISTANCE	67
6.4 BILAN DES DOSSIERS TRANSMIS POUR ÉTUDE À DES FINS DISCIPLINAIRES.....	67
6.5 LE RECOURS AU PROTECTEUR DU CITOYEN	67
6.6 BILAN DES CONSULTATIONS.....	67
6.7 BILAN DES AUTRES FONCTIONS ET AUTRES RESPONSABILITÉS LÉGALES DE LA COMMISSAIRE	68
Les participations statutaires de la commissaire	68
6.8 RAPPORT DU MEDECIN EXAMINATEUR.....	69

Liste des sigles ou acronymes

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

Liste des graphiques

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

graphique 1.	Dossiers ouverts selon le type pour l'exercice 2022-23.....	4
Graphique 2.	Évolution du nombre de dossiers reçus sur 3 ans.....	6
Graphique 3.	Motifs de plainte par catégorie pour l'année 2022-23.....	9
Graphique 4.	Évolution des motifs de plaintes conclues en pourcentage par catégories.....	10
Graphique 5.	Nombre de directions de l'Établissement impliquées par motif	15
Graphique 6.	Évolution des dossiers d'intervention depuis les trois dernières années.....	19
Graphique 7.	Motifs des interventions conclues pendant l'exercice.....	20
Graphique 8.	Évolution annuelle des motifs d'intervention.....	21
Graphique 9.	Répartition des dossiers de maltraitance pour l'année 2022-2023.....	28
Graphique 10.	Directions et partenaires impliqués	29
Graphique 11.	Type de personne présumée maltraitante	30
Graphique 12.	Types de maltraitance	30
Graphique 13.	Évolution du nombre d'assistances.....	34
Graphique 14.	Évolution du nombre d'assistances par motif	34
Graphique 15.	Évolution du nombre de consultations.....	36

Liste des tableaux

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

Tableau 1.	Comparatif des dossiers de plainte selon l'étape de l'examen.....	7
Tableau 2.	Auteur de la plainte	7
Tableau 3.	Portée des mesures correctives des dossiers de plaintes conclues.....	10
Tableau 4.	Délai pour conclure les dossiers lors de l'exercice 2022-23.....	18
Tableau 5.	Évolution des dossiers d'intervention.....	18
Tableau 6.	Portée des mesures correctives des dossiers d'intervention conclus.....	20
Tableau 7.	Variation sur trois ans des dossiers transmis à des fins disciplinaires	26
Tableau 8.	Comparatif sur 3 ans des dossiers de maltraitance	27
Tableau 9.	Nombre de dossiers d'interventions selon le signalant	28
Tableau 10.	Bilan des recommandations émises par la commissaire pour l'exercice 2022-23.....	32
Tableau 11.	Bilan des recommandations émises par le PDC pour l'exercice 2022-23.....	34
Tableau 12.	Autres fonctions de la commissaire.....	38
Tableau 13.	Liste des recommandations et mesures.....	44-50

Rapport des médecins examinateurs pour le CISSS de l'Outaouais

Tableau 14.	Bilan des dossiers de plaintes médicales selon l'étape de l'examen	54
Tableau 15.	Bilan des dossiers de plainte selon l'étape de l'examen et l'instance visée	55
Tableau 16.	État des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu selon le délai d'examen	56
Tableau 19.	Évolution des dossiers d'intervention	63
Tableau 20.	Évolution des dossiers de plainte	66
Tableau 21.	Évolution des dossiers d'intervention	66

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

Tableau 17.	Les motifs, conclusions et délais de traitement des dossiers.....	61
Tableau 18.	Délai d'examen	61

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

À titre de commissaire aux plaintes et à la qualité des services du Centre intégré de santé et des services sociaux (CISSS) de l'Outaouais, j'ai le plaisir de vous présenter, conformément à l'article 33.10 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS), le rapport annuel de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CISSS de l'Outaouais. Ce rapport, couvre la période du 1^{er} avril 2022 au 31 mars 2023, intègre le rapport annuel des médecins examinateurs, ainsi que le rapport annuel du comité de révision, comme prévu à l'article 76.11 de la LSSSS.

Tout au long de l'année, les commissaires et les médecins examinateurs ont travaillé avec, pour ultime objectif, la recherche de l'amélioration de la qualité des services à la clientèle et la satisfaction des usagers. C'est un total de 1770 dossiers qui ont été traités, que ce soit pour des plaintes, des demandes d'assistance, des interventions, des consultations et des plaintes de nature médicale. Les données citées dans ce rapport sont recueillies par le biais du système intégré Web de gestion des plaintes et amélioration de la qualité des services (*SIGPAQS*).

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

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

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



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

INTRODUCTION

Le présent rapport a pour objectif premier de renseigner la population concernant toutes les activités rattachées au régime d'examen des plaintes et de la qualité des services et fait état des activités du bureau de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services en regard de l'application de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et de la Loi 6.3 visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité.

L'année 2022-23 fut marquée par une augmentation des plaintes à l'égard de l'accessibilité à certains soins et services. Cependant, je constate une diminution des plaintes liées aux relations interpersonnelles, motif qui était élevé depuis les trois dernières années.

Ce rapport comprend le bilan des activités de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services, celui du médecin examinateur et du comité de révision ainsi que des signalements obligatoires de maltraitance. Cette année une mise à jour de la circulaire 2022-020 du MSSS sur le régime d'examen des plaintes du réseau de la santé et des services sociaux (art. 53 LMRSSS) précise notamment que *les informations des établissements privés dans le bilan annuel devront être présentées de façon à les distinguer de celles qui concernent le centre intégré des territoires visés des centres d'hébergement privés conventionnés*. Pour la région de l'Outaouais, il s'agit de Vigie de l'Outaouais et Champlain-de-Gatineau.

Le régime d'examen des plaintes et ses assises légales

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

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

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

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

- Applique la procédure d'examen des plaintes dans le respect des droits des usagers;
- Recommande au conseil d'administration toute mesure susceptible d'améliorer le traitement des plaintes pour l'établissement, au besoin;
- Assure la promotion de l'indépendance de son rôle pour l'établissement, diffuse de l'information sur les droits et les obligations des usagers, sur le code d'éthique et sur la promotion du régime d'examen des plaintes;
- Prête assistance ou s'assure que soit prêté assistance à l'utilisateur qui le requiert pour la formulation de sa plainte ou pour toute démarche relative à sa plainte;
- Examine avec diligence toute plainte d'un usager, dès sa réception et informe l'utilisateur au plus tard dans les 45 jours, des conclusions motivées auxquelles il est arrivé;
- En cours d'examen, lorsqu'une pratique ou la conduite d'un membre du personnel soulève des questions d'ordre disciplinaire, il en saisit la direction concernée ou le responsable des ressources humaines de l'établissement, ou le cas échéant, la plus haute autorité de qui relèvent les services faisant l'objet de la plainte ou d'une intervention, pour l'étude plus approfondie, suivi du dossier et prise de mesures appropriées, s'il y a lieu;
- Intervient de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à son attention concernant le non-respect des droits des usagers et le cas échéant, fait rapport et recommande toute mesure visant la satisfaction des usagers et le respect de leur droit, au conseil d'administration et à toute direction ou responsable d'un service de l'établissement concerné, ou selon le cas, la plus haute autorité d'un organisme ou société;
- Donne son avis sur toute question de sa compétence qui lui est soumise par tout conseil ou comité créé par lui ou de l'établissement;
- Dresse au besoin et au moins une fois par année, un bilan de ces activités, accompagné s'il y a lieu, des mesures qu'il recommande pour améliorer la satisfaction des usagers et favoriser le respect de leurs droits;
- Prépare et présente au CA, pour approbation, un rapport annuel, qui inclut un bilan des activités ainsi que le rapport du médecin examinateur et celui du comité de révision.

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

Les clientèles desservies

La principale clientèle visée par les services offerts par le CPQS est toute personne qui estime être lésée dans ses droits en tant qu'utilisateur ou qui est insatisfaite d'un service ou des soins qu'il a reçus, aurait dû recevoir ou reçoit :

- D'une installation du CISSS de l'Outaouais;
- D'une ressource intermédiaire ou de type familial ou résidence pour personne âgée;

- De tout autre organisme, société ou personne auquel l'Établissement recourt, notamment par entente pour la prestation de ces services (art. 34 LSSSS).

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

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

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

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

Droit de réserve

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

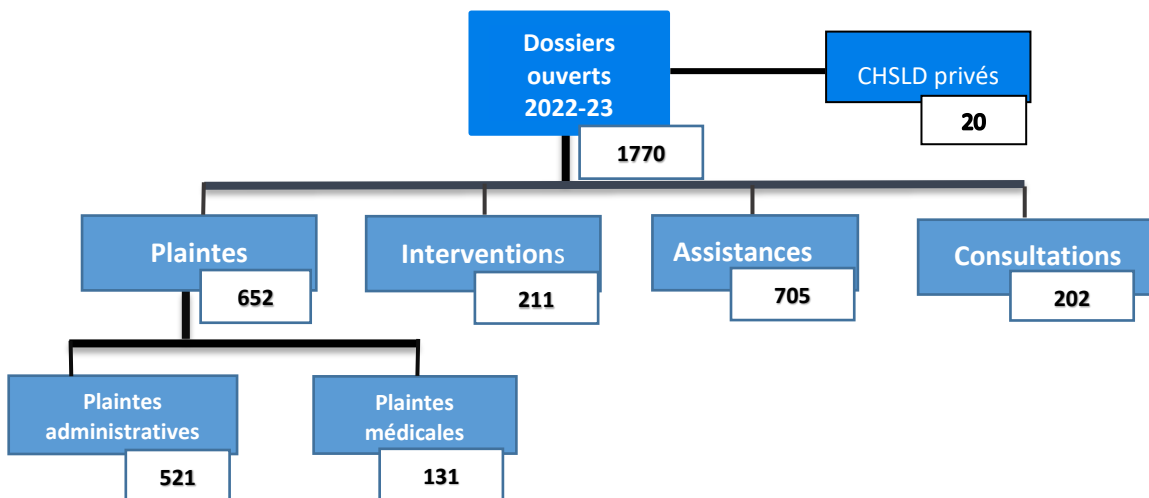
Partie 1

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

1.1 LES FAITS SAILLANTS AU COURS DE L'EXERCICE 2022-23

Un total de 1790 dossiers ont été traités par le bureau de la commissaire au cours de l'exercice 2022-23 comparativement à 2028 en 2021-22, ce qui représente une diminution de 13,29 % quant au volume de dossiers traités. De ces 1790 dossiers, 20 concerne les 2 CHSLD privés conventionnés, soit Vigi Santé et Champlain. J'aborderai ces deux instances séparément dans le rapport annuel à la partie 5 et 6. Le bilan comme demandé par la circulaire du MSSS (2022-020) est présenté au CVQ de chacune des instances privées (Vigi Santé et Champlain).

Graphique 1. Dossiers ouverts selon le type, pour l'exercice 2022-23



Les faits saillants de l'année sont :

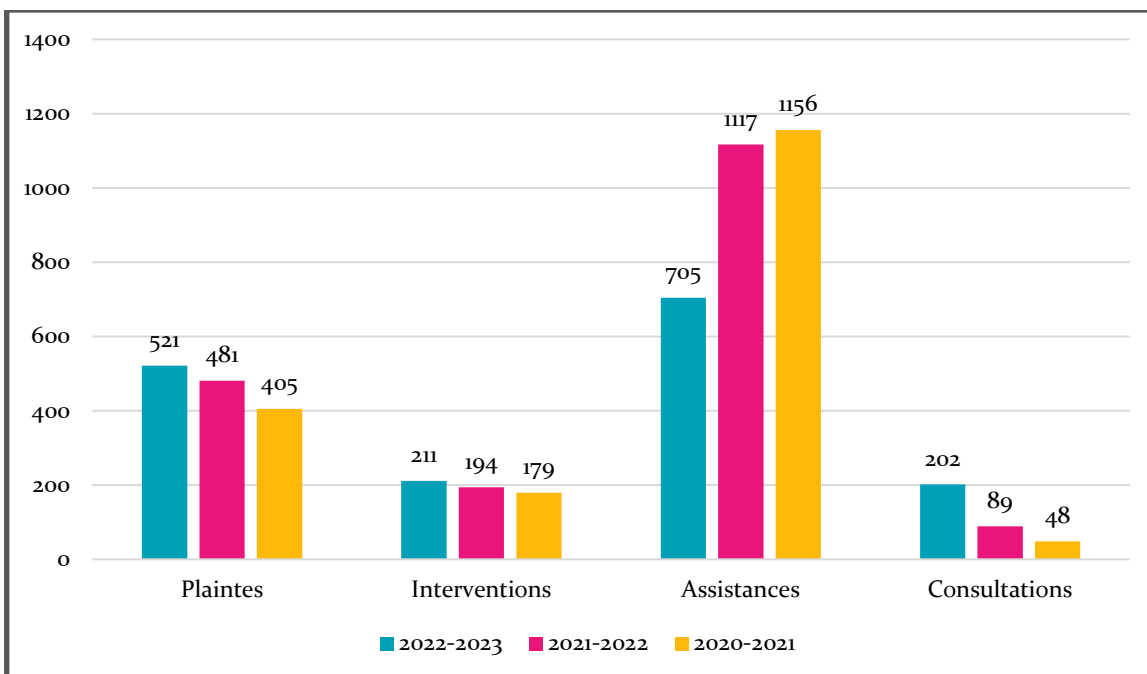
Légende :

Augmentation Diminution 

	2022-2023	2021-2022	Constats
	478	477	Nombre de dossiers conclus au 31 mars de l'année financière en cours
	521	481	Plaintes
	35	31	Nombre de dossiers provenant de l'exercice financier de l'année précédente
	498	511	Nombre de mesures d'améliorations à portée individuelles
	748	914	Nombre de mesures d'améliorations à portée systémiques
	202	89	Consultations
	11	4	Dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires
	131	122	Plaintes médicales
	41	28	Dossiers transmis au 2 ^e palier au Protecteur du citoyen

- L'année a débuté avec 35 dossiers de plainte provenant de l'exercice 2021-22 et 521 nouveaux dossiers ont été reçus au cours de l'année, pour un total de 556 dossiers. De ces 556 dossiers, 478 ont été conclus au 31 mars 2022, soit 86%.
- Le nombre de plaintes a augmenté de 8,3 % comparativement à l'an dernier avec 521 plaintes administratives. De ce nombre :
 - 91,01% des plaintes ont été traitées à l'intérieur du délai légal de 45 jours, comparativement à 94,34 % pour l'année 2021-22;
 - 41 dossiers de plaintes ont été acheminés en deuxième instance au Protecteur du citoyen;
 - 131 plaintes médicales transmises aux médecins examinateurs, soit 7,4 % de plus que l'an dernier, dont 7 dossiers ont été acheminés en deuxième instance au Comité de révision, contre 13 l'année précédente;

- 211 dossiers d'intervention, soit une augmentation de 8,76 % par rapport à l'année précédente;
- 705 demandes d'assistance pour de l'aide à la formulation d'une plainte ou concernant l'accessibilité à un soin ou un service, soit une diminution de 37 % par rapport à l'année précédente;
- 202 demandes de consultation référant à des demandes d'avis sur l'application du régime d'examen des plaintes et sur les droits des usagers, soit une augmentation importante par rapport à l'année précédente.

Graphique 2. Évolution du nombre de dossiers reçus sur 3 ans

1.2 BILAN DES DOSSIERS DE PLAINTES

Une plainte est une insatisfaction exprimée par un usager ou son représentant auprès du personnel du bureau de la commissaire sur les services qu'il a reçu, aurait dû recevoir, reçoit ou requiert. Une plainte peut comporter plus d'un motif et l'examen d'un motif peu, ou non, se traduire par une ou plusieurs mesures correctives.

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

Au cours de l'année, 75 % de ces plaintes ont été soumises par des usagers, 17 % par des représentants et 7 % par des tiers. Ainsi, ces plaignants ont contribué à l'amélioration de la qualité des soins et des services pour la population et les usagers du CISSS de l'Outaouais en favorisant la mise en place de mesures d'amélioration de la qualité des soins et des services tangibles

permettant de prévenir la récurrence de situations similaires. Il s'agit de la 3^e année consécutive que nous observons une augmentation des plaintes.

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

EXERCICE	En cours d'examen au début de l'exercice		Reçus durant l'exercice		Conclus durant l'exercice		En cours d'examen à la fin de l'exercice		Transmis au 2 ^e palier
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
2022 - 2023	35	13	521	8	478	0	78	123	41
2021 - 2022	31	-24	481	19	477	15	35	13	28
2020 - 2021	41	14	405	-29	415	-26	31	-24	39

Concernant les plaintes reçues et analysées, il y a eu une augmentation de 8,3 % du nombre de plaintes reçues par rapport à l'année précédente. De l'analyse et du traitement des 478 dossiers concluent, 21 (4,4%) ont mené à la formulation de recommandations, soit 3,1 % de moins que l'an dernier. Cela constitue des mesures d'amélioration de la qualité des soins et services. Il importe de savoir que toutes les recommandations sont présentées au comité de vigilance et de la qualité (CVQ), qui a le devoir de s'assurer qu'un suivi soit apporté à chacune d'elles. (LSSSS, art. 181.0.1, art. 181.0.3). L'ensemble de ces recommandations émises peut être consulté à l'annexe 2.

Tableau 2. Auteur de la plainte

Plaintes soumises par :	2022-2023	2021-2022	2020-2021
Usagers	75,42 %	72,29 %	74,36 %
Représentants	17,36 %	22,92 %	20,55 %
Tiers	7,23 %	4,79 %	5,08 %

Je constate lors de mon analyse de l'ensemble des dossiers que les assistances sont surtout liées aux droits particuliers (58 %) à l'accessibilité (18%). Ainsi, en étant attentif aux besoins et attentes des usagers, il est privilégié d'adresser leurs insatisfactions par le biais d'une assistance auprès du gestionnaire concerné plutôt que par celui d'une plainte et obtenir le plus rapidement possible une réponse à leur insatisfaction. Cette approche témoigne de la volonté de consolider une approche de conciliation et de résolution de problèmes basée sur la responsabilisation des parties.

Plaintes par missions et installations

Des 478 plaintes conclues en 2022-23, la répartition par mission est la suivante, pour un total de 457 plaintes dont la mission est connue :

- 68,93 % pour la mission CHSGS, soit 315 plaintes ;
- 15,97 % pour la mission CLSC, soit 73 plaintes ;
- 8,32 % pour la mission CPEJ, soit 38 plaintes ;
- 3,35 % pour la mission RPA, soit 16 plaintes ;
- 3,28 % pour la mission CHSP, soit 16 plaintes ;
- 2,19 % pour la mission CHSLD, soit 10 plaintes ;
- 1,46 % pour la mission SPU, soit 7 plaintes ;
- 0,44 % pour la mission CRD, soit 2 plaintes ;
- 1,05 % pour la mission Organisme communautaire, soit 5 plaintes ;
- 0,22 % pour la mission CRDI-TSA, soit 2 plaintes ;
- 1,34 % pour la mission RI, soit 3 plaintes ;
- 0,22 % pour la mission CRDM, soit 1 plainte ;

De ces missions, les installations les plus visées (ayant reçu plus de 10 plaintes), par les plaintes conclues, sont :

- Hôpital de Hull 60,95 % (123 plaintes) ;
- Hôpital de Gatineau 46,03 % (85 plaintes) ;
- CLSC et centre de protection de l'enfance et de la jeunesse de l'Outaouais 7,95 % (38 plaintes);
- RPA 3,35 % (16 plaintes) ;
- Hôpital en santé mentale Pierre-Janet 2,93 % (14 plaintes) ;
- 104 rue Lois (soutien à domicile) 2,51% (12 plaintes);
- Hôpital et CHSLD Mémorial de Wakefield 2,72 % (13 plaintes) ;
- Centre multiservices de santé et de services sociaux de Gatineau (La Gappe) 2,72 % (13 plaintes);
- Hôpital et CHSLD de Papineau 2,30 % (11 plaintes) ;
- Centre de prélèvements externe (75, boul. La Gappe) 2,30 % (11 plaintes) ;

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

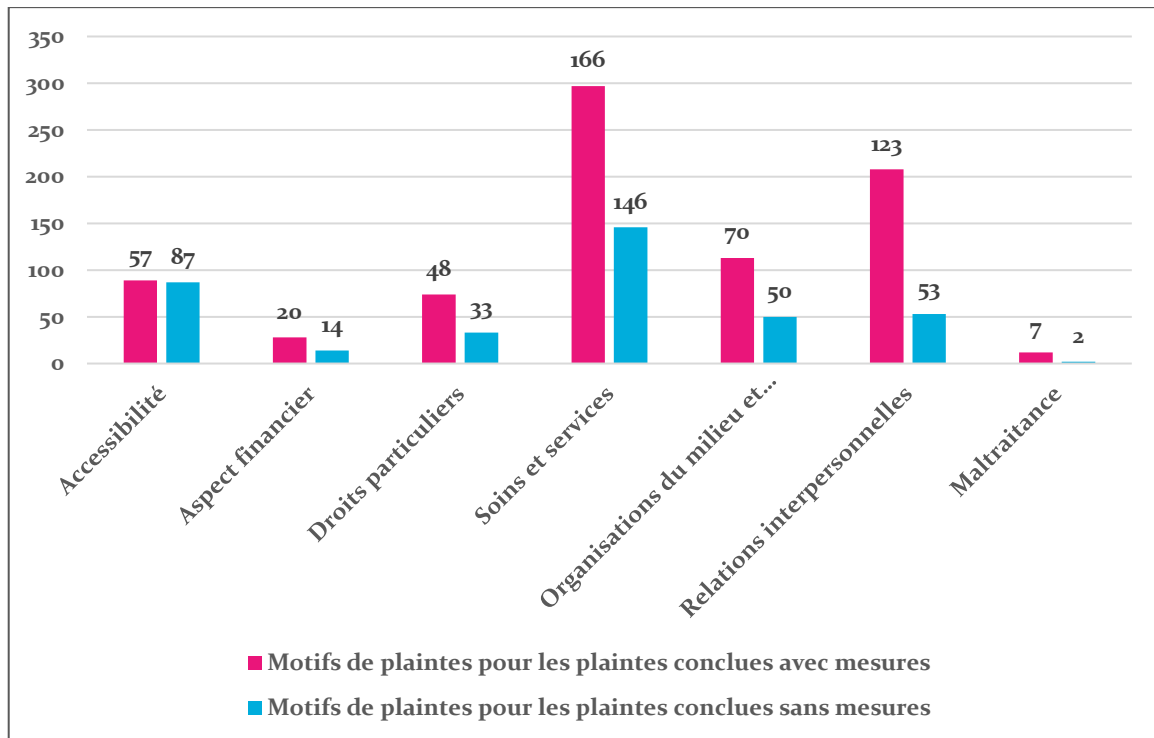
Les 478 plaintes conclues visaient 871 motifs. De ces motifs :

- 491 motifs de plaintes ont mené à des mesures (57 %);
- 380 motifs de plaintes n'ont pas mené à des mesures (43%).
- 59 % des mesures sont à portée systémique.

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

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

Graphique 3. Motifs de plainte par catégorie pour l'année 2022-23



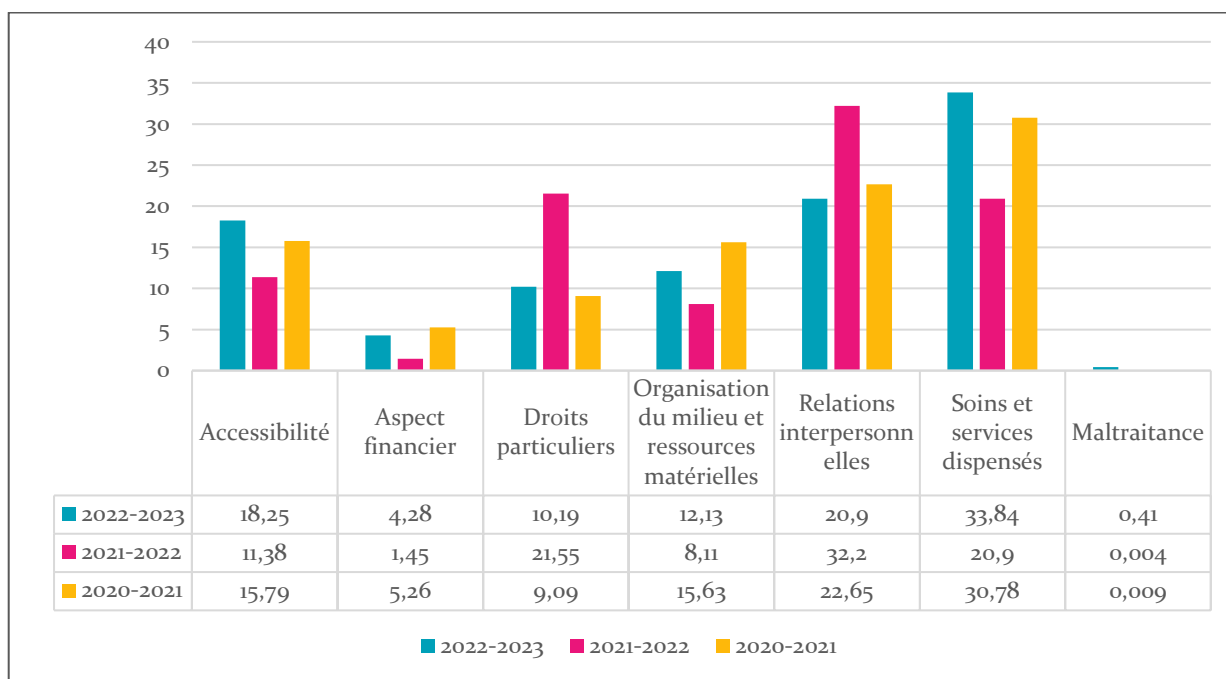
Le graphique 3 permet de voir la tendance des mesures prises ou non par catégories de motifs en 2022-23.

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

Tableau 3. Portée des mesures correctives des dossiers de plaintes conclues

Motifs	À portée individuelle	À portée systémique
	%	%
Soins et services dispensés	31,86	39,21
Accessibilité	9,14	12,03
Relations interpersonnelles	39,23	15,56
Organisation du milieu et ressources matérielles	5,60	19,50
Droits particuliers	7,08	10,37
Aspect financier	5,60	1,87
Maltraitance	1,47	1,45

Graphique 4. Évolution des motifs de plaintes conclues en pourcentage par catégories



Une analyse plus approfondie des principaux éléments donne ce portrait :

Soins et services
Sous-motifs :
Traitements/Interventions
Continuité/Absence de suivi
Organisation des soins et des services (systémique)

Concernant le motif de plainte pour les soins et services dispensés, ce dernier constitue le principal motif de plaintes avec 33,84 %. Je constate une augmentation (12,94 %) après avoir connu une diminution de 9,8 % en 2021-22.

Les principaux constats qui ressortent de mon analyse démontrent que les insatisfactions sont surtout à l'égard de la façon dont les interventions sont effectuées par le personnel incluant l'approche thérapeutique et la médication, suivie d'enjeux dans la continuité des soins et des services par une absence de suivi. Des enjeux systémiques à l'égard de la qualité des soins sont particulièrement liés à des résidences pour personnes âgées. Ce point sera traité ultérieurement dans ce rapport. L'organisation des soins et services systémique signifie que l'organisation des soins touche l'ensemble de l'Établissement, d'une installation ou d'un secteur/service.

Les actions demandées aux différentes directions étaient à 63,64 % d'ordre systémique. Les mesures individuelles sont surtout axées sur l'encadrement de l'intervenant et l'ajustement professionnel tandis que les mesures systémiques sont axées sur l'information et la sensibilisation des intervenants, l'ajustement des activités professionnelles, ainsi que l'information et la sensibilisation des intervenants.

Relations interpersonnelles
Sous-motifs :
Commentaires inappropriés
Attitude non verbale inappropriée
Manque d'empathie

Ce motif représente 20,9 % est un des motifs de plaintes prédominants depuis les 2 dernières années. Par contre, je dénote une diminution de 11 % par rapport à l'année 2021-22.

Les commentaires, l'attitude non verbale inappropriée ainsi que le manque d'empathie demeurent les deux principales insatisfactions depuis les deux dernières années.

Toutefois, après deux ans d'augmentation ce motif démontre une amélioration, ce qui est positif. Je désire souligner les efforts des directions qui ont contribué par leurs différentes actions, soit

des mesures d'encadrement des intervenants et de soutien, de la sensibilisation à l'égard des valeurs et du code d'éthique de l'Établissement et de la formation. Les mesures mises en place par les directions étaient à 36,06%, d'ordre systémique.

Accessibilité
Sous-motifs :
Temps de réponse aux services réseau et requis
Temps d'attente pour obtenir un rendez-vous
Temps d'attente pour obtenir un résultat ou un rapport

En ce qui a trait à l'accessibilité, ce motif représente 18,25% des motifs de plaintes et démontre une augmentation d'environ 6,87 % cette année. L'enjeu principal pour les usagers est d'avoir accès à des services et également le délai pour obtenir un rendez-vous ou un résultat. Lors de l'analyse des données, la difficulté pour les usagers, à l'accès téléphonique, soit de parler à un employé, est importante.

Les mesures d'amélioration mises en place par les directions sont majoritairement d'ordre systémique (65,17%) et sont liées à l'ajustement des activités professionnelles et l'augmentation des ressources humaines.

Organisation du milieu et ressources matérielles
Sous-motifs :
Règles et procédures du milieu
Alimentation
Équipement et du matériel

Le motif organisation du milieu et ressources matérielles représente 12,13 % des motifs de plaintes. Après avoir connu une diminution d'insatisfaction des usagers à cet égard l'an dernier ce motif est en légère hausse de 4,02% en 2022-23.

Les principales insatisfactions sont en lien avec le respect des règles en place, comme en 2021-22. Je note que des éléments liés à l'alimentation font l'objet d'insatisfactions en 2022-23, ce qui n'a pas été la tendance dans les deux dernières années. Cette insatisfaction est surtout à l'égard des Résidences pour personnes âgées (RPA).

Ces insatisfactions concernent entre autres, le manque de variété, la température des aliments servis et l'adaptation du menu selon les besoins. Pour l'équipement et le matériel, les insatisfactions impliquent les bris mécaniques, la désuétude et la disponibilité de ces derniers.

La grande majorité des actions mises en place par les directions sont d'ordre systémique à 83,19% et concerne l'adaptation des soins et services par l'entremise de l'ajustement technique et matériel ainsi que d'activités professionnelles et élaboration/révision de certaines pratiques.

Droits particuliers
Sous-motifs :
Droit à l'information sur les services et leur mode d'accès (LPJ)
Accès au dossier
Accès aux services en langue anglaise

Pour les droits particuliers des usagers, ce motif représente 10,19 % des motifs de plaintes, une diminution d'environ 11 % comparativement à l'an dernier. Ce sont les mêmes motifs d'insatisfaction des usagers que l'an dernier, mais le classement a changé. En fait, le droit à l'information à l'égard la compréhension de la Loi sur la Protection de la Jeunesse (LPJ) à l'égard des services et mode d'accès représente 33 % des insatisfactions de ce motif comparativement à 8 % l'an dernier. En ce qui a trait à l'accès au dossier, la confidentialité est l'enjeu principal, à un degré similaire à l'an dernier. Puis, pour l'accès aux services en langue anglaise, ce dernier est similaire à l'an dernier.

La grande majorité des actions mises en place par les directions sont d'ordre systémique à 67,57% et concerne l'adaptation des soins et services par l'entremise de l'information et de la sensibilisation des intervenants, l'amélioration des communications ainsi que des mesures d'encadrement individuel adressées aux gestionnaires. Je veille à ce que les valeurs de l'établissement soient, la bienveillance, le professionnalisme, l'engagement et la collaboration ainsi que le code d'éthique, soient respectés de tous et des interventions sont faites auprès des directions et gestionnaires concernés, le cas échéant.

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

Aspects financiers
Sous-motifs :
Facturation à des non-résidents du Québec

Malgré que ce motif représente seulement 4,28 %, l'augmentation de 3 % de ce motif en 2022-23 est liée à la facturation et l'Établissement a dû rembourser des montants importants à des usagers, majoritairement à des non-résidents du Québec, ayant sollicité des soins aux urgences. Ces remboursements sont dus au fait que les usagers n'ont pas bien été informés sur les frais encourus pour leur consultation à l'hôpital. Cet enjeu a été peu soulevé dans les plaintes d'usagers l'an dernier. De plus, le formulaire pour responsabilité de paiement doit obligatoirement être signé par l'utilisateur et l'agent administratif, responsable de donner l'information à l'utilisateur. Dans plusieurs situations, le formulaire n'est pas signé par les deux parties ou non signé par l'une ou l'autre des parties.

Les mesures d'amélioration mises en place sont surtout d'ordre individuel (67,86%) et sont liées à de l'ajustement financier pour les usagers. Au niveau systémique, les actions sont à l'égard de revoir les protocoles et procédures en place. D'ailleurs, une recommandation est en cours d'actualisation par les directions concernées afin d'adresser cette problématique.

Maltraitance
Sous-motif :
Maltraitance organisationnelle

Je constate que les plaintes pour maltraitance sont très minimes (13 plaintes). Cette donnée démontre que les personnes victimes de maltraitance n'ont pas tendance à porter plainte. La maltraitance organisationnelle par négligence est le principal sous-motif à l'égard du motif maltraitance. Les actions mises en place sont à 58 % d'ordre systémique et sont à l'égard de la sensibilisation des intervenants ainsi que l'ajustement des activités professionnelles.

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

Cette année, nous avons traité 87 dossiers impliquant des RPA visant 285 motifs différents. Les principaux motifs d'insatisfaction :

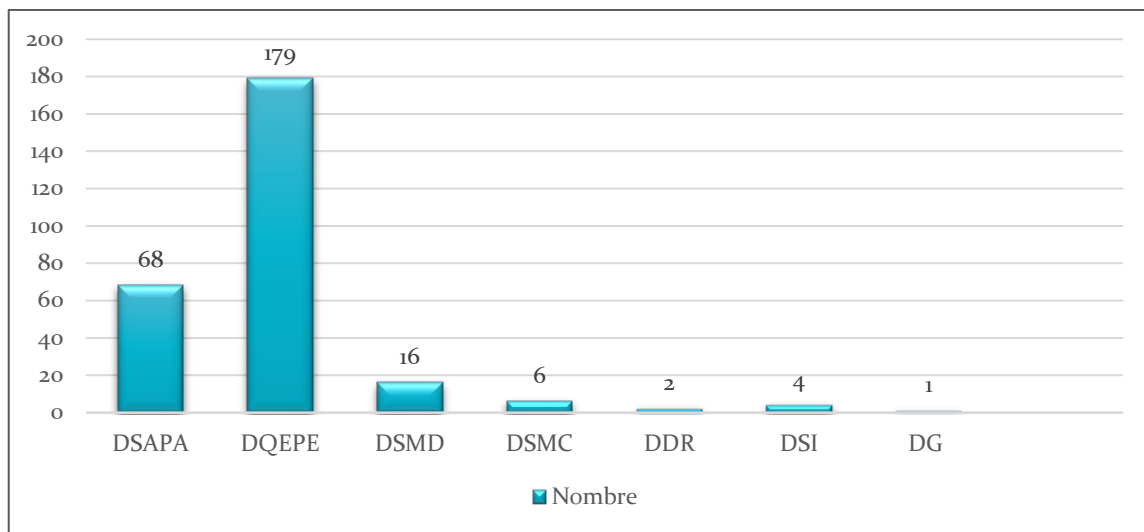
- Organisation du milieu et ressources matérielles (38,60%) :
 - L'alimentation ;
 - L'hygiène et la salubrité ;
 - Les règles et les procédures.
- Indices de maltraitance (26,32%) :
 - ✓ De ce nombre, 93,33 % de la maltraitance fut produite par un dispensateur de services et répartie de la façon suivante :
 - Organisationnelle (48,89 %);
 - Physique (22,22 %);
 - Psychologique (11,11 %).

- ✓ 6,66 % furent produites par un autre résident, dont 2 situations de maltraitance physique et une sous forme de maltraitance sexuelle.

- Soins et services (21,05 %) :
 - L'organisation des soins et des services;
 - Les interventions soient à l'égard de la médication, des soins d'assistance, etc.
 - La continuité des soins et des services au résident.

Ces situations ont nécessité l'implication du personnel des RPA concernées mais aussi des directions suivantes de l'Établissement :

Graphique 5. Nombre de directions de l'Établissement impliquées par motif



Dans le graphique 5, on constate que la Direction qualité, évaluation, performance et éthique (DQEPE) est impliquée dans le suivi de 62,81 % des motifs tous confondus, impliquant une RPA.

De plus, cette année, une plainte a conduit à la révocation du certificat de conformité d'une RPA de 9 résidents, qui ne répondait pas aux normes de certification d'une RPA. Ce travail c'est fait en concertation avec les directions impliquées et du soutien a été apporté aux résidents durant cette épreuve.

Des enquêtes cliniques et autres analyses par les directions cliniques sont venues confirmer l'urgence de mettre en place des actions immédiates à très court terme. Les principaux motifs sont à l'égard des soins et services dispensés à l'effet que, les unités de soins et unités prothétiques de certaines RPA, n'ont pas la capacité de répondre adéquatement aux besoins importants des usagers par manque de ressources compétentes, d'absence ou de non-respect de protocoles, de manque de surveillance et de suivis ainsi que de lacunes dans l'organisation du travail.

Au cours de l'année, les directions du CISSS ainsi que les partenaires visés par les plaintes des usagers et leurs proches, ont contribué à la mise en place de mesures pour améliorer la qualité des soins et services aux usagers. Voici certaines de ces mesures :

- Demander à la Directrice des services multidisciplinaires et à la communauté (DSMC) de faire un rappel à l'ensemble de ses employés traitant les requêtes, sur l'importance de respecter les droits des usagers, plus spécifiquement le droit de recevoir les informations claires sur les services et modes d'accès et ce, de façon claire, respectueuse et bienveillante.
- Demander une table de concertation avec le Capitaine du département des services incendies de la Ville de Gatineau afin d'interpeller le CISSS de l'Outaouais sur le volet Sécurité publique et conscientiser les personnes concernées sur les pratiques d'évacuation dans les résidences hébergeant des personnes âgées aux capacités physiques et cognitives très variables.
- Procéder au remplacement du comptoir, de l'armoire et du rebord des fenêtres ainsi que du drain de plancher.
- Procéder au changement de la table d'examen (en attente de commande pour une nouvelle table d'urologie).
- Rencontrer les infirmiers concernés pour faire le point sur la situation et leur rappeler que l'attribution d'un niveau de priorité au triage fait partie de l'expertise infirmière en triage ainsi que l'importance pour tout problème concernant le niveau de priorité attribué aux usagers au triage selon les critères de l'ETG, de ne pas hésiter à solliciter une autre infirmière de triage, la conseillère en soins ou l'infirmière-assistante supérieure immédiate (ASI) et de ne pas se laisser influencer par les médecins en ce sens.
- Mettre en place un dépliant qui sera remis aux patients réorientés. Ce dépliant mentionne que lorsque votre état change : « En tout temps, si vous êtes réorienté et que votre état se détériore alors que vous attendez votre rendez-vous pour voir le médecin, n'hésitez pas à appeler le 811 ou revenir à l'urgence ».
- Demander d'ajouter des informations sur les téléviseurs dans la salle d'attente concernant la gestion et la responsabilité des usagers à l'égard de leurs effets personnels.
- Rappeler aux agentes administratives l'importance de faire signer par les usagers le formulaire de consentement sur leur responsabilité à l'égard des effets personnels lors de leur séjour à l'hôpital.
- Rappeler par courriel aux membres de l'équipe soignante l'importance de remplir le formulaire AH-223 en cas de perte des effets personnels d'un usager.
- S'assurer prochainement d'afficher le maximum d'information sur le site Web et la page Facebook du CISSS de l'Outaouais afin de mettre les usagers au courant des changements;
- Faire un rappel à tous les employés du centre de prélèvement afin de ne plus oublier d'offrir une autre alternative à l'utilisateur en cas de délestage de service.
- Rencontrer l'employé concerné pour faire le point sur la situation et lui rappeler l'importance de respecter son obligation de s'identifier et de donner le nom de son superviseur, y compris au téléphone, en tant qu'employé œuvrant au CISSS de l'Outaouais, et ce, conformément avec la procédure et la directive sur le port de la carte d'identité mentionnée ci-dessus.
- Demander à l'intervenante de demeurer vigilante aux indices de maltraitance et d'écarts dans la qualité des soins et des services en RPA, conformément à la Politique Lutte contre la maltraitance envers les aînés et les personnes majeures en situation de vulnérabilité.

- Offrir une capsule de formation pour les nouveaux agents administratifs, offerte par un ancien agent administratif d'urgence, maintenant employé au bureau des comptes à l'effet du formulaire *Responsabilité de paiement* et les tâches qui s'y rattachent, débuté à la fin décembre 2022.
- Rencontrer l'employée ayant signé le formulaire pour obtenir sa version des faits et la recadrer indiquant que ceux-ci doivent être dûment remplis, signés par l'agent et l'utilisateur ainsi que datés.
- Annuler la facture au montant de 2594.01\$.
- Mettre en place une nouvelle feuille de communication « messages pour médecins » entre le personnel soignant et le médecin pour s'assurer que le médecin communique avec un proche d'un patient.
- Demander au personnel infirmier de rédiger une note au dossier lorsque le médecin est prévenu qu'un proche d'un patient souhaite communiquer avec lui.
- Réviser la politique et procédure de la résidence afin de s'assurer que l'obligation de divulgation de situations de maltraitance s'y retrouve, mi-février 2023. De plus, tous les employés doivent la lire et attester celle-ci d'ici le 1er avril 2023;
- Appliquer l'article 13.1 du Règlement modifiant le règlement sur la certification des résidences privées pour aînés concernant le repérage et l'évaluation de la perte d'autonomie avant la signature du bail;
- Offrir des formations d'appoint et de mise à jour sur la maltraitance et sur l'intervention à privilégier avec des personnes ayant un diagnostic de trouble cognitif accompagné de comportements perturbateurs.
- S'assurer que soient ramassés les mégots de cigarettes;
- Développer un poste dédié à l'entretien des terrains de l'Établissement;
- Élaborer une procédure pour le processus de contrôle de la qualité via l'utilisation de fiches qualité pour les exploitants et les directions cliniques concernées et s'assurer que cette procédure soit bien comprise par les tenanciers d'une RI, nommée la Ressource, et les directions cliniques concernées, d'ici le 30 juin 2023.

Délai de traitement des dossiers de plainte

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

Cette année, le délai de 45 jours a été respecté pour 453 des 478 dossiers de plainte conclus, soit dans 91,01 % des cas, comparativement à 94,35 % en 2021-22.

Tableau 4. Délai pour conclure les dossiers lors de l'exercice 2022-23

Dossiers conclus pendant l'exercice		
Délai	Nombre	%
Moins de 3 jours	62	12,97
4-15 jours	44	9,21
16-30 jours	18	3,77
31-45 jours	311	65,06
Sous-total	435	91,01
46-60 jours	23	4,81
61-90 jours	7	1,46
91-180 jours	12	2,51
181 jours et plus	1	0,21
Sous-total	43	8,99
Total	478	100,00

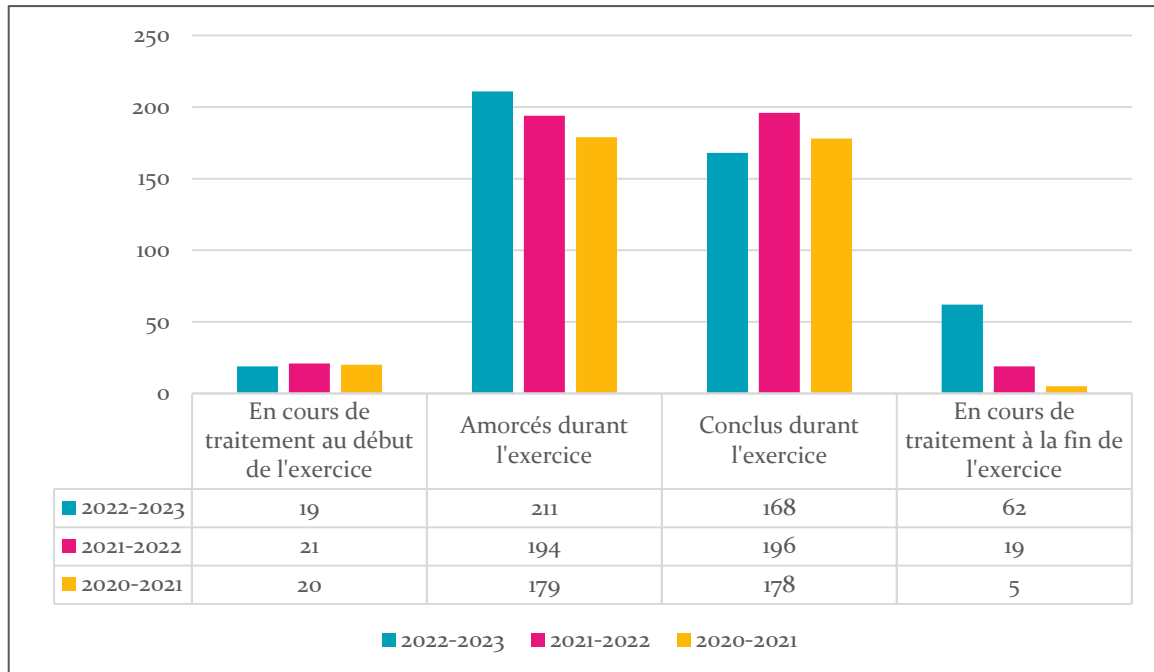
1.3 BILAN DES DOSSIERS D'INTERVENTION

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

L'année a débuté avec 19 dossiers provenant de l'exercice 2021-22 et 211 interventions ont été amorcées au cours de l'année, pour un total de 230 dossiers. De ces 230 dossiers, 168 ont été conclus et 62 dossiers sont toujours en cours de traitement à la fin de l'exercice.

Tableau 5. Évolution des dossiers d'intervention

EXERCICE	En cours de traitement au début de l'exercice		Amorcés durant l'exercice		Conclus durant l'exercice		En cours de traitement à la fin de l'exercice	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
2022 - 2023	19	-10	211	9	168	-14	62	226
2021 - 2022	21	5	194	8	196	10	19	-10
2020 - 2021	20	33	179	6	178	9	21	5

Graphique 6. Évolution des dossiers d'intervention depuis les trois dernières années**Interventions selon la mission**

Voici un portrait de l'origine des interventions pour les 168 dossiers conclus dont la mission est connue :

- 54 sur constat par le commissaire, soit 32,14 % : il s'agit de situations préoccupantes pour les droits d'usagers où la commissaire a décidé d'intervenir;
- 114 sur signalement au commissaire, soit 67,86 %.

Les principales installations visées par les interventions conclues :

- 1- CLSC, 21,80 % (29 interventions)
- 2- CHSLD, 21,05 % (28 interventions)
- 3- Résidence pour personnes âgées, 19,64 % (33 interventions)
- 4- Hôpital de Hull, 18,45 % (31 interventions)

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

Pour l'année 2022-23, je constate une augmentation de 8,76 % (17 dossiers) des interventions reçues. Pour les 168 dossiers d'interventions conclut, 65,35 % ont mené à des mesures, une diminution de 8 % comparativement à l'an dernier.

Les 168 interventions conclues visaient 315 motifs.

De ces motifs :

Graphique 7. Motifs des interventions conclues pendant l'exercice

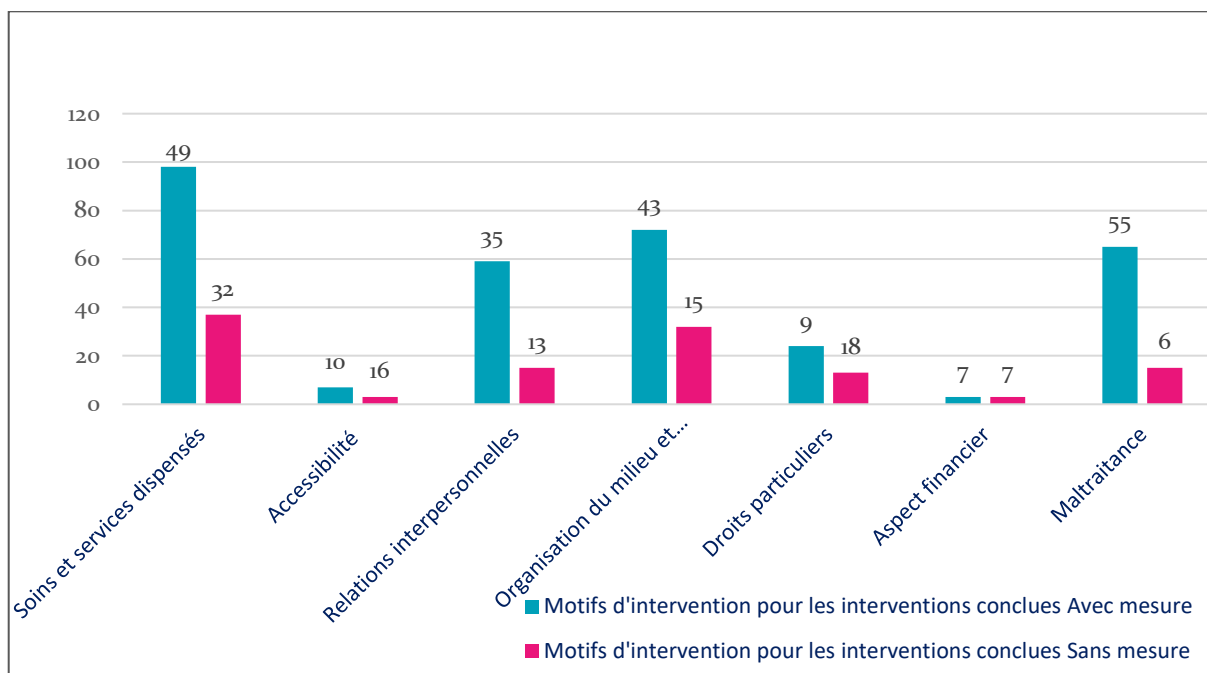
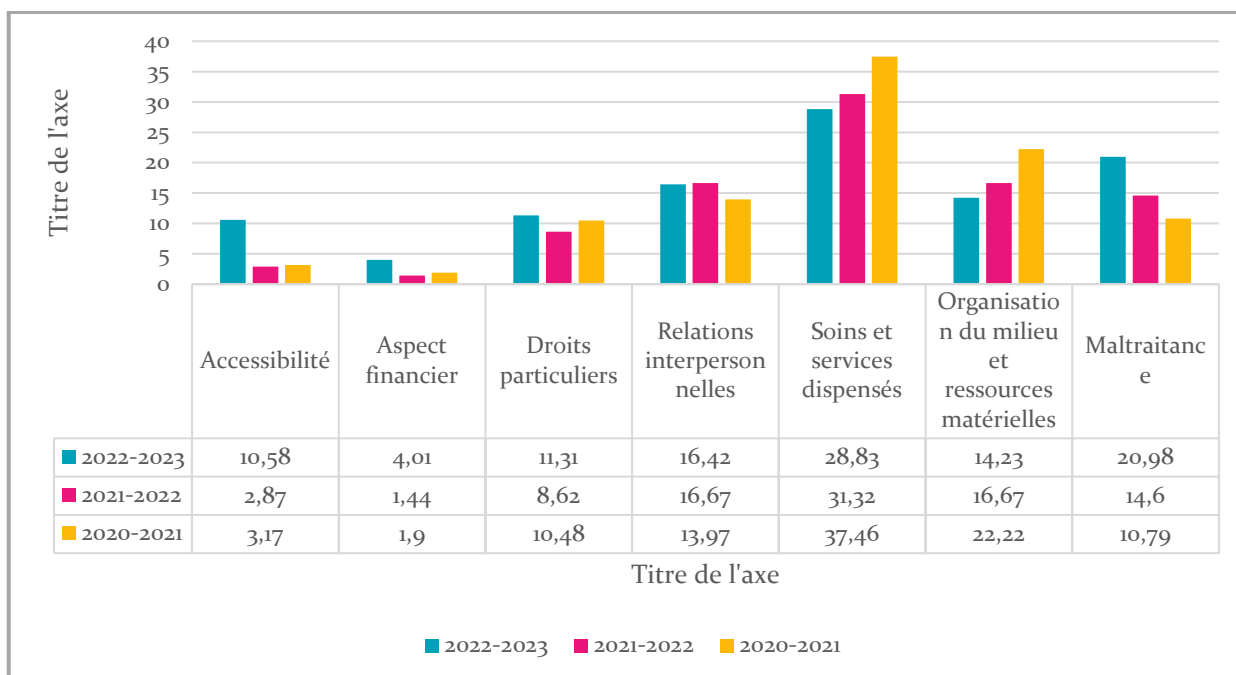


Tableau 6. Portée des mesures correctives des dossiers d'intervention conclus

Motifs	À portée individuelle	À portée systémique
	%	%
Soins et services dispensés	27,04	23,31
Accessibilité	3,14	3,28
Relations interpersonnelles	22,01	7,89
Organisation du milieu et ressources matérielles	6,29	25,56
Droits particuliers	3,77	3,38
Aspect financier	3,14	2,63
Maltraitance	34,59	3,38
Total	100,00	100,00

Une analyse plus approfondie des motifs donne ce portrait :

Graphique 8. Évolution annuelle des motifs d'intervention



Le graphique 8 illustre que les interventions sont liées principalement aux soins et services. Une diminution du motif de soins et services est observée depuis 3 ans tandis que celui sur la maltraitance augmente comparativement aux deux dernières années. Pour les droits particuliers, c'est similaire à l'an dernier. Ensuite, les motifs de relations interpersonnelles et d'organisation du milieu et ressources matérielles sont similaires à l'an dernier.

Plus précisément pour chacun des motifs reliés aux interventions :

Soins et services
Sous-motifs :
Traitement/intervention/ services (action faite)
Continuité

Le motif soins et services représente 28,83 % des motifs traités pour les interventions, motif principal pour les interventions. Je note une diminution de 2,5% comparativement à l'an dernier. Les mêmes sous-motifs sont présents pour les interventions que pour les plaintes. En effet, les insatisfactions sont à l'égard des interventions du personnel, de l'approche thérapeutique ainsi que l'enjeu de continuité des soins et services par une absence de suivi et insuffisance de ressources. Les mesures d'amélioration mises en place par les directions sont d'ordre systémique à 59,01% et concernent l'adaptation des soins et services par l'information et la sensibilisation des intervenants, l'ajustement des activités professionnelles et l'amélioration des

communications. Les mesures d'amélioration individuelle sont axées surtout sur l'encadrement des intervenants et ajustement professionnel.

Relations interpersonnelles
Sous-motifs :
Manque d'empathie
Commentaires inappropriés

Quant aux relations interpersonnelles, ce motif représente 16,42 % des motifs d'interventions, très similaire à l'an dernier. Globalement l'enjeu principal se situe au niveau de la communication et de l'attitude et les éléments qui ressortent sont le manque d'empathie et les commentaires inappropriés. À l'égard des plaintes, les éléments diffèrent en termes de classement mais le constat est que tant pour les plaintes que pour les interventions, la communication/attitude est l'enjeu prédominant.

Les mesures d'améliorations sont d'ordre individuel à 63% et impliquent l'encadrement des intervenants et la formation ainsi que de l'information et de la sensibilisation.

Maltraitance
Sous-motifs :
Maltraitance organisationnelle

La maltraitance représente 20,98 % des motifs d'interventions, une augmentation de 6% par rapport à l'an dernier. La maltraitance organisationnelle représente 22,5 % de ce motif. Les actions mises en place sont à 62 % d'ordre systémique et concernent majoritairement l'adaptation des soins et services soit l'encadrement des intervenants, l'adaptation des activités professionnelles, l'information et la sensibilisation des intervenants ainsi que les communications et la collaboration avec le réseau. Par contre, des mesures individuelles, sont en lien avec l'évaluation et la réévaluation des besoins des usagers, la relocalisation/transfert ainsi que l'amélioration des mesures de sécurité/protection.

Organisation du milieu et ressources matérielles
Sous-motifs :
Règles et procédures du milieu
Équipement et matériel

Le motif organisation du milieu et ressources matérielles représente 14,23 % des motifs d'interventions et a diminué de 2,44 % comparativement à l'an dernier. Les principales insatisfactions sont à l'égard du respect des règles en place dans le milieu et ont diminué d'environ

5% cette année. Puis, pour l'équipement et le matériel, les insatisfactions se situent au niveau des bris mécaniques, de la désuétude et de la disponibilité. À part le sous-motif pour l'alimentation, les deux autres motifs sont très similaires à ceux traités dans les plaintes.

Les mesures d'amélioration mises en place sont à 87,2 % d'ordre systémique, similaires aux plaintes. Ces mesures impliquent comme dans les plaintes, l'ajustement des soins et services ainsi que l'adaptation du milieu et de l'environnement.

Droits particuliers
Sous-motifs :
Droit à l'information

À l'égard des droits particuliers, ce motif représente 11,31 % des motifs d'intervention et est relativement stable depuis les trois dernières années. Le principal motif d'insatisfaction concerne le droit à l'information à l'égard d'avoir accès à de l'information sur l'état de santé et sur tout incident/accident survenu. En fait, les usagers veulent souvent avoir de l'information sur un proche mais le personnel doit respecter les règles à l'égard de la confidentialité et à qui l'information peut être donnée incluant la notion de consentement. Puis, lors de l'analyse de plusieurs des interventions, le processus lié à la déclaration et divulgation d'incident/accident démontre certains écarts, et ce, tant à l'interne qu'avec certains partenaires externes.

Les mesures d'amélioration sont surtout systémiques (60%) et sont axées sur l'amélioration des communications avec les usagers et l'information et sensibilisation des intervenants.

Accessibilité
Sous-motifs :
Difficulté d'accès aux services
Listes d'attentes et délais prescrits

Le motif pour l'accessibilité représente 10,58 % des motifs d'intervention, une augmentation de 7,71 % par rapport à l'an dernier. Les interventions se sont concentrées sur les délais pour avoir accès aux services requis ainsi que sur le respect des délais prescrits lorsque mises sur une liste d'attente. À l'égard des plaintes, le portrait diffère et je constate que les insatisfactions sont plutôt à l'égard des processus liés à l'obtention/report de rendez-vous et ont nécessité majoritairement des mesures d'ordre systémique.

Aspects financiers
Sous-motif :
Contribution placement/hébergement

Des 274 motifs de plaintes, seulement 11 ont touché l'aspect financier (4,01 %). L'insatisfaction principale est à l'égard de la facturation inadéquate et frais de chambre lorsqu'un usager est hospitalisé ou hébergé.

L'analyse des 168 dossiers d'intervention a donné lieu à 425 mesures correctives, soit 266 à portée systémique et 159 à portée individuelle. Je constate que 62,58 % des mesures sont à portée systémique. Ces mesures émises sont à l'égard des soins et services et concernent deux éléments principaux soit l'ajustement des activités professionnelles, ainsi que l'information et la sensibilisation des employés. Pour leur part, les mesures à portée individuelle concernent principalement l'encadrement du personnel.

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

- Appliquer des mesures disciplinaires à l'employé concerné et le cas échéant, aux autres employés;
- Sensibiliser de nouveau l'équipe sur le Code d'éthique et les valeurs du CISSS de l'Outaouais;
- Solliciter le soutien de la spécialiste en activité clinique (SAC) pour la psychoéducatrice concernée pour ses difficultés rencontrées dans la gestion du dossier de l'enfant X;
- Présenter par le spécialiste en activité clinique ses services la démarche PSI pour faciliter la gestion des dossiers difficiles et qui impliquent la communication avec les partenaires engagés auprès de l'enfant;
- Discuter avec l'employé et lui rappeler les attentes de l'employeur quant à la manière adéquate de répondre aux appels téléphoniques des usagers, de se présenter et de parler correctement et avec respect.
- Rappeler aux équipes de soins lors d'une rencontre de ne jamais laisser les résidents sans surveillance;
- Surveiller les employés de l'unité par des tournées ponctuelles afin de s'assurer du respect des mesures;
- Effectuer un plan de redressement pour diminuer le délai de réponse aux cloches d'appel;
- Impliquer une chargée de projet le 10 août dernier afin de soutenir la résidence dans la réalisation du plan d'action;
- Rappeler aux intervenants du soutien à domicile (SAD) d'être proactifs dans leurs communications avec le Centre hospitalier et les familles; communication écrite hebdomadaire du 16 janvier 2023;
- Rappeler au personnel infirmier l'importance de respecter leurs obligations déontologiques à l'égard de la déclaration des incidents et accidents, de la prévention des chutes et de l'évaluation post-chute;

- Former le personnel infirmier auxiliaire sur l'utilisation du logiciel *Clinibase* pour la complétion du plan de travail du résident, d'ici le 30 avril 2022;
- Rappeler au personnel de l'équipe de sécurité, l'importance de rapporter les fauteuils roulants aux entrées de l'hôpital lors de leurs tournées;
- Faire un suivi avec la cuisine pour s'assurer que les plateaux-repas des usagers soient préparés selon les règles en place et selon les recommandations de la nutritionniste;
- Faire un rappel à l'équipe sur la conduite à suivre lors d'un congé ou d'un transfert d'un usager, le 5 octobre 2022 lors de la rencontre d'équipe;
- Améliorer la gestion des demandes de surveillance des usagers, par le personnel soignant en instaurant un nouveau mécanisme, en vigueur depuis novembre 2022;
- Former le personnel infirmier à l'application de la Règle de soins, Processus clinico-administratif relatif au recours à la surveillance des usagers des Hôpitaux de Hull et de Gatineau d'ici le 31 mars 2023;
- Rencontrer l'employée visée par l'erreur de la demande de service à la DSAPA de votre père;
- Poursuivre le déploiement de la formation du personnel sur l'approche intégrée en soins palliatifs et fin de vie;
- Développer une directive en guise de rappel pour l'ensemble du personnel de la DSI, le 3 novembre 2022.

1.4 BILAN DES DOSSIERS PROVENANT DU CAAP-OUTAOUAIS

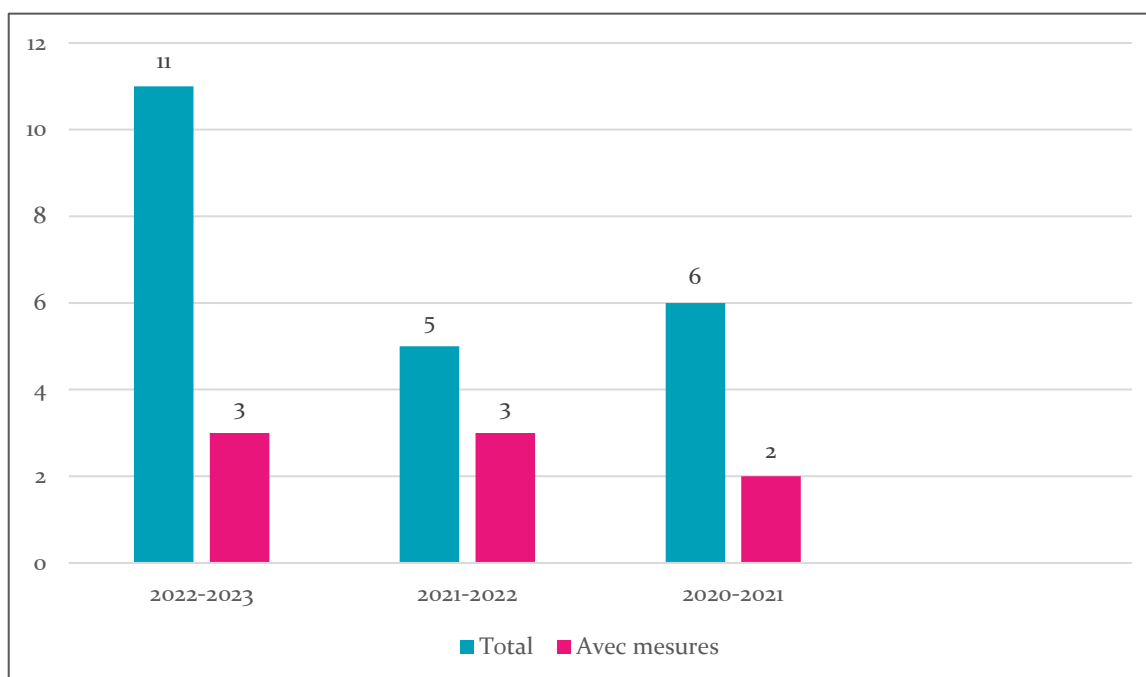
Au cours de l'exercice 2022-23, sur les 522 plaintes reçues, autant administratives que médicales ainsi que les 211 interventions, 116 proviennent du Centre d'assistance et d'accompagnement Outaouais (CAAP), ce qui constitue une diminution de 28%. Leur mandat est d'assister l'usager et l'accompagner dans sa démarche de plainte.

1.5 BILAN DES DOSSIERS TRANSMIS POUR ÉTUDE À DES FINS DISCIPLINAIRES

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

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

Au cours de l'exercice 2022-23, 11 dossiers ont été transmis à des fins disciplinaires ou déontologiques, dont 3 ont mené à des mesures par les relations de travail dû à la teneur des manquements.

Tableau 7. Variation sur trois ans des dossiers transmis à des fins disciplinaires

1.6 BILAN DES DOSSIERS TRAITÉS POUR MALTRAITANCE

La Loi 6.3 a pour objet de lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute personne majeure en situation de vulnérabilité en édictant des mesures qui visent notamment à faciliter la dénonciation des situations de maltraitance et à agir pour mettre fin à une situation de maltraitance. Cette loi fut modifiée le 6 avril 2022 en élargissant le signalement obligatoire aux résidents en situation de vulnérabilité. Donc, en plus des résidents en CHSLD, des personnes sous tutelle, curatelle ou sous mandat de protection homologué, s'ajoutent dans les signalements obligatoires de maltraitance d'un résident en Résidence pour personnes âgées (RPA), Ressource intermédiaire (RI), en Ressource de type familial (RTF) et auprès des personnes inaptes selon une évaluation médicale.

- L'article 33.1 est entré en vigueur, permettant au CPQS qui, *dans l'exercice de ses fonctions, a des motifs raisonnables de croire à l'existence d'une situation susceptible de compromettre la santé ou le bien-être d'un usager ou d'un groupe d'usagers, incluant une telle situation qui découlerait de l'application de pratiques ou de procédures, doit transmettre au directeur général de l'établissement concerné ainsi qu'au ministre une copie des conclusions motivées auxquelles il en est arrivé accompagnées, le cas échéant, de ses recommandations au conseil d'administration concerné.* Deux états de situation ont été remis au MSSS au cours de l'année, conformément à l'article 33.1 de la LSSS.

Cette loi confère à la commissaire la responsabilité de traiter les plaintes et signalements effectués dans le cadre de la Loi 6.3 s'inscrivant dans la Politique de lutte contre la maltraitance envers les personnes en situation de vulnérabilité de l'Établissement. C'est-à-dire que la commissaire reçoit les signalements des situations présumées de maltraitance.

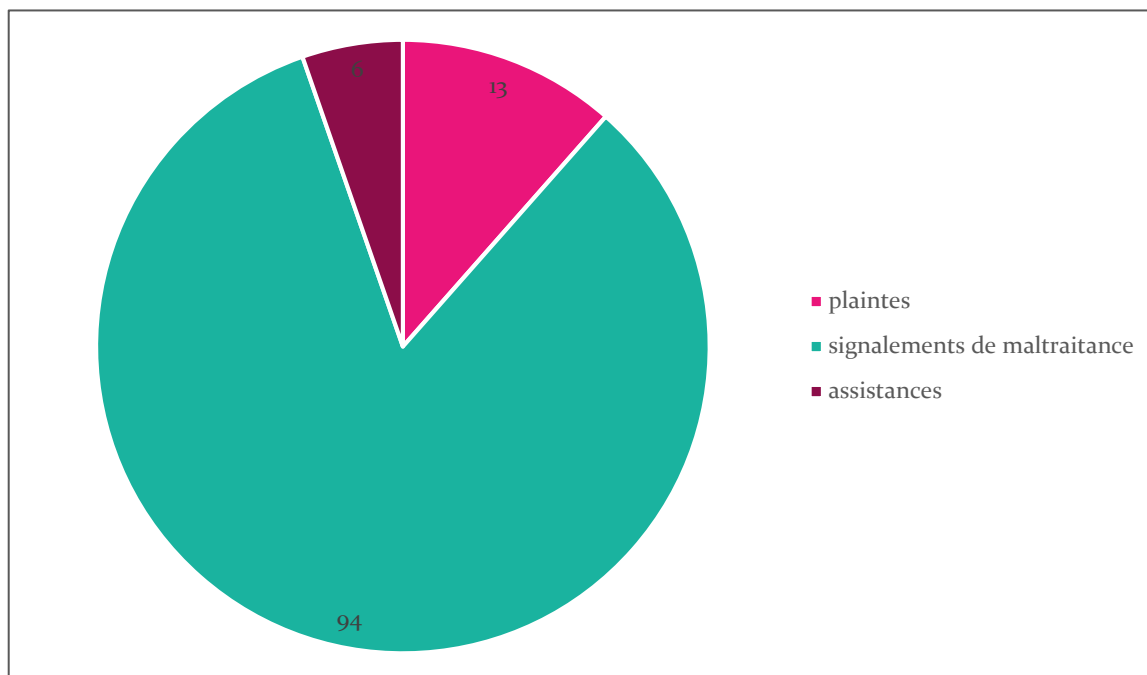
De plus, elle prévoit des mesures à l'égard de la personne qui fait un signalement afin d'assurer la confidentialité des renseignements relatifs à son identité, de la protéger contre des mesures de représailles et de lui accorder une immunité contre les poursuites en cas de signalement fait de bonne foi.

Cette année, un total de 113 dossiers à l'égard de la maltraitance ont été traités comparativement à 81 l'an dernier, soit une augmentation de 39,5 %, dont 32 dossiers de plaintes, 94 signalements et 6 dossiers d'assistance.

Tableau 8. Comparatif sur 3 ans des dossiers de maltraitance

	Nombre de dossiers de plaintes	Nombre d'assistances	Signalement au CPQS	total de dossiers de maltraitance
2022-2023	13	6	94	113
2021-2022	10	4	67	81
2020-2021	6	3	35	44

Les situations de maltraitance sont traitées de façon prioritaire et les dossiers sont fermés seulement lorsqu'un filet de sécurité est mis en place pour mettre fin à la situation de maltraitance ou lorsque les mesures mises en place sont adéquates pour assurer la sécurité de l'utilisateur.

Graphique 9. Répartition des dossiers de maltraitance pour l'année 2022-2023**Plaintes**

Des 13 plaintes traitées pour ce motif, 45 % concernent la maltraitance organisationnelle au niveau des soins et des services sous forme de négligence. Suite au traitement de ces 13 plaintes par les directions concernées, 90% ont mené à des mesures.

Signalements**Tableau 9. Nombre de dossiers selon le signalant**

Exercice	Intervenant	Gestionnaire	Proche	Usager	Représentant
2022-2023	15	51	13	5	3
2021-2022	6	50	11	1	8
2020-2021	6	10	16	n/d	n/d

De ces 94 signalements, 79 répondaient à une déclaration obligatoire, soit 84 % et 16 % des signalements reçus n'étaient pas obligatoires. À l'égard des 79 signalements fondés, 31 dossiers concernaient des CHSLD comparativement à 30 l'an dernier et 19 l'année précédente. En RI, 13 dossiers comparativement à 12 l'an dernier et 10 l'année précédente.

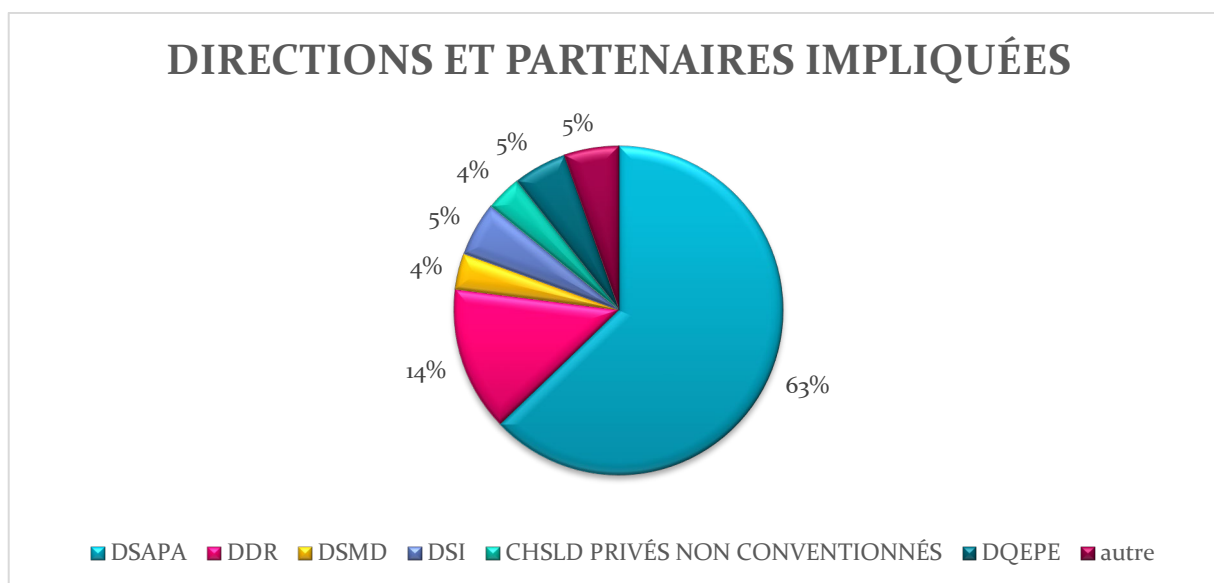
En RPA, il s'agit de 26 dossiers pour 12 RPA différentes, comparativement à 22 dossiers l'an dernier. Les autres signalements concernent le soutien à domicile DDR et DSAPA ainsi que 2 en RTF.

Motifs principaux de maltraitance :

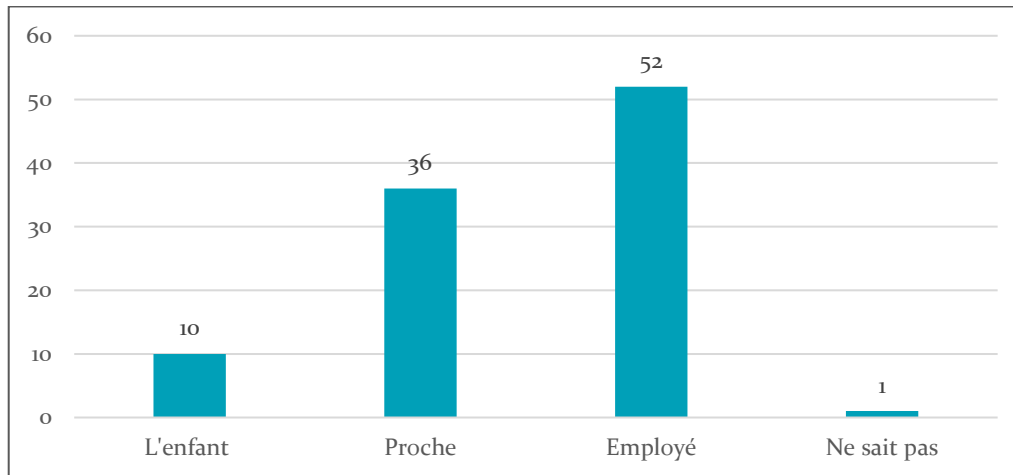
Motif de maltraitance (obligatoire)	Nombre	%
Violence physique	22	21,36
Négligence (maltraitance organisationnelle - soins et services)	21	20,39
Violence sexuelle	14	13,59
Violence matérielle ou financière	13	12,62
Violence psychologique	11	10,68
Violence (maltraitance organisationnelle - soins et services)	8	7,77
Négligence physique	8	7,77
Négligence psychologique	3	2,91
Négligence matérielle ou financière	2	1,94
Violence discrimination / âgisme	0	0,00
Violence violation des droits	1	0,97
Total	103	100

Je constate également que la maltraitance physique est exercée soit par un autre résident ou par un employé ayant été brusqué pendant les soins. Les 2 principaux types de maltraitance furent la maltraitance physique et organisationnelle. De plus, une situation de maltraitance peut comporter plusieurs types de maltraitance à la fois. La littérature nous indique que la maltraitance psychologique accompagne souvent les autres types de maltraitance.

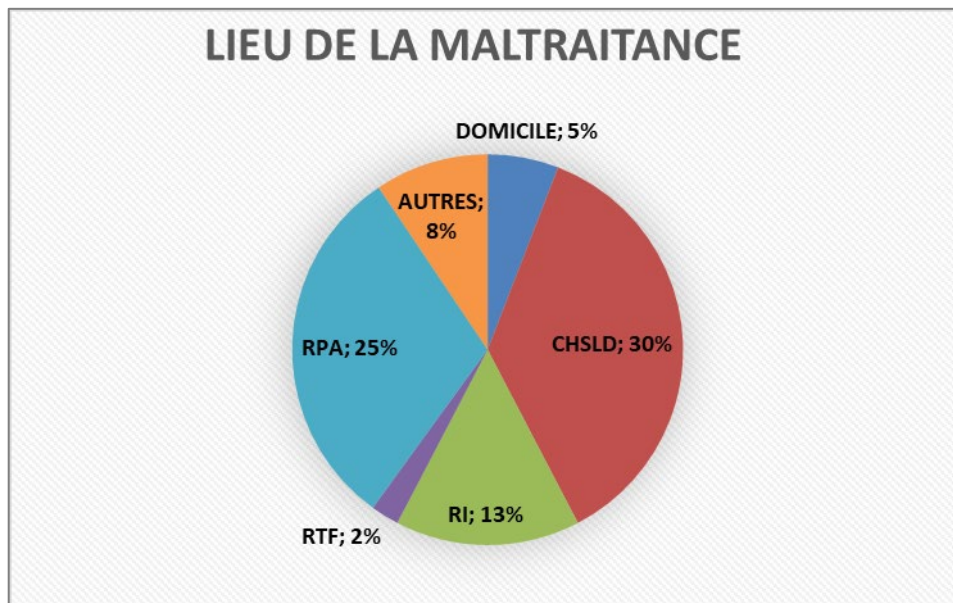
Graphique 10. Directions et partenaires impliqués



La Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA) est intervenue dans 71 des 113 dossiers, soit 63 % des dossiers de maltraitance puisqu'il s'agit de plusieurs signalements pour des résidents provenant de différents milieux de vie. Cela s'explique par le fait que plusieurs situations se déroulent en CHSLD, en RPA et en RI.

Graphique 11. Type de personne présumée maltraitante

Le graphique 11 permet de constater que 53 % des dossiers de maltraitance traités impliquent un employé, qu'il soit à l'emploi d'un CHSLD, RPA, RI, etc. Dans la catégorie enfant, il s'agit d'un des enfants de la personne majeure en situation de vulnérabilité. Lorsqu'il ne s'agit pas de son enfant, le proche est inclus dans la catégorie portant le même nom. Il peut s'agir d'un autre résident du même milieu de vie, un ami, une sœur, etc.

Graphique 12. Lieux où se produit la situation de maltraitance en 2022-2023

Le graphique 12 démontre que les situations de maltraitance qui ont été signalées au cours de l'année proviennent principalement en CHSLD, suivi des RPA ainsi que des RI.

Il est important de préciser qu'en CHSLD, plus de la moitié de ces signalements proviennent d'altercations entre deux résidents et ensuite par la maltraitance exercée par l'enfant du résident hébergé ou un de ses proches.

Cette augmentation est due en partie à une meilleure intégration, par les gestionnaires et les équipes, de dépister rapidement de possibles situations de maltraitance, qui s'est traduite par une vigilance plus accrue ainsi que l'élargissement des signalements obligatoires à d'autres adultes en situation de vulnérabilité.

Voici certaines des mesures mises en place avec la collaboration des directions cliniques et les partenaires externes pour mettre fin aux situations de maltraitance :

- Envoyer un courriel à l'ensemble des RPA de l'Outaouais leur rappelant leurs obligations en lien avec la lutte contre la maltraitance et une formation à ce sujet, le 19 décembre 2022, par la DQEPE ;
- Demander à l'intervenante de la DSPA de demeurer vigilante aux indices de maltraitance et d'écarts dans la qualité des soins et des services en RPA, conformément à la Politique Lutte contre la maltraitance envers les aînés et les personnes majeures en situation de vulnérabilité ;
- S'assurer que l'équipe de l'unité de soins applique la Politique mentionnée précédemment, lorsque requis;
- Former le personnel de la RPA à reconnaître la maltraitance : 18 employés sur le quart de jour formés à ce jour et 13 employés sur le quart de travail de nuit; poursuite de la formation maltraitance en cours;
- S'assurer que soient inclus des objectifs pour sensibiliser l'ensemble du personnel de l'Hôpital dans le plan d'amélioration continu de la qualité aux indices de maltraitance conformément à la Politique 049 et les procédures qui en découlent;
- Échanger avec la protectrice déléguée du Protecteur du Citoyen de mes préoccupations concernant les soins à la RPA, et ce, principalement pour les résidents de l'unité prothétique qui se trouvent en plus grande situation de vulnérabilité que d'autres résidents.

Maltraitance à déclaration non-obligatoire

Pour l'année 2022-23, j'ai reçu 15 signalements non-obligatoires. Suite à l'analyse de ces dossiers, 3 se sont avérés non fondés.

Un total de 42 motifs ont été traités pour les 12 signalements fondés :

- 2 provenaient du service du secteur de soutien à domicile et ressources non-institutionnelles de la Direction de la déficience et de la réadaptation (DDR). Des 10 motifs identifiés, 6 correspondaient à de la maltraitance physique par un usager sous forme de violence tandis que 4 motifs se sont avérés en motifs de relations interpersonnelles sous forme d'abus. Les 8 autres motifs étaient de la maltraitance sous forme de négligence organisationnelle ainsi que psychologique.
- 3 en CHSLD pour des indices de maltraitance physique dont le signalant était un proche du résident. Les proches ne répondent pas aux critères de signalement obligatoires. Chacune de ces situations a conduit à des mesures, incluant la clarification sur les objets de la Loi 6.3, des ajustements professionnels pour assurer la sécurité des usagers.

- 4 situations en RPA, signalé par un proche pour un résident dont le signalement n'était pas obligatoire. 1 provenait de RPA représentant 10 motifs pour des résidents ne répondant pas aux critères de signalement obligatoire. Un signalement fait par le résident lui-même et le second par ses proches. De ces deux situations, 2 motifs parmi les 10 se sont avérés des soins et services. 2 signalements ont conduit à des mesures externes, soit l'application de l'article 33.1 abordé précédemment.
- 1 situation en RI, dont le plaignant s'est avéré être la personne présumée maltraitante sur le plan financier.
- 1 situation à domicile de maltraitance physique par un proche de la personne âgée.
- 1 situation en milieu hospitalier comportant 12 motifs différents. De ce nombre, 11 motifs correspondent à une forme de maltraitance physique par un employé de l'unité de soins. Cette situation a nécessité l'implication de gestionnaires de la DSI et DRHAJ.

Les 3 signalements non fondés :

- 1 signalement provenait de CHSLD. Il s'agissait plutôt d'un enjeu relié aux soins et aux services plutôt qu'à une situation de maltraitance ;
- 1 situation en CHSLD qui s'avérait un enjeu au niveau du motif de relation interpersonnelle ;
- 1 signalement provenait de la DDR et ce motif portait sur les relations interpersonnelles sous forme d'abus physique par un tiers ou un autre résident.

Cette année nous avons traité 6 assistances portant sur la maltraitance, dont 3 demandées par un employé de la DSAPA, 2 par la DQEPE et une demande hors réseau. De ces situations :

- 2 situations en CHSLD, soit une de maltraitance organisationnelle ainsi qu'une de maltraitance physique.
- 2 pour des situations comportant des indices de maltraitance organisationnelle ainsi que psychologique en RPA;
- Une au domicile d'une personne âgée victime de négligence à l'égard de ses soins et ses services.

Une hors réseau concernant la violation des droits d'une personne. Des interventions ont tout de même été faites. En fait, le signalement de maltraitance est souvent un indicateur qu'une situation mérite que l'on s'y attarde pour le bien-être de l'utilisateur. Pour ces 8 signalements, tous ont mené à des mesures. Voici le portrait des situations et mesures :

- Changer l'intervenant de l'utilisateur victime de maltraitance;
- Rappeler l'importance de respecter la politique de l'Établissement pour lutter contre la maltraitance aux employés et aux gestionnaires;
- Encadrer les intervenants concernés;
- Informer et sensibiliser les intervenants ;
- Améliorer les mesures de sécurité et de protection pour les usagers;
- Ajouter des services et des ressources humaines;
- Évaluer ou réévaluer les besoins de la personne victime de maltraitance;
- Respecter les droits des usagers concernés par la maltraitance.

1.7 BILAN DES RECOMMANDATIONS DE LA COMMISSAIRE

Tableau 10. Bilan des recommandations émises par la commissaire pour l'exercice 2022-2023

En cours de réalisation au début de l'exercice	Émises durant l'exercice	Réalisées durant l'exercice	En cours de réalisation à la fin de l'exercice
43	35	57	21

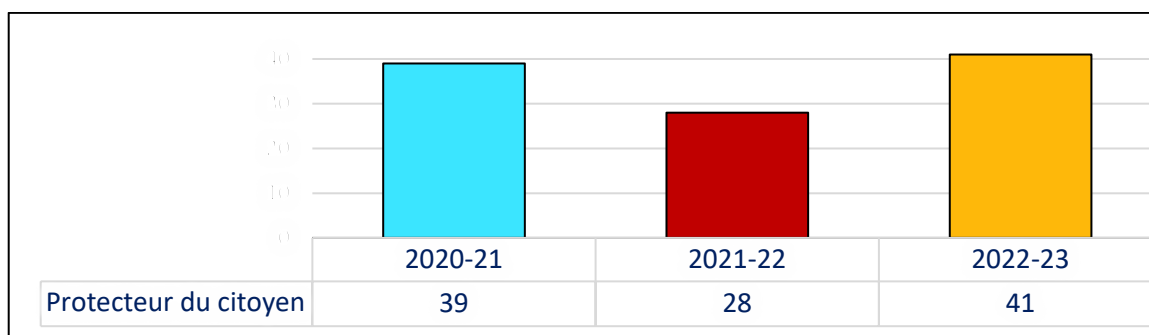
Au cours de l'examen des plaintes et des interventions, certaines mesures correctives sont mises en place rapidement lors d'un risque pour la santé et la sécurité des usagers.

Aussi, plusieurs mesures correctives sont apportées par les gestionnaires dès qu'ils reçoivent un avis de plainte ou d'intervention, ceci dans le but de corriger immédiatement une situation et d'en éviter la récurrence.

Veuillez vous référer à l'annexe 2 où vous retrouvez l'ensemble des recommandations émises actualisées et en cours pour l'année 2022-23.

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

Au cours de la dernière année, le Protecteur du citoyen a traité 41 dossiers en 2^e recours comparativement à 28 l'an dernier soit une augmentation de 31,7 %.



Voici les motifs adressés par le PDC :

MOTIFS	Nombre	%
Soins et services dispensés	35	42,68 %
Relations interpersonnelles	16	19,51 %
Droits particuliers	12	14,63 %
Organisation du milieu et ressources matérielles	12	14,63 %

Accessibilité aux soins et services	3	3,66 %
Maltraitance	3	3,66 %
Aspect financier	1	1,22 %
Total	82	100,00%

De ces 41 dossiers, 26 (20 pour un seul dossier) recommandations ont été formulées à l'Établissement. L'évolution de ces recommandations et de celles des années antérieures a mené à la réalisation de 13 d'entre elles. Je constate que les motifs principaux qui ressortent de l'analyse des dossiers sont les mêmes que ceux émis par la Commissaire soient les soins et services dispensés et les relations interpersonnelles. 14 recommandations sont à poursuivre en 2022-23. Ces recommandations sont toujours accueillies avec respect et servent de référence dans l'analyse de futures plaintes.

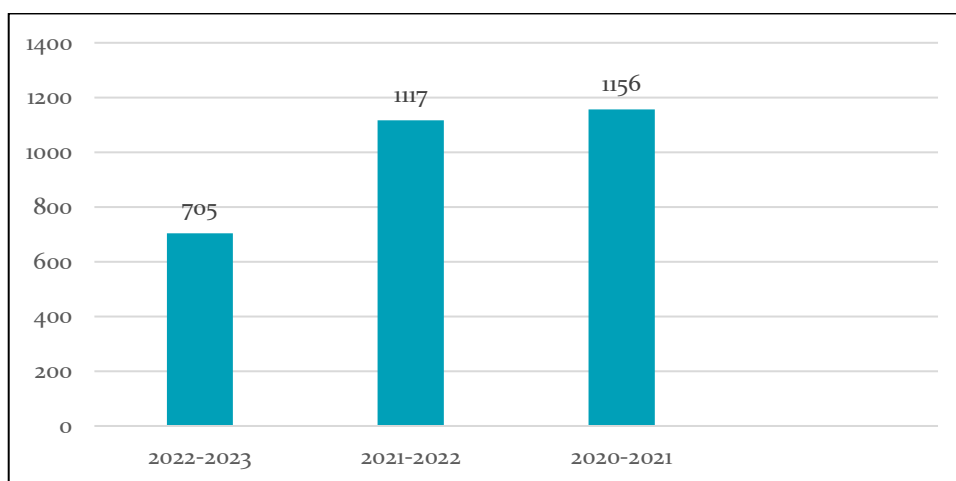
Tableau 11. Bilan des recommandations émises par le PDC pour l'exercice 2022-23

En cours de réalisation au début de l'exercice	Émises durant l'exercice	Réalisées durant l'exercice	En cours de réalisation à la fin de l'exercice
8	26	13	21

1.9 BILAN DES DEMANDES D'ASSISTANCE

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

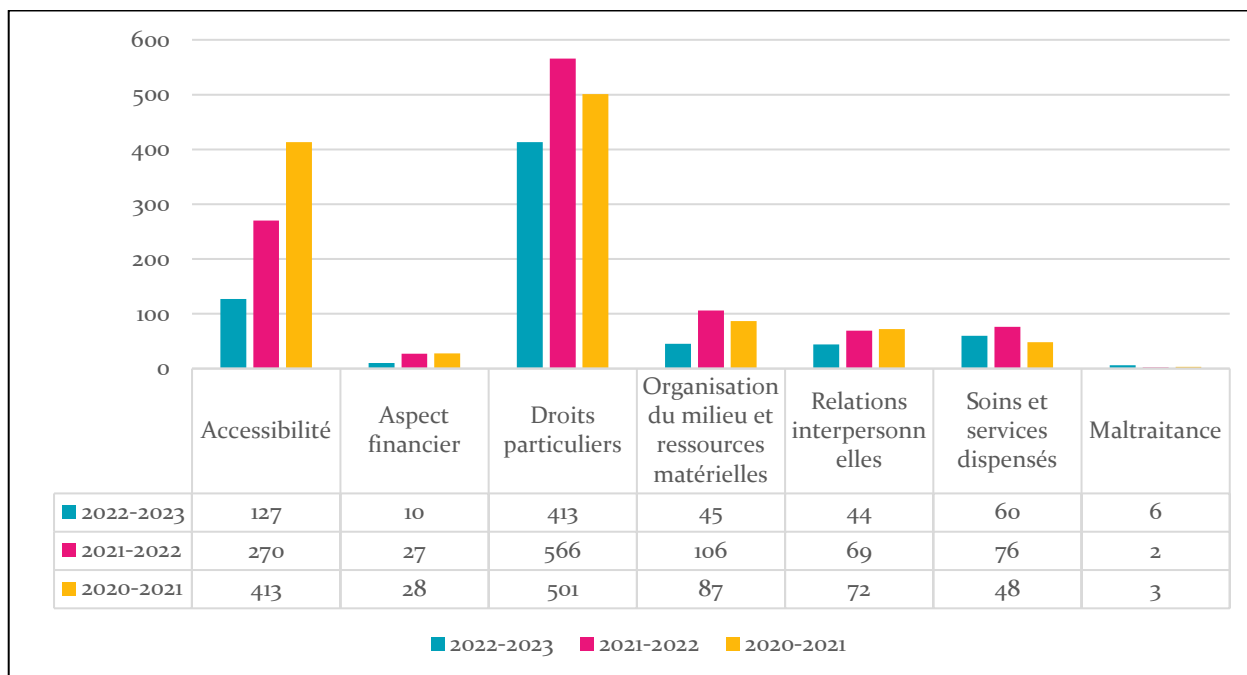
L'attente à l'égard du partenaire est une collaboration et une implication rapides ainsi que la mise en place des mesures qui doivent être prises pour assurer la confidentialité et la sécurité des renseignements communiqués.

Graphique 13. Évolution du nombre d'assistances

Le graphique 13 démontre une diminution de 37 % des assistances pour l'année 2022-23.

Je constate que les demandes d'assistances :

- 33,66% pour obtenir de l'aide à la formulation d'une plainte ;
- 66,34% pour de l'aide concernant un soin ou un service ;

Graphique 14. Évolution du nombre d'assistances par motif

Les usagers nous contactent pour s'informer sur leurs droits et recours et sur le régime d'examen des plaintes afin de valider si les soins et les services reçus sont recevables en plainte, ce qui explique la proportion élevée pour ce motif. Quant au motif sur l'accessibilité, je note que ce motif présente une diminution de 53% comparativement à l'an dernier. Les motifs principaux des assistances sont liés à des demandes d'informations sur les services, les modes d'accès et sur les droits et recours.

Les assistances permettent d'adresser les insatisfactions des usagers vers le gestionnaire concerné afin de régler la situation rapidement pour l'utilisateur concerné. J'ai une excellente collaboration des directions et des gestionnaires pour assister les usagers et répondre à leur demande, et ce, dans des délais très raisonnables. Ces assistances permettent de donner satisfaction aux usagers, car le gestionnaire qui les moyens pour adresser l'insatisfaction.

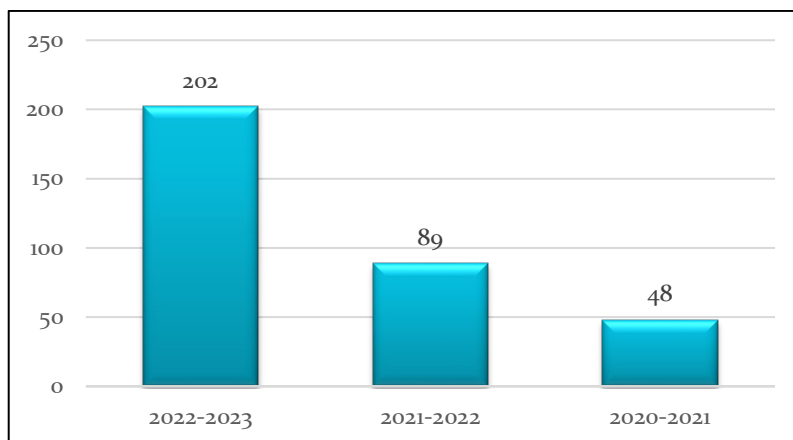
1.10 BILAN DES CONSULTATIONS

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

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

Au cours de l'année 2022-23, la commissaire a été consultée à 202 occasions. Il s'agit de la 3^e année consécutive d'augmentation des consultations.

Graphique 15. Évolution du nombre de consultations



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

Les participations statutaires de la commissaire

➤ Engagement au niveau provincial

La commissaire participe aux rencontres de la table ministérielle des Commissaires aux plaintes et à la qualité des services, dirigée par la Commissaire-Conseil.

➤ Comité de vigilance et de la qualité des services

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

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

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

Les autres fonctions de la commissaire

La Loi assigne d'autres fonctions à la commissaire. Ainsi, pour l'année 2022-23, ces obligations ont généré la participation à 101 actions portant sur la promotion du régime; celles-ci sont décrites au Tableau 14.

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

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

- Rencontrer les nouveaux employés de la Direction de la protection de la jeunesse pour leur présenter le régime d'examen des plaintes ;
- Participation à l'assemblée générale annuelle du comité des usagers et de résidents des Collines ;
- Participation virtuelle aux rencontres de famille en CHSLD ;
- Participation à l'assemblée générale annuelle du comité des résidents du CHSLD Champlain
- Présentation au CUCI sur le régime d'examen des plaintes et la maltraitance;

- Présentation au comité de direction de la Direction soutien à l'autonomie des personnes âgées, sur le régime d'examen des plaintes et la maltraitance;
- Présentation aux exploitants des RI/RTF sur le régime d'examen des plaintes et la maltraitance;
- Présentation au comité d'accès à la langue anglaise sur le régime d'examen des plaintes ;
- Parallèlement au traitement des plaintes, des rencontres avec des directeurs, des gestionnaires et des partenaires externes de certains secteurs d'activités pour discuter de situations problématiques m'ont permis de lever des drapeaux rouges et d'adresser les constats mis en lumière aux directions, lesquelles ont porté des actions par la suite ;
- Discussions avec la directrice générale du CAAP et son équipe ;

Tableau 12. Autres fonctions de la commissaire

AUTRES FONCTIONS DU COMMISSAIRE	Nombre	%
Promotion / Information		
Droits et obligations des usagers	12	11.88
Loi de lutte contre la maltraitance	10	9.90
Code d'éthique (employés, professionnels, stagiaires)	7	6.93
Régime et procédure d'examen des plaintes	49	48.51
Autre (préciser)	0	0.00
Sous-total	78	77.22
Communications au conseil d'administration (en séance)		
Bilan des dossiers des plaintes et des interventions	2	1.98
Attentes du conseil d'administration	0	0.00
Autre (préciser)	1	0.99
Sous-total	3	2.97
Participation au comité de vigilance et de la qualité		
Participation au comité de vigilance et de la qualité	7	6.93
Sous-total	7	6.93
Collaboration au fonctionnement du régime des plaintes		
Collaboration à l'évolution du régime d'examen des plaintes	0	0.00
Collaboration avec les comités des usagers / résidents	13	12.87
Soutien aux commissaires locaux	0	0.00
Autre (préciser)	0	0.00
Sous-total	13	12.87
TOTAL	101	100.00

Partie 2

Conclusion et objectifs 2023-24

Tout au long de l'année, mon équipe a démontré un réel engagement auprès des usagers pour le respect de leurs droits. J'ai abordé précédemment les défis rencontrés par les usagers. L'année 2022-23 fut marquée pour mon équipe par un changement de commissaire adjointe, un roulement de personnel, une pénurie de personnel, une augmentation des plaintes et interventions ainsi qu'un plus grand nombre de situations complexes, ce qui a engendré un plus grand volume de travail visant le respect des droits des usagers.

Je suis fière que mon équipe et moi ayons atteint les objectifs de l'année 2022-23, soit de développer une formation sur le régime d'examen des plaintes pour les gestionnaires du CISSS de l'Outaouais, mettre en place les actions requises par le MSSS à l'égard de l'obligation de signaler un cas de maltraitance et autres obligations liées à la reddition de comptes, suite à l'adoption du projet de loi 101 en avril 2022. Pour l'objectif à l'égard de la révision des stratégies de promotion du régime d'examen des plaintes et des droits des usagers auprès des différents acteurs internes et externes, le travail est amorcé mais devra se poursuivre pour la prochaine année.

Nous travaillons en continu à l'amélioration de nos processus afin de maintenir de bonnes collaborations avec les directions et les partenaires externes. Je tiens à souligner le travail colossal qui a été fait par la Direction générale, les directions et le Comité de Vigilance et de la qualité des services pour l'actualisation de recommandations hors échéances. Un travail a été amorcé pour développer un outil dynamique pour le suivi des recommandations et des mesures en collaboration avec la Direction Générale et les directions ainsi que le Comité de Vigilance et de la qualité des services. Nous avons travaillé très fort pour faire en sorte qu'il soit lancé le 1^{er} avril 2023. Il me fera plaisir de vous en parler l'an prochain !

Finalement, je tiens à souligner la grande collaboration des directeurs et des gestionnaires interpellés par les insatisfactions des usagers. Sans votre apport dans l'identification de mesures d'améliorations de la qualité et votre collaboration, je ne serais pas en mesure, comme commissaire, de bien répondre aux insatisfactions des usagers. Je tiens à souligner les efforts constants pour mettre en place des mesures appropriées afin d'assurer la qualité des soins et services dans les délais prévus de 45 jours en vertu de la LSSSS.

Je tiens également à souligner la contribution de la Direction Programmes santé mentale et dépendance (*DSMD*) et la Direction des soins infirmiers (*DSI*) qui ont revu leur processus pour répondre plus rapidement et plus efficacement aux insatisfactions des usagers en se dotant d'un formulaire interne dans le but de résoudre plus rapidement la situation.

Objectifs 2023-24 :

- Consolider le nouveau Tableau des recommandations et des mesures organisationnelles dans le but de suivre en temps réel l'état d'avancement des recommandations émises et les mesures d'améliorations dans lesquelles les directions se sont engagées ;
- Poursuivre le déploiement de la formation sur le régime d'examen des plaintes aux gestionnaires du CISSS de l'Outaouais ;
- Poursuivre la révision des stratégies de promotion du régime d'examen des plaintes et des droits des usagers auprès des différents acteurs internes et externes.

ANNEXE 1

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Description sommaire des différents types de dossiers

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

Terminologie

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

Catégories de motifs

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

Mesures correctives individuelles ou systémiques

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

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

ANNEXE 2

Recommandations et mesures pour donner suite aux recommandations émises par la commissaire au cours de l'exercice 2022-23 :

Tableau 13. Liste des recommandations et mesures

Motifs	Recommandation (s)	Mesures	Réalisation
Accessibilité			
1-Délais-soins/service/programmes/	Que la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique élabore un plan de contingence à l'égard de l'absence d'un employé des archives qui s'absente plus de 5 jours, afin de respecter le délai légal lors de demandes de documents par les usagers, et ce, d'ici le 15 janvier 2023.	Plan de contingence	Réalisé
2-Refus de services/Soins/services/programmes	Que la Direction des services multidisciplinaires et à la communauté, en collaboration avec la Direction des services professionnels et de la pertinence clinique, mette en place des mécanismes clairs évitant aux usagers de se voir refuser les services diagnostiques en raison d'une requête mal complétée par les prescripteurs. Faire parvenir à la Commissaire les mesures prises à cet effet d'ici le 31 octobre 2023.		En cours
Aspect financier			
3-Facturation	Que la Direction des finances avec le soutien de la Direction de la qualité, éthique, performance et évaluation, revoie la trajectoire organisationnelle à l'égard du processus de facturation et des formulaires de responsabilités de paiement. Dans un premier temps, procéder aux travaux pour les unités d'urgences des hôpitaux et par la suite pour l'ensemble du CISSS de l'Outaouais, et ce, d'ici le 31 mars 2023.	Napperon en finalisation Arbre décisionnel pour les responsabilités de paiement à l'urgence finalisé Formation des agents administratifs à l'accueil de l'urgence en cours.	En cours
Droits particuliers			
4-Participation de l'utilisateur ou de son représentant/aux décisions affectant son état de santé et bien-être	Que la Direction de la protection de la jeunesse, en collaboration le service de soutien à la pratique de la direction des services multidisciplinaires et à la communauté (DSMC), anime dans l'ensemble des équipes de protection de la jeunesse, la politique Consentement aux soins ainsi que le guide d'intervention consentement aux soins de l'Établissement, et ce, d'ici le 30 novembre 2022.	Présentation sur le consentement aux soins et services auprès de 123 employés de la DPJ.	Réalisé

5-Droit linguistique/ Accès à une communication assistée / dans la langue parlée	Que la Direction des soins infirmiers en collaboration avec la Direction des services professionnels et de la pertinence clinique revoie la trajectoire des usagers référés en chirurgie à l'Institut de cardiologie d'Ottawa, et ce d'ici, le 10 décembre 2022. Faire parvenir à la Commissaire la trajectoire révisée.	Procédure révisée pour améliorer la fluidité et diminuer la confusion lors du départ d'un usager lors d'un congé et suite à un séjour en cardiologie.	Réalisé
6-Droit à l'information/ Sur l'état de santé	Que la Direction des soins infirmiers s'assure que tout le personnel de l'unité de cardiologie de l'Hôpital de Hull relit le code d'éthique ainsi que le document sur les valeurs du CISSS de l'Outaouais, et ce, d'ici le 30 décembre 2022. Faire parvenir à la Commissaire la preuve que tout le personnel a pris connaissance de ces documents.	Confirmation que les employés ont lu le Code d'éthique Organiser une rencontre avec le personnel de l'unité afin de les sensibiliser et de leur rappeler l'importance de faire de l'enseignement à la clientèle au sujet des éclosions et des différentes mesures de prévention et de contrôle qui y sont reliées.	Réalisé
7-Droit à l'information/ sur les services et modes d'accès	Que la Direction du programme santé mentale et dépendances (DSMD) révisé le guide de séjour des unités de santé mentale soit le 5e Est de l'Hôpital de Hull et le 5e Sud de l'Hôpital de Gatineau, ainsi que le guide du visiteur afin qu'il reflète davantage l'ensemble des droits des usagers, comme stipulé dans le code d'éthique du CISSS de l'Outaouais, et ce, d'ici le 31 mars 2023. Fournir à la Commissaire une copie du guide de séjour de l'unité 5e est de l'Hôpital de Hull, visé par votre plainte ainsi que le guide du visiteur.	Guides révisés.	Réalisé
8- Consentement/Refus/représentant non interpellé	Que la Direction des soins infirmiers implante la procédure révisée : « Communication avec l'utilisateur et son proche lors d'un épisode de soins aigus en milieu hospitalier » et ce d'ici au 1er mai 2023.	Diffusion de la procédure le 6 mars 2023 auprès des gestionnaires et employés des unités de soins et salles d'urgence des hôpitaux du CISSS de l'Outaouais.	Réalisé
9- Consentement/Refus/représentant non interpellé	Que la Direction des soins infirmiers informe ses employés que la procédure « Communication avec l'utilisateur et son proche lors d'un épisode de soins aigus en milieu hospitalier » est actuellement en vigueur et informer le bureau de la CPQS des moyens mis en œuvre pour rejoindre, former et informer les employés d'ici le 1er mai 2023.	Activité clinique en mai 2023	En cours
Maltraitance (Loi)			
10-Par un dispensateur de service/ maltraitance organisationnelle/ violence	Que la direction de la RPA Château Symmes et le CISSS de l'Outaouais s'assurent immédiatement que les résidents de l'unité de soins prothétiques reçoivent les soins requis selon leurs besoins, et ce, de façon continue.	Arrivée d'une chargée de projet le 10 août dernier afin de soutenir la résidence dans la réalisation du plan d'action pour assurer la pérennité des correctifs apportés;	Réalisé
11- Par un dispensateur de service/ maltraitance organisationnelle/ violence	Que le CISSS de l'Outaouais maintienne une surveillance étroite et une présence quotidienne à l'unité de soins prothétique de la RPA Château Symmes afin que les soins, les		

12- Par un dispensateur de service/ maltraitance organisationnelle/ violence	services et le milieu de vie fournis aux résidents s'avèrent adéquats, et ce, dès maintenant. Que le CISSS de l'Outaouais cesse dès maintenant la référence de nouveaux usagers à l'unité prothétique de la RPA Château Symmes, compte tenu de la désorganisation des soins et services et des lacunes récurrentes constatées au cours de la présente analyse.	PAQ mis en place; voici certaines des mesures mises en place. Former l'ensemble du personnel soignant assurant le seuil minimal au niveau de la Loi 90.	Réalisé
13- Par un dispensateur de service/ maltraitance organisationnelle/ violence	Que le CISSS de l'Outaouais assure un suivi attentif de l'évolution de la situation dans la RPA Château Symmes des résidents des 1er et 2e étages, et ce, d'ici le 30 juillet 2022.	Avoir une couverture infirmière auxiliaire (jour et soir) à la résidence pour assurer les soins infirmiers (en respect de l'OIIAQ - RPA). S'assurer que le personnel connaisse le (niveau de réanimation cardio-respiratoire des résidents) et le NIM.	Réalisé
13- Par un dispensateur de service/ maltraitance organisationnelle/ violence	Que le CISSS de l'Outaouais assure un suivi attentif de l'évolution de la situation dans la RPA Château Symmes des résidents des 1er et 2e étages, et ce, d'ici le 30 juillet 2022.	S'assurer que le personnel connaisse le (niveau de réanimation cardio-respiratoire des résidents) et le NIM. Revoir l'organisation du travail concernant les 4 bulles distinctes d'aide-soignants. S'assurer que les grilles de suivi des soins sont signées en tout temps (assurer que les soins sont bien donnés).	Réalisé
Organisation du milieu et ressources matérielles			
14-Équipement et matériel/ Désuétude	Que la Direction des services techniques et de la logistique s'assure d'avoir un employé qui sera responsable pour la gestion des fauteuils roulants aux entrées principales des hôpitaux de Hull et de Gatineau afin que des fauteuils roulants en bon état et désinfectés soient disponibles en tout temps pour les usagers et ce, d'ici le 30 septembre 2022.	Un employé dédié aux fauteuils roulants à l'Hôpital de Hull et un pour l'Hôpital de Gatineau.	Réalisé
15-Règles et procédures du milieu	Que la direction de la RPA Monastère d'Aylmer poursuive ses audits de la pratique des grilles de comportement et des audits pour chaque résident de l'unité prothétique du 1er février au 28 février 2023 et qu'elle fournisse une copie de ces grilles à la certification des RPA, d'ici le 15 mars 2023 afin que la DQEPE s'assure du respect de la Politique sur la maltraitance (P-049) ainsi que le Règlement sur la certification des RPA.	Demander à la coordonnatrice des soins de compléter une grille de comportement dès l'admission d'un résident atteint d'un trouble cognitif; Demander à la coordonnatrice de s'assurer de la qualité des soins en effectuant une grille d'audit de la qualité des services;	En cours

16-Règles et procédures du milieu/respect des règles	Que la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique s'assure que l'exploitant de la RPA Shayla respecte l'ensemble des normes et des critères du Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés, prévus au plan d'amélioration de la qualité, et ce, d'ici le 31 mai 2023, sans quoi elle appliquera l'article 346.0.20.2 de la LSSSS. Conformément à la procédure, vous avez accepté à priori cette recommandation, dont l'échéancier est fixé au 31 mai 2023.		En cours
17-Règles et procédures du milieu/ Respect des règles	Que la Direction de santé mentale et de la dépendance s'assure que le processus à suivre lorsqu'un usager est insatisfait soit respecté par les personnels, comme défini dans la note de service du 2 mars 2022. Indiquer au CPQS, d'ici le 31 mars 2023, les mesures prises à cette fin.	Note de service transmise rappelant le processus en cas d'insatisfaction d'usagers ainsi que du formulaire de plainte le 23 février 2023. Rappel transmis aux gestionnaires demandant de rendre disponible le cheminement d'insatisfaction et formulaire de plainte dans leurs secteurs et unités, le 3 mars 2023.	Réalisé
Relations interpersonnelles			
Aucun			
Soins et services dispensés			
18-Compétence technique et professionnelle (capacité de base à faire le travail)/habileté technique et professionnelle	Que la Direction des soins infirmiers rappelle à l'ensemble du personnel infirmier des unités de soins des hôpitaux sous sa gouverne, incluant les urgences, de consigner sur la FADM et au kardex du patient, lorsque requis, l'indication d'écraser la médication et ce, d'ici le 27 mai 2022.	Rédaction d'une directive clinique	Réalisé
19-Compétence technique et professionnelle (capacité de base à faire le travail)/habileté technique et professionnelle	Que la Direction des soins infirmiers procède à des audits de dossiers pour les PTI à l'unité des soins intensifs ainsi qu'à l'unité du 5e Nord de l'Hôpital de Gatineau, d'ici le 3 juin 2022. Répéter les audits dans 3 mois, soit pour le 2 septembre 2022 et dans 6 mois, soit pour le 2 décembre 2022. Transmettre à la Commissaire les résultats de chacun des audits et le cas échéant, les mesures mises en place pour corriger la situation.	Audits réalisés. PTI en place à 50% en mai 2022	Réalisé
20-Traitement/Intervention/services/ Approche thérapeutique	Que la Direction programmes de la déficience et de la réadaptation mette un mécanisme de communication en place tel que, par exemple, une rencontre (en personne ou par téléphone, etc.) avec les référents afin de transmettre les informations du dossier, dès la prise en charge de l'enfant (d'autant plus qu'il y a une longue période d'attente, parfois jusqu'à 1 an, afin d'assurer les meilleurs soins et services) et ce, d'ici le 30 juin 2022. Transmettre à la Commissaire le ou les moyens de communication qui seront privilégiés.	Création d'un formulaire d'échanges intersites & Note de services le 22 juin 2022 de <i>Rappel concernant le contact avec le référent lors de la</i>	Réalisé

		<i>prise en charge d'un nouveau dossier en DI-TSA jeunesse</i>	
21-Compétence technique et professionnelle/Respect du Code des professions	Je recommande à la Direction des services multidisciplinaires et à la communauté (DSMC) de procéder à une enquête clinique professionnelle formelle, pour évaluer la pratique de la travailleuse sociale concernée incluant le volet déontologique de sa pratique, et ce, d'ici le 30 juin 2022. La DDR doit collaborer et mener les lignes de communication requises internes, s'il y a lieu, avec la DRHAJ. Soumettre le rapport à la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services incluant les actions prises et à prendre.	Rapport soumis à la commissaire.	Réalisé
22-Compétence technique et professionnelle/Respect du Code des professions	Que la Direction des ressources humaines et des affaires juridiques révise sa procédure de demandes de soutien pour les gestionnaires/intervenants afin de mieux faire connaître son offre de service et qu'elle en informe l'ensemble des directions cliniques, et ce, d'ici le 30 septembre 2022.	Note de service transmise le 18 décembre 2022	Réalisé
23-Traitement, interventions, service/Intervention	Que la Direction des programmes santé mentale et dépendance (DSMD) s'assure de sensibiliser régulièrement le personnel des unités 1, 2, 3 et 4 de l'HPJ sur l'importance d'utiliser le Plan proactif pour tout usager, dès son admission et lors d'un retour au calme après une situation d'agitation importante et que des rappels à cet effet soient effectués régulièrement lors des rencontres cliniques. Simultanément, que la DSMD officialise l'outil Plan proactif. Communiquer au Commissaire aux plaintes et à la qualité des services que le plan est officiel et que les rappels effectués d'ici le 31 décembre 2022.	Plan d'action révisé en janvier 2023 démontrant la réalisation de certaines étapes en collaboration avec la DSI.	Réalisé
24-Compétence technique et professionnelle/Respect du Code des professions	Que la Direction des services techniques et de la logistique revoit le menu pédiatrique et s'assure de l'adapter aux différentes tranches d'âge, et ce, d'ici le 30 avril 2023 ! Faire parvenir à la commissaire le menu révisé.		En cours
25-Continuité/absence de suivi	Que la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique s'assure que l'exploitant de la RPA Monastère d'Aylmer respecte l'ensemble des normes et des critères du Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés, par des visites surprises à la RPA, et ce, principalement pour les résidents de l'unité de soins prothétique, et ce, d'ici le 31 mai 2023. Fournir une copie du plan d'amélioration de la qualité à la commissaire aux plaintes.		En cours
26-Traitement-intervention-services/soins (physiques)	Que la Direction des services professionnels et de la pertinence clinique (DSPPC) avec la Direction du programme santé mentale et dépendances (DSMD) et la Direction des soins infirmiers (DSI) révisent la trajectoire de soins lorsqu'un usager admis en psychiatrie nécessite des soins de santé physique durant son séjour, et ce, d'ici le 15 juin 2023. Fournir une copie de ladite trajectoire à la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services d'ici le 15 juin 2023.		En cours
27-Traitement-intervention-services/soins (physiques)	Que la Direction des services professionnels et de la pertinence clinique (DSPPC) avec la Direction du programme santé mentale et dépendances (DSMD) et la Direction des soins infirmiers (DSI) révisent la trajectoire de soins lorsqu'un usager admis en psychiatrie nécessite des soins de santé		En cours

	physique durant son séjour, et ce, d'ici le 15 juin 2023. Fournir une copie de ladite trajectoire à la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services d'ici le 15 juin 2023.		
28-Traitement-intervention-services/soins (physiques)	Que la Direction du programme santé mentale et dépendances (DSMD) et la Direction des soins infirmiers (DSI) mettent en place un calendrier de formation continue annuel, pour le personnel infirmier en santé mentale, sur l'évaluation physique d'un usager, afin de reconnaître rapidement les situations nécessitant une intervention auprès du médecin concerné, et ce, d'ici le 15 juin 2023. Fournir le calendrier à la Commissaire d'ici le 15 juin 2023.		En cours
29-Compétence technique et professionnelle/Respect du Code des professions	Que la Direction des soins infirmiers s'assure que le personnel infirmier assure la continuité des soins en documentant leur évaluation ainsi que l'ensemble des soins conformément aux normes de pratiques infirmières, remplit un plan thérapeutique infirmier pour chaque patient de l'Hôpital de Hull, d'ici le 30 avril 2023. Fournir un audit de 30 dossiers de patients le 1er mai 2023 ainsi que le 1er juin 2023 à la commissaire aux plaintes et à la qualité des services.	Capsule des nouvelles normes de l'OIIQ présenté au personnel infirmier des hôpitaux de Hull et Gatineau Audit à venir la semaine du 12 juin.	Réalisé En cours
30-Traitement / intervention / services (action faite)/ Soins d'assistance A.V.Q., A.V.D. et civique	Que la Direction soutien à l'autonomie des personnes âgées s'assure de la conformité des notes de la travailleuse sociale dans votre dossier, le cas échéant, met en place les correctifs appropriés pour la travailleuse sociale, et ce, en considération des constats ci-haut mentionnés; Remettre une copie à la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services d'ici le 28 avril 2023 : •De votre plan d'intervention à jour, avec le consentement verbal inscrit à votre dossier I-CLSC; •Toutes les preuves dans les notes d'intervention que les consentements verbaux ont été donnés; •Une confirmation écrite de la chef des services psychosociaux que les enregistrements non consentis sont effacés, et ce, par l'ensemble des membres de l'équipe.	Documents fournis.	Réalisé
31-Traitement / intervention / services (action faite)/ Soins d'assistance A.V.Q., A.V.D. et civique	Que la Direction soutient à l'autonomie des personnes âgées rappelle à l'ensemble des travailleurs sociaux du soutien à domicile de respecter l'importance des consentements écrits et verbaux : l'autorisation doit toujours être donnée par l'usager et leurs notes d'intervention doivent clairement l'énoncer. Les plans d'intervention doivent aussi être à jour pour l'ensemble des usagers.	Note de service transmise le 12 avril 2023	Réalisé
32- Décision clinique/évaluation et jugement professionnel	Que la Direction des soins infirmiers en collaboration avec la Direction des services professionnels et de la pertinence clinique développe un tableau de bord afin d'assurer une vigie de ce qui est attendu, tant par le personnel médical que le personnel infirmier et ce d'ici 60 jours, soit le 4 août 2023.		En cours

33-Compétence technique et professionnelle/habilité technique et professionnelle	Que la Direction des soins infirmiers effectue des audits d'observation sur l'ouverture d'épisode de soins ainsi que sur la qualité des notes au triage à l'urgence de l'hôpital de Gatineau (lors des évaluations et réévaluations) et en cours d'épisode de soins d'ici 30 jours, soit le 23 juin 2023. Faire parvenir les résultats de ces audits et les mesures mises en place à la Commissaire aux plaintes. Répéter les audits dans 3 mois, 6 mois et un an et transmettre à la Commissaire l'analyse des résultats des audits et les mesures mises en place à la suite de ceux-ci.		En cours
34-Organisation des soins et services (systémique)/propre à l'installation	Que la Direction des soins infirmiers procède à une mise à jour du plan d'amélioration continu de la pratique infirmière d'ici le 23 juin 2023. Faire parvenir la mise à jour du plan d'amélioration continu à la Commissaire.		En cours
35-Traitement/intervention/services (action faite)/évaluation	Que la Direction des soins infirmiers procède à une révision du dossier de l'usagère afin d'analyser les pratiques professionnelles et d'émettre des recommandations, et ce, d'ici 30 jours, soit d'ici le 23 juin 2023. Transmettre les résultats de l'analyse et les recommandations à la Commissaire.		En cours

Partie 3

Rapport des médecins examinateurs

CISSS de l'Outaouais

Rapport annuel du médecin examineur 2022-2023

(du 1^{er} avril 2022 au 31 mars 2023)

Présenté au comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et au conseil d'administration du CISSS de l'Outaouais le **x juin 2023**

Équipe

Le traitement des plaintes médicales est assuré par une équipe de médecins examinateurs expérimentés, le tout sous la supervision d'un coordonnateur. La commissaire adjointe aux plaintes et à la qualité des services assure la gestion de la structure et du soutien administratif. Au 31 mars 2023, l'équipe de médecins examinateurs se constitue des membres actifs suivant :

- Dr Peter Bonneville
- Dr Frédéric Côté
- Dr Marc Gaudet
- Dr Martin Pham Dinh
- Dr Mark Saul

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le comité de révision peut :

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

La conclusion retenue dans son avis est donc finale.

Lorsque la plainte est traitée par un comité de discipline formé par le CMDP, le médecin examinateur doit informer par écrit le plaignant, tous les 60 jours, du progrès de l'étude de la plainte tant que l'étude n'est pas terminée.

Après l'étude de la plainte, le comité de discipline doit faire un rapport détaillé au comité exécutif du CMDP. Le comité peut faire des recommandations pour améliorer la qualité des soins.

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

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

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

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

Traitement des plaintes

Tableau 14. Bilan des dossiers de plainte selon l'étape de l'examen

Période du 2022-04-01 au 2023-03-31

EXERCICE	En cours d'examen au début de l'exercice		Reçus durant l'exercice		Conclus durant l'exercice		En cours d'examen à la fin de l'exercice		Transmis au 2e palier	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
2022 - 2023	13	-28	131	7	133	5	11	-15	7	-46
2021 - 2022	18	-5	122	22	127	26	13	-28	13	86
2020 - 2021	19	-37	100	-38	101	-42	18	-5	7	-56

Le pourcentage est relatif à l'année précédente.

Pour chaque dossier, il y a un délai nécessaire d'environ 2 à 4 semaines pour sa préparation c'est-à-dire l'obtention du dossier de l'établissement, l'avis envoyé au médecin visé et la réception de sa réponse.

Tableau 15. Bilan des dossiers de plainte selon l'étape de l'examen et l'instance visée

Période du 2022-04-01 au 2023-03-31

MISSION / CLASSE / TYPE	En cours d'examen au début de l'exercice	Reçus durant l'exercice		Conclus durant l'exercice		En cours d'examen à la fin de l'exercice	Transmis au 2e palier
		Nombre	%	Nombre	%		
CH							
CHSGS	13	116	88.55	118	88.72	11	6
CHSP	0	11	8.40	11	8.27	0	1
CHSLD	0	1	0.76	1	0.75	0	0
CLSC	0	2	1.53	2	1.50	0	0
CR							
CRDP							
CRDV	0	1	0.76	1	0.75	0	0
TOTAL	13	131	100.00	133	100.00	11	7

97% de nos plaintes proviennent de nos centres hospitaliers.

7 dossiers ont été transférés au comité de révision;

Nous avons un taux de demande de révision qui est d'environ 5%.

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

État des dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires

Période du 2022-04-01 au 2023-03-31

DOSSIERS TRANSMIS POUR ÉTUDE À DES FINS DISCIPLINAIRES	Nombre
--	--------

En 2022-23, aucun dossier n'a été transmis au CMDP pour étude à des fins disciplinaires.

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

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

Motif d'insatisfaction	% par motif
Accessibilité	13%
Aspect financier	0.5%
Droits particuliers	0.5%
Organisation du milieu et ressources matérielles	4%
Relations interpersonnelles	21%
Soins et services dispensés	61%

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

En 2022-23, il n'y a pas eu de plainte de harcèlement visant des médecins.

Les dossiers d'incivilité, ne remplissant pas les critères de harcèlement, ne sont pas comptabilisés dans le rapport annuel.

Tableau 16. État des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu selon le délai d'examen

Période du 2022-04-01 au 2023-03-31

DÉLAI D'EXAMEN	Moyenne	Nombre	%
Moins de 3 jours	1	2	1.50
4 à 15 jours	9	6	4.51
16 à 30 jours	24	36	27.07
31 à 45 jours	39	54	40.60
Sous-total	31	98	73.68
46 à 60 jours	54	4	3.01
61 à 90 jours	74	21	15.79
91 à 180 jours	122	10	7.52
181 jours et plus	0	0	0.00
Sous-total	86	35	26.32
TOTAL	45	133	100.00

Nous sommes une rare région qui calcule les délais à partir de la réception de la plainte au bureau de la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Cette approche est motivée par un souci de transparence, pour que nos statistiques reflètent bien l'expérience de l'utilisateur.

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

RECOMMANDATIONS DES MÉDECINS EXAMINATEURS

Suite à l'analyse d'une plainte, le médecin examinateur peut faire certaines recommandations ou envoyer des avis aux médecins de l'établissement.

En collaboration avec le comité de vigilance, le bureau des médecins examinateurs assure le suivi des recommandations.

En 2022-23, les médecins examinateurs ont émis plusieurs recommandations individuelles, mais aucune recommandation de nature systémique. La nature des recommandations individuelles reste confidentielle, elles ne sont donc pas publiées dans le rapport annuel.

Voici la liste des recommandations systémiques :

- Que des critères clairs doivent être établis déterminant quand un médecin de garde à l'urgence doit aller évaluer un patient qui s'y trouve lorsque ce médecin repose dans la chambre de garde. Ces critères doivent être basés sur les symptômes du patient ainsi que sur l'échelle de triage effectuée par l'infirmière. Ces critères devront être mis en application dans toutes les installations du CISSS de l'Outaouais. Statut : réalisé.
- Que le CISSS de l'Outaouais prenne des mesures pour que les délais de prise en charge des enfants fébriles de moins de 3 mois soient réduits. Statut : en cours.
- Que le chef du service de gastro-entérologie et la Direction des soins infirmiers définissent et mettent en place des stratégies pour assurer la confidentialité des discussions des médecins avec leurs patients au sein de l'unité d'endoscopie de l'Hôpital de Gatineau. Statut : réalisé.

CONCLUSIONS

Durant l'exercice 2022-23, les médecins examinateurs ont conclu le traitement de 133 dossiers de plaintes.

Le traitement de chaque plainte nécessite plusieurs heures de révision de dossier et de documentation, des rencontres et communications avec le plaignant et les professionnels visés, mais également avec divers consultants d'autres services. Ces démarches sont nécessaires pour bien comprendre les causes qui ont mené à l'insatisfaction des plaignants et pour déterminer si des correctifs sont nécessaires.

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

OBJECTIFS POUR L'ANNÉE À VENIR

Nos objectifs pour l'année à venir pour les médecins examinateurs restent stables :

- ❖ Minimiser les délais de traitement.
- ❖ Stabiliser l'équipe à long terme.
- ❖ Continuer de développer l'expertise locale.

Nous n'envisageons pas de recrutement pour l'année à venir. La gestion d'une petite équipe efficace et performante est appréciée.

MOT DES MÉDECINS EXAMINATEURS

Le médecin examinateur doit se distinguer par son professionnalisme, son discernement et sa connaissance médicale. Ses compétences et son expérience doivent être reconnues. Grâce à ses aptitudes communicationnelles, il établit un lien de confiance entre les parties impliquées, jouant un rôle de médiateur-conciliateur. Il est responsable de maintenir la crédibilité du processus de traitement des plaintes, visant l'amélioration continue de la qualité et sécurité des soins.

Lorsqu'il remplit pleinement ses fonctions, le médecin examinateur devient un moteur essentiel pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. Ce rôle singulier est encadré par des dispositions législatives garantissant son indépendance.

Bien qu'il puisse s'avérer frustrant, à divers points de vue, pour un médecin de recevoir une plainte, notre bureau s'efforce de rendre cette procédure plus accessible et d'y insuffler une dimension humaine. Nous prenons soin de valoriser les médecins ayant accompli un travail remarquable. Nous expliquons les résultats imprévisibles. Nous accompagnons avec respect les médecins ayant commis des erreurs humaines, en les guidant lorsque possible vers un processus de conciliation constructif.

Nous devons souligner la collaboration entre les médecins examinateurs, la commissaire et les professionnels du bureau, ainsi que les partenaires dans l'organisation; ceci illustre l'engagement collectif envers un objectif d'amélioration continue. Cette concertation permet de surmonter les

défis, de prévenir et corriger des erreurs et d'optimiser les résultats pour la sécurité des usagers. Nous tenons à exprimer une réelle gratitude pour cette coopération, qui favorise la qualité des soins. Ainsi, tous les acteurs contribuent ensemble à la réalisation de notre mission commune : offrir une prise en charge de qualité, sécuritaire et respectueuse des normes à ceux qui en ont besoin, les usagers du CISSS de l'Outaouais.

Merci.

Rapport du comité de révision



Comité de révision du CISSS de l'Outaouais

RAPPORT ANNUEL 2022-2023

MANDAT ET RESPONSABILITÉS

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

COMPOSITION DU COMITÉ DE RÉVISION DES PLAINTES MÉDICALES

Le comité de révision du CISSS de l'Outaouais était formé au 31 mars 2023 des membres suivants :

- M. Michel Roy, président
- Dre Amélie Gervaise, membre
- Dr Carl Boucher, membre

Le comité s'est rencontré à 4 reprises, soit :

- 4 mai 2022
- 31 août 2022
- 30 novembre 2022
- 8 février 2023

Au total, 7 demandes de révision de plaintes ont été traitées dans l'année :

- 1 dossier reçu dans l'année financière 2021-2022 et conclu au cours de l'année 2022-2023.
- 6 dossiers reçus et conclus en cours de l'année.
- 1 dossier reçu au cours de l'année 2022-2023 et conclu dans le prochain exercice.

LES MOTIFS, CONCLUSIONS, ET DÉLAIS DE TRAITEMENT DES DOSSIERS FIGURENT DANS LE TABLEAU SUIVANT :

Tableau 17. Les motifs, conclusions et délais de traitement des dossiers

Dossier	Motif de la demande	Conclusions	Respect du délai (60 jours)
1	Non-respect du délai légal par le médecin examinateur	La conclusion a été produite par le médecin examinateur (expertise externe)	N/A
2	Erreur/faute médicale	Demande de complément d'examen au Médecin examinateur	Oui (21 jours)
3	Erreur/faute médicale	Confirmation des conclusions du médecin examinateur et demande	Oui (32 jours)
4	Erreur/faute médicale	Confirmation des conclusions du médecin examinateur	Oui (23 jours)
5	Erreur/faute médicale	Confirmation des conclusions du médecin examinateur	Oui (47 jours)
6	Erreur/faute médicale	Confirmation des conclusions du médecin examinateur	Oui (47 jours)
7	Suivi médical	Plainte rejetée (hors délai)	N/A
8	Incivilité/maltraitance	Cette plainte sera traitée à l'exercice 2023-2024	

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

Tableau 18. État des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu selon le délai d'examen

DÉLAI D'EXAMEN	Moyenne (jours)	Nombre de dossiers
Moins de 60 jours	34	5
61 à 90 jours		
TOTAL	34	5

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

CONCLUSION ET OBJECTIFS POUR L'ANNÉE 2022-2023

Pendant l'année financière 2022-2023, le comité de révision a traité un total de 6 demandes, ce qui constituait une baisse par rapport à l'année précédente. Le comité de révision note que le bureau du médecin examinateur a apporté des améliorations dans son processus de communication avec les plaignants, ce qui peut expliquer en partie la réduction du nombre de demandes.

Le comité de révision a aussi apporté quelques modifications dans son processus afin d'optimiser le travail des professionnels impliqués, tout en s'assurant de répondre le mieux possible aux attentes des usagers.

Le 29 mars 2023, le gouvernement du Québec déposait le projet de Loi 15 qui a pour objectif de revoir l'organisation du réseau de la santé et des services sociaux en visant une efficacité accrue. S'il est adopté, ce projet de loi prévoit que les comités de révisions des établissements soient sous la gouverne de Santé Québec. Dans l'attente des changements à venir, le comité de révision du CISSS de l'Outaouais se concentrera dans la prochaine année à traiter avec la même diligence les demandes de révision de plaintes médicales et à respecter le délai légal de 60 jours.



M. Michel Roy, président

Partie 5 – Centre d'hébergement Champlain-de-Gatineau

5.1 BILAN DES DOSSIERS DE PLAINTES 2022-2023

L'année 2023-23 s'échelonne du 1^{er} avril 2022 au 31 mars 2023.

Nous avons traité une plainte pour ce CHSLD et 3 interventions, pour un total de 4 dossiers.

5.2 BILAN DES DOSSIERS D'INTERVENTION

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

2 interventions durant l'exercice ont été amorcées, dont 1 dossier conclu. 1 dossier en cours de traitement à la fin de l'exercice.

Tableau 19. Évolution des dossiers d'intervention

EXERCICE	En cours d'examen au début de l'exercice		Reçus durant l'exercice		Conclus durant l'exercice		En cours d'examen à la fin de l'exercice		Transmis au 2e palier	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
2022 - 2023	0	0	1	100	0	0	1	100	0	0
2021 - 2022	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2020 - 2021	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Voici un portrait de l'origine des interventions pour les 2 dossiers conclus :

- Les 2 situations sont sur signalement par un employé et sont à l'égard de signalements obligatoires de maltraitance.

MOTIFS D'INTERVENTION ET MESURES D'AMÉLIORATION DES SOINS ET SERVICES

Pour l'année 2022-23, nous avons reçu 2 dossiers d'interventions comparativement à 3 l'an dernier.

Une analyse plus approfondie des éléments principaux donne ce portrait :

- Maltraitance à déclaration obligatoire (2 dossiers)
 - 2 dossiers de maltraitance physique par un employé

Pour ces 2 dossiers d'interventions conclus, l'analyse permet de constater que les 2 signalements étaient fondés et ont mené à des mesures à portée systémique.

Voici les mesures mises en place :

- Encadrement des intervenants
- Cessation des services

5.3 BILAN DES DEMANDES D'ASSISTANCE

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

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

Pour l'année 2022-23, 1 demande d'assistance a été reçue à l'égard des droits particuliers pour de l'information concernant de l'aide pour l'obtention d'un soin ou service, comparativement à 3 l'an dernier où la demande était de l'aide pour la formulation d'une plainte.

5.4 BILAN DES DOSSIERS TRANSMIS POUR ÉTUDE À DES FINS DISCIPLINAIRES

Aucun dossier.

5.5 LE RECOURS AU PROTECTEUR DU CITOYEN

Aucun dossier.

5.6 BILAN DES CONSULTATIONS

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

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

6 consultations ont été faites par des gestionnaires de l'établissement, soit une diminution de 2 consultations par rapport à l'an dernier.

Une analyse plus approfondie des éléments principaux donne ce portrait :

- 3 consultations à l'égard de motifs de maltraitance;
- 2 consultations concernent des situations préjudiciables pour les résidents à l'égard de leurs droits, dont une situation sur le consentement libre et éclairé d'un résident et une portant sur la participation de l'utilisateur ou de son représentant aux décisions affectant son bien-être.

- 1 portant sur le motif de relations interpersonnelles, d'abus sous forme de négligence.

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

Les participations statutaires de la commissaire

➤ Engagement au niveau provincial

- La commissaire est membre de l'exécutif du Regroupement des commissaires aux plaintes et à la qualité des services du Québec. Ce regroupement a été mis sur pied afin de favoriser notamment l'échange d'expertise, le développement de la pratique et d'améliorer, par le fait même, la qualité des interventions des commissaires aux plaintes et à la qualité des services du réseau de la santé.
- Également, des rencontres mensuelles avec la Commissaire-Conseil et l'ensemble des commissaires ont eu lieu.
- Puis le MSSS a mis en place une table ministérielle mensuelle avec les Commissaires, dirigée par la Commissaire-Conseil. Cette table remplace les rencontres mensuelles avec la Commissaire-Conseil.

➤ Autres fonctions

- Envoi de statistiques périodiques du nombre de dossiers de plainte, d'intervention et d'assistance et de leurs motifs pour le Comité de vigilance et de la qualité du Groupe Champlain ;
- Présence de la commissaire aux rencontres du regroupement des commissaires aux plaintes et à la qualité des services du Québec dans le but de favoriser l'échange d'expertise et le développement de la pratique afin d'améliorer par le fait même la qualité des interventions de la commissaire ;
- Une rencontre avec la coordonnatrice des soins et les gestionnaires pour la promotion/information à l'égard du régime d'examen des plaintes, de la loi sur la maltraitance, des droits des résidents et du code d'éthique ;
- Une tournée des unités de vie du CHSLD avec la coordonnatrice.

5.8 RAPPORT DU MÉDECIN EXAMINATEUR

Le rapport du médecin examinateur doit être intégré au présent document, et ce, en vertu de l'article 76.11 de la LSSSS.

Il n'y eut **aucune** plainte déposée en 2022-2023 à l'encontre d'un médecin, ou pharmacien au Centre d'hébergement Champlain-de-Gatineau.

Partie 6 – VIGI de L'Outaouais

6.1 BILAN DES DOSSIERS DE PLAINTES 2022-2023

Tableau 20. Évolution des dossiers de plainte

EXERCICE	En cours d'examen au début de l'exercice		Reçus durant l'exercice		Conclus durant l'exercice		En cours d'examen à la fin de l'exercice		Transmis au 2e palier	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
2022 - 2023	1	100	0	-100	1	100	0	-100	0	0
2021 - 2022	0	0	1	-88	0	-100	1	100	0	0
2020 - 2021	0	0	8	800	8	800	0	0	0	0

Cette année nous n'avons reçu aucune plainte ni intervention. Seul un dossier de 2021-2022 a été conclu.

6.2 BILAN DES DOSSIERS D'INTERVENTION

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

4 interventions durant l'exercice ont été amorcées en lien avec des situations de maltraitance, ce qui constitue une diminution de 3 dossiers comparativement à l'an dernier.

Tableau 21. Évolution des dossiers d'intervention

EXERCICE	En cours de traitement au début de l'exercice		Amorcés durant l'exercice		Conclus durant l'exercice		En cours de traitement à la fin de l'exercice	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
2022 - 2023	2	200	4	-43	3	-40	3	50
2021 - 2022	0	0	7	250	5	150	2	200
2020 - 2021	0	0	2	200	2	200	0	0

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

Ces dossiers d'interventions sont 4 signalements obligatoires de maltraitance. Une analyse plus approfondie des éléments principaux donne ce portrait :

- 13 motifs de maltraitance, dont 7 sont de la maltraitance physique exercée par un autre résident ;
- 3 motifs de maltraitance physique exercés par un membre du personnel du CHSLD ;
- 3 motifs de maltraitance matérielle et financière exercés par un proche ou un tiers;
- 1 de ces situations est toujours en cours de traitement à la fin de l'année.

Des mesures ont été mises en place afin d'assurer un filet de sécurité et éviter la récurrence :

- Évaluation psychosociale pour demander l'ouverture d'un régime de protection ;
- Impliquer une psychoéducatrice pour diminuer les comportements SCPD ;
- Augmenter la surveillance de la résidente ;
- Congédier des employés ayant fait preuve de négligence dans leurs soins ;
- Mettre en place des mesures d'encadrement du personnel.

6.3 BILAN DES DEMANDES D'ASSISTANCE

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

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

Pour l'année 2022-23, aucune demande d'assistance n'a été reçue, comparativement à 11 l'an dernier.

6.4 BILAN DES DOSSIERS TRANSMIS POUR ÉTUDE À DES FINS DISCIPLINAIRES

Aucun dossier.

6.5 LE RECOURS AU PROTECTEUR DU CITOYEN

Aucun dossier.

6.6 BILAN DES CONSULTATIONS

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

- Dans le cadre du traitement d'un dossier ;
- En vue d'obtenir plus d'informations sur le régime d'examen des plaintes et sur la promotion de celui-ci ;
- Sur le signalement obligatoire des situations de maltraitance ;

- Sur le respect des droits des usagers ;
- Sur les préoccupations quant à la sécurité des soins et des services.

6 consultations ont été faites, ce qui constitue une augmentation de 3 consultations comparativement à l'an dernier. Parmi ces consultations, 4 sont à l'égard de renseignements portant sur la Loi 6.3, une sur l'hygiène et la salubrité entourant la désinfection des lieux et une sur l'isolement d'un résident.

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

Les participations statutaires de la commissaire

➤ Engagement au niveau provincial

- La commissaire est membre de l'exécutif du Regroupement des commissaires aux plaintes et à la qualité des services du Québec. Ce regroupement a été mis sur pied afin de favoriser notamment l'échange d'expertise, le développement de la pratique et d'améliorer, par le fait même, la qualité des interventions des commissaires aux plaintes et à la qualité des services du réseau de la santé.
- Également, des rencontres mensuelles avec la Commissaire-Conseil et l'ensemble des commissaires ont eu lieu.
- Puis le MSSS a mis en place une table ministérielle mensuelle avec les Commissaires, dirigée par la Commissaire-Conseil. Cette table remplace les rencontres mensuelles avec la Commissaire-Conseil.

➤ Autres fonctions

- Envoi de statistiques périodiques du nombre de dossiers de plainte, d'intervention et d'assistance et de leurs motifs pour le Comité de vigilance et de la qualité de VIGI Santé ;
- Présence de la commissaire aux rencontres du regroupement des commissaires aux plaintes et à la qualité des services du Québec dans le but de favoriser l'échange d'expertise et le développement de la pratique afin d'améliorer par le fait même la qualité des interventions de la commissaire ;
- 1 rencontre avec la directrice des soins et les gestionnaires pour la promotion/information à l'égard du régime d'examen des plaintes, de la loi sur la maltraitance, des droits de résidents et du code d'éthique ;
- Une tournée des unités de vie du CHSLD avec la directrice.
- Voici les démarches qui ont été faites par VIGI Outaouais afin d'informer les répondants du processus de plainte :
 - Dans la pochette d'accueil, le dépliant « Régime d'examen des plaintes » est remis lors de nouvelles admissions
 - Une affiche avec les photos de la commissaire et la commissaire adjointe du CISSS de l'Outaouais et numéros de téléphones est affichée sur chaque étage.

- Tous les répondants ont reçu en juillet dans le « Saviez-vous », l'information sur le changement de personne à contacter lors d'une plainte. Il est à noter que le « Saviez-vous » est envoyé avec la facturation.
- L'information est également disponible sur la page internet de Vigi Santé : <https://vigisante.com/Parutions/CommissaireAuxPlaintes>. Lors de la semaine des droits, un dépliant sera remis aux familles avec un rappel des informations données sur la commissaire aux plaintes.

6.8 RAPPORT DU MÉDECIN EXAMINATEUR

Le rapport du médecin examinateur doit être intégré au présent document, et ce, en vertu de l'article 76.11 de la LSSSS.

Il n'y eut **aucune** plainte déposée en 2022-23 à l'encontre d'un médecin, ou pharmacien au CHSLD Vigi de l'Outaouais.