



Rapport annuel

2022 2023

Commissaire aux plaintes et à la
qualité des services

Centre intégré universitaire de santé et de services
sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Québec 

La version électronique de ce document peut être consultée sur le site Web du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ) : <http://www.ciusssmcq.ca>.

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

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada

Format : PDF
ISBN : 978-2-550-95371-5

Format : Imprimé
ISBN : 978-2-550-95370-8

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 CIUSSS MCQ.

Adopté par le conseil d'administration le 15 juin 2023.

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

Rédaction par M^{me} Lucie Lafrenière, commissaire aux plaintes et à la qualité des services, et mise en page par M^{mes} Céline Giroux, Marie-Renée Leblanc (agentes administratives) et Nathalie Turcotte (archiviste).

© CIUSSS MCQ, 2023

Table des matières

MOT DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES	7
LES FAITS SAILLANTS 2022 – 2023	9
LE PORTRAIT DE LA RÉGION DE LA MAURICIE-ET-DU-CENTRE-DU-QUÉBEC	17
INTRODUCTION LE RÉGIME D’EXAMEN DES PLAINTES ET SES ASSISES LÉGALES	18
CHAPITRE 1 LE RAPPORT DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES.....	22
1.1 La commissaire aux plaintes et à la qualité des services.....	23
1.2 Le bilan des dossiers de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services	27
1.3 Les motifs de plainte et d’intervention au CIUSSS MCQ	30
1.4 Bilan des dossiers traités en maltraitance	32
1.5 Protecteur du citoyen.....	36
CHAPITRE 2 LE RAPPORT D’ACTIVITÉS DES MÉDECINS EXAMINATEURS	37
2.1 Les médecins examinateurs.....	38
2.2 Mot des médecins examinateurs	38
2.3 Le bilan des activités des médecins examinateurs	39
2.4 Les motifs de plainte médicale au CIUSSS MCQ	41
2.5 Les mesures d’amélioration de la qualité des soins et des services ainsi que du respect des droits des usagers	41
CHAPITRE 3 LE RAPPORT DU COMITÉ DE RÉVISION	43
3.1 Le comité de révision.....	44
3.2 Bilan des activités du comité de révision	44
CHAPITRE 4 RAPPORT POUR LES CHSLD PRIVÉS CONVENTIONNÉS.....	46

Liste des figures

Figure 1	Bilan des dossiers de plainte selon les missions et instances visées	27
Figure 2	Bilan des dossiers d'intervention selon les missions et instances visées.....	29
Figure 3	Pourcentage des motifs de plainte et d'intervention	30
Figure 4	Nombre total des dossiers transmis au Protecteur du citoyen depuis 3 ans	37
Figure 5	Motifs des plaintes transmises au Protecteur du citoyen.....	37

Liste des tableaux

Tableau 1	Faits saillants au cours de l'exercice 2022-2023	9
Tableau 2	Activités relatives à l'exercice des autres fonctions de la commissaire	26
Tableau 3	Bilan des dossiers de plainte selon l'étape de l'examen	27
Tableau 4	Bilan des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu selon le délai d'examen	28
Tableau 5	Bilan des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu selon l'auteur.....	28
Tableau 6	Bilan des dossiers d'intervention selon l'étape de l'examen.....	29
Tableau 7	Comparatif des principaux motifs d'insatisfaction (tableau par catégories d'objet)	31
Tableau 8	Plaintes et interventions concernant des situations de maltraitance (loi 6.3)	34
Tableau 9	Mesures individuelles ou systémiques.....	34
Tableau 10	Type de maltraitance – Auteur de la maltraitance	35
Tableau 11	Formes de maltraitance	35
Tableau 12	Niveau de traitement des motifs de maltraitance	35
Tableau 13	Bilan des dossiers de plainte médicale selon l'étape de l'examen.....	40
Tableau 14	Bilan des dossiers de plainte médicale selon l'étape de l'examen et l'instance visée	40
Tableau 15	Bilan des dossiers de plainte médicale dont l'examen a été conclu selon le délai d'examen.....	41
Tableau 16	Bilan des dossiers de plainte médicale dont l'examen a été conclu selon l'auteur	41
Tableau 17	Bilan des dossiers de plainte médicale dont l'examen a été conclu selon le motif	42
Tableau 18	Dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires	43
Tableau 19	Bilan des dossiers de plainte selon l'étape de l'examen	45
Tableau 20	Évolution du bilan des dossiers de plainte selon l'étape de l'examen	46
Tableau 21	Bilan des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu selon le motif.....	46
Tableau 22	Bilan des dossiers de plainte, niveau et délai de traitement Foyer Sts-Ange de Ham-Nord	48
Tableau 23	Bilan des dossiers de plainte, niveau et délai de traitement CHSLD Vigi Les Chutes	51
Tableau 24	Bilan des interventions CHSLD Vigi Les Chutes	51
Tableau 25	Ventilation des motifs de plainte et d'intervention conclues selon leur catégorie	52
Tableau 26	Exemples de recommandations pour les installations du CIUSSS MCQ	56
Tableau 27	Exemples de mesures d'amélioration formulées par les médecins examinateurs.....	65

Liste des annexes

Annexe 1	Exemples de recommandations pour les installations du CIUSSS MCQ
Annexe 2	Types de dossiers
Annexe 3	Motifs de plainte et d'intervention
Annexe 4	Liste des droits des usagers
Annexe 5	Procédure à suivre pour porter plainte

Liste des acronymes

AAPA	L'Approche adaptée à la personne âgée
A.V.D.	Activités de la vie domestique
A.V.Q.	Activités de la vie quotidienne
CA	Conseil d'administration
CAAP	Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes
CAPQS	Commissaire adjoint(e) aux plaintes et à la qualité des services
CECMDP	Comité exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CH	Centre hospitalier
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHSP	Centre hospitalier de soins psychiatriques
CIUSSS MCQ	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
CJ	Centre jeunesse
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
CRPDI	Centre de réadaptation pour personnes ayant une déficience intellectuelle
CRPDP	Centre de réadaptation pour personnes ayant une déficience physique
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
ENA	Environnement numérique d'apprentissage
CVQ	Comité de vigilance et de la qualité
ME	Médecin examinateur
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OC	Organisme communautaire
PRMOP	Personne responsable de la mise en œuvre de la politique de lutte contre la maltraitance
RAC	Résidences à assistance continue
RLRQ	Recueil des lois et des règlements du Québec
RPA	Résidence privée pour aînés
RQRA	Regroupement québécois des résidences pour aînés
SIGPAQS	Système d'information de gestion des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services
RPCCHD	Ressources privées ou communautaires certifiées offrant de l'hébergement en dépendance
SPU	Services préhospitaliers d'urgence

Droit de réserve

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 différentes installations du réseau de la santé. La commissaire se garde une réserve sur l'exactitude des données fournies dans ce rapport.

Remerciements

Un merci particulier à M^{mes} Céline Giroux et Marie-Renée Leblanc pour leur rigoureux travail de validation des données, de même que pour la mise en page de ce rapport.

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



C'est avec plaisir que je vous présente le rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services du CIUSSS MCQ pour la période du 1^{er} avril 2022 au 31 mars 2023.

L'allègement graduel des mesures sanitaires nous a permis de reprendre cette année un plus grand nombre d'activités de promotion du régime d'examen des plaintes et des droits des usagers. Ainsi, en collaboration avec le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP), nous avons eu des rencontres avec les deux centres d'amitié autochtones, soit Trois-Rivières et La Tuque. Nous avons rencontré un regroupement d'organismes communautaires et avons aussi réalisé des rencontres avec plusieurs comités d'usagers et de résidents; nous avons notamment présenté le régime d'examen des plaintes et notre rôle lors de la journée du Comité des usagers (CUCI) en janvier. Au congrès de l'ARIHQ, en collaboration avec la commissaire-conseil du ministère de la Santé, j'ai animé un atelier au sujet du rôle des commissaires aux plaintes et à la qualité des services dans le cadre de l'application de la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité. Nous sommes également allés à la rencontre d'étudiants, potentiellement futurs employés du CIUSSS, soit les étudiants en technique de travail social, en soins infirmiers ou infirmiers auxiliaires et préposés aux bénéficiaires afin de leur parler des droits des usagers et de les sensibiliser à l'expérience usager. Finalement, nous avons pu réaliser de nombreuses rencontres au sein de l'établissement afin de faire connaître notre rôle et sensibiliser divers intervenants en ce qui a trait au respect des droits des usagers et à la qualité des services souhaitée par la clientèle.

On observe encore cette année une hausse du nombre de dossiers ouverts, soit environ 20 % de plus que l'année dernière. Par contre, le nombre de dossiers de plaintes et d'interventions conclus a légèrement diminué, ceci principalement en raison d'absences non planifiées parmi les membres de notre équipe. Devant l'augmentation

graduelle du nombre de dossiers ouverts depuis les dernières années et l'augmentation des responsabilités des commissaires, notamment en lien avec la Loi visant à contrer la maltraitance envers les aînés et toute personne majeure en situation de vulnérabilité et aussi avec la Loi visant à renforcer le régime d'examen des plaintes, nous avons présenté, depuis l'automne 2021, notre estimation de nos besoins de ressources humaines. Malgré les mesures d'optimisation, un ajout de ressources humaines nous semblait incontournable afin d'être en mesure de parvenir à conclure l'examen de nos dossiers dans des délais raisonnables et de répondre à nos obligations réglementaires. Je tiens à souligner que les membres du comité de vigilance et de la qualité ont apporté leur appui à ces démarches, lesquelles ont porté fruit puisqu'en février dernier, il a été convenu avec la présidente-directrice générale et la directrice des ressources financières que trois postes de professionnels pouvaient s'ajouter à notre équipe.

En terminant, je tiens à remercier les usagers et leurs proches qui, par leurs témoignages au sujet de leur expérience comme usagers des services, contribuent à l'amélioration de la qualité des soins et des services. Merci aux membres des comités d'usagers et de résidents qui contribuent à la promotion des droits des usagers et qui sont des partenaires incontournables, tout comme le CAAP.

Je remercie encore une fois tous les gestionnaires et membres du personnel pour leur ouverture à l'égard des commentaires des usagers et leur investissement au quotidien pour l'amélioration de la qualité des services. Un merci spécial aux membres du comité de vigilance et de la qualité pour leur disponibilité, leur engagement, leur confiance à l'endroit de notre équipe et leur précieux soutien.

En terminant, je ne saurais assez remercier tous les membres de notre belle équipe pour leur engagement au service de notre mission.

Lucie Lafrenière

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Les faits saillants | 2022-2023

Légende

Par rapport à l'an passé : ↑ augmentation ↓ diminution

Tableau 1 – Faits saillants au cours de l'exercice 2022-2023

↓ de 1,9 %	2022-2023 1459	2021-2022 1487	Nombre de dossiers conclus (plaintes et interventions)
↑ de 10,8 %	921	831	Plaintes reçues en première instance par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services
↑	1046	1036	Nombre de motifs des plaintes conclues
↑	418	402	Nombre de mesures correctives
↓	121	172	- à portée individuelle
↑	297	230	- à portée systémique
↑	41	29	Dossiers transmis au 2 ^e palier au Protecteur du citoyen
↓	3	7	Dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires
↑ de 6,3 %	705	663	Interventions amorcées par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services à la suite d'un signalement ou sur son initiative
↓	855	913	Nombre de motifs pour l'ensemble des dossiers d'intervention conclus
↓	489	571	Nombre de mesures correctives
↓	147	174	- à portée individuelle
↓	342	397	- à portée systémique
↑	18	13	Dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires
↑ de 27,8 %	1992	1559	Assistances
↑ de 6,4 %	100	94	Consultations
↑ de 14 %	136	119	Plaintes reçues en première instance par les médecins examinateurs
↑	216	168	Nombre de motifs des plaintes conclues
↑	60	37	Nombre de mesures correctives
↑	10	8	Dossiers transmis au comité de révision
↓	2	5	Dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires

Services ou secteurs d'activité ayant fait l'objet d'une vigilance accrue

La section qui suit présente certains secteurs d'activité ayant fait l'objet d'une vigilance accrue de la part de l'équipe de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services, pour l'année 2022-2023, et attire l'attention sur des défis à relever au cours de la prochaine année.

Accès à un médecin

Nous avons reçu, en 2021-2022, un nombre particulièrement élevé de plaintes (une trentaine) concernant l'accès à un médecin de famille, que ce soit pour une consultation avec un médecin ou pour se voir attribuer un médecin de famille régulier. En juin 2022, le Guichet d'accès à la première ligne (GAP) était instauré dans le but d'améliorer l'accessibilité pour la clientèle orpheline ayant un problème aigu ponctuel. Aussi, les cliniques de proximité reprenaient progressivement leur rôle à la suite de la pandémie. Ces mesures devaient favoriser une amélioration de l'accès à des services de première ligne.

En 2022-2023, les plaintes concernant les difficultés à obtenir un rendez-vous avec un médecin ont été encore plus nombreuses (plus de 60). Le GAP est maintenant bien connu, mais certaines problématiques nous sont rapportées à de multiples reprises. Voici quelques exemples d'insatisfactions :

- le temps d'attente en ligne avant de parler à un intervenant;
- le refus d'octroyer un rendez-vous parce que la situation n'est pas jugée assez prioritaire ou qu'il n'y a pas de places disponibles;
- des invitations à rappeler le lendemain, ou la semaine suivante, parce qu'il n'y a plus de plages horaires disponibles auprès d'un médecin;
- les invitations à consulter au privé ou à l'urgence en l'absence de plages horaires disponibles;
- l'impossibilité de consulter un médecin pour plus d'un problème de santé;
- le stress vécu par les usagers devant être suivis régulièrement pour une problématique de santé et qui doivent rappeler au GAP à chaque fois pour prendre un rendez-vous parce qu'ils n'ont plus de médecin attitré pour faire ces suivis;
- les usagers ayant perdu leur médecin de famille qui assurait la fonction de coordination entre les différentes spécialités médicales requises pour leur santé;
- les réorientations vers des professionnels, mais où les usagers doivent se débrouiller eux-mêmes pour obtenir un rendez-vous;
- les réorientations inadéquates, par exemple vers des pharmaciens ayant pourtant déjà signifié aux usagers qu'ils ne pouvaient plus renouveler leurs ordonnances pour diverses raisons;
- l'impossibilité de prendre un rendez-vous pour un proche;
- les délais pour obtenir un rendez-vous afin de faire remplir un formulaire nécessitant une attestation médicale (ex. : SAAQ, attestation d'handicap, etc.);
- la difficulté à revoir un médecin pour un suivi lorsque le traitement prescrit lors d'une première consultation ne fonctionne pas; l'utilisateur doit alors recommencer le processus pour obtenir un rendez-vous.

Le GAP répond aux appels à l'intérieur de 36 heures pour les motifs d'appels évalués comme étant prioritaires. Pour les autres demandes, il est difficile de quantifier les délais étant donné que les gens sont invités à rappeler pour obtenir un rendez-vous. Le personnel du GAP a fait face à un important flot d'appels et a éprouvé des difficultés à répondre à toutes ces demandes; l'attente en ligne peut parfois durer jusqu'à deux heures, selon ce qu'on nous rapporte.

Tout au cours de l'année, les gestionnaires responsables ont apporté des améliorations aux processus de travail afin d'améliorer les délais de réponse. Aussi, il y a eu ajout de ressources humaines et une nouvelle technologie de téléphonie a été implantée, ce qui devrait contribuer à optimiser le fonctionnement du GAP.

L'examen de ces dossiers a mené, dans certains cas, à des recommandations telles que de s'assurer que le profil des besoins de la personne est bien à jour et que la cote de priorité attribuée est adéquate ou encore d'apporter un soutien et bien orienter la personne afin qu'elle puisse obtenir des réponses à ses inquiétudes sur le plan de sa santé et aussi, s'assurer de présenter aux usagers toutes les autres opportunités possibles lorsqu'on leur refuse un service au GAP ou qu'il n'y a pas de disponibilités.

Rappelons que les usagers orphelins peuvent contacter le GAP au 1-844-313-2029 ou faire le 811 et choisir l'option 3. Il est aussi possible d'utiliser le GAP numérique qui permet aux usagers familiers avec l'Internet d'utiliser l'algorithme décisionnel pour diverses situations cliniques et de contacter le GAP seulement lorsque requis. <https://gap.soinsvirtuels.gouv.qc.ca/fr>

Formulaires d'attestation de déficience

Lors de l'analyse de quelques plaintes, nous avons appris que plusieurs médecins seraient réticents à signer un formulaire d'attestation de handicap sur la base d'une seule visite pour un patient orphelin qu'ils ne connaissent pas. Les usagers dépensent beaucoup d'énergie et vivent un stress important face à cette obligation. Le fait, pour un usager, de ne pas pouvoir présenter un formulaire complété par un médecin représente un risque de préjudice. Ces attestations de déficience permettent l'accès à des programmes financiers de même qu'à certains services.

Cette problématique touchant les demandes de complétion de formulaires médicaux, parfois demandés par d'autres ministères que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), est ramenée régulièrement à la table nationale DI-TSA-DP. Les représentants du CIUSSS MCQ rapportent avoir proposé diverses solutions pour faciliter les démarches des usagers, soit :

- Faire remplir par un infirmier responsable à la Direction des programmes DI-TSA-DP;
- Faire remplir par un professionnel (ergothérapeute ou physiothérapeute);
- Faire remplir par le gestionnaire de service (si l'utilisateur est admis dans les services DI-TSA-DP, c'est que sa déficience est reconnue);
- Fournir des documents antérieurs consignés au dossier.

À ce jour, ces propositions ont toutes été refusées. Il est à noter que la notion de déficience implique que cette condition est permanente. Dans le contexte actuel où l'accessibilité médicale est de plus en plus difficile, même pour ceux qui ont un médecin de famille, nous avons sensibilisé la commissaire-conseil, au ministère de la Santé et des Services sociaux, à cette problématique qui se vit également dans toutes les autres régions de la province.

Dans un des dossiers de plaintes examinés en cours d'année, la recommandation suivante avait été formulée : *« Évaluer la situation et explorer les possibilités de simplifier le processus, pour un usager ayant une déficience et sans médecin de famille, qui doit obtenir un formulaire d'attestation de déficience complété par un médecin. »*

Une solution a finalement été proposée. En effet, c'est dorénavant l'assistante du supérieur immédiat (ASI) du GAP qui est chargée de gérer ces demandes, d'informer les usagers de tous les documents préalablement requis et quand les gens ont réuni tous les documents, l'ASI du GAP ou du GAMF se charge de trouver un rendez-vous avec un médecin, lequel aura en main tous les documents requis pour pouvoir remplir l'attestation.

Déplacements des usagers – trois problématiques

L'examen d'une plainte a permis de faire ressortir un besoin d'uniformiser les procédures relatives au transport en Mauricie et au Centre-du-Québec. Dans certaines circonstances et selon l'installation, les frais de transport pour le retour à domicile des usagers peuvent être payés par l'établissement, et il y avait une iniquité entre les différents centres hospitaliers. La commissaire a recommandé de faire entériner/adopter le projet intitulé « *Optimisation du transport des usagers* » de façon à harmoniser les procédures relatives au transport pour l'ensemble du CIUSSS MCQ. Nous demeurons en attente d'un suivi à cette recommandation.

Par ailleurs, nous avons reçu plusieurs plaintes concernant des frais encourus par des usagers qui doivent se déplacer à plusieurs kilomètres de leur domicile pour recevoir des services qui ne sont pas disponibles dans leur région. Les déplacements des usagers sont encadrés par une circulaire du ministère de la Santé et des Services sociaux (2009-005). L'annexe 3 de la politique de déplacement des usagers concerne les particularités s'appliquant aux usagers devant recevoir, à la demande de leur médecin et de façon élective, des soins et des services non disponibles dans leur région. Au point 3.1.1., on peut lire : « *La vaste étendue du territoire québécois est connue et pose des contraintes géographiques particulières. C'est pourquoi, dans un souci d'assurer à tous les citoyens du Québec un accès satisfaisant, comparable et équitable aux services de santé et aux services sociaux, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) accorde une compensation financière aux cas électifs.* » Toujours selon cette circulaire, le critère pour obtenir un remboursement est qu'une distance de 200 KM ou plus sépare le lieu de résidence de la personne du lieu où elle doit se rendre pour obtenir des services.

Sur le territoire de la Mauricie et du Centre-du-Québec, situé entre Québec et Montréal, les déplacements des personnes demeurent souvent légèrement en deçà de cette distance et par conséquent, les demandes de remboursement sont refusées. Il en va de même pour certains usagers qui résident aux confins du territoire de la Mauricie et du Centre-du-Québec, comme à La Tuque, et qui doivent se déplacer, parfois à de nombreuses reprises, vers Shawinigan ou Trois-Rivières pour obtenir des services qui ne sont pas disponibles dans le Haut-Saint-Maurice. Les gens qui habitent plus près des grands centres de notre région n'ont pas à assumer des frais comparables pour obtenir les mêmes services. Dans de telles circonstances, le principe et objectif d'équité en matière d'accessibilité aux services n'est pas atteint.

Selon la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)¹, les services offerts ont pour but de favoriser un niveau de santé comparable entre les diverses régions de la province. Un établissement doit notamment tenir compte des particularités géographiques pour l'organisation des services. Au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), on nous mentionne que le CIUSSS MCQ, via sa politique régionale, pourrait décider d'autoriser ce genre de déplacements, selon un pouvoir discrétionnaire.

La direction du CIUSSS MCQ se montre sensible à la problématique de transport vécue par les usagers, notamment au plan intrarégional. On se dit également conscient que le CIUSSS MCQ est un générateur important de déplacements pour les habitants de la région. Toutefois, la problématique de transport implique différents partenaires et le CIUSSS MCQ indique avoir une volonté actuellement d'agir comme facilitateur avec ceux-ci afin d'améliorer la situation. La direction souligne que la mission première du CIUSSS MCQ consiste à offrir des services de santé et services sociaux en fonction des ressources disponibles. La commissaire suivra l'évolution des travaux du CIUSSS MCQ en cette matière.

¹ LSSSS, article 1, par. 7; article 2, par. 5, article 3, par. 3.
Rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes
et de l'amélioration continue de la qualité des services 2022-2023

Frais d'hébergement pour les lits posthospitaliers (LPH)

À la suite du traitement de plaintes à ce sujet en cours d'année 2019-2020, nous avons appris qu'il existait une iniquité par rapport à la tarification des lits posthospitaliers (LPH) et à l'information qui était transmise au sujet des contributions financières dans les différents réseaux locaux de services (RLS) en Mauricie et au Centre-du-Québec. Ces places en LPH se divisent en 3 missions : convalescence, répit et évaluation-orientation. En général, l'utilisateur qui utilise une place en LPH doit payer après sa 31^e journée, mais certains territoires n'appliquaient pas cette règle pour certaines missions. Aussi, selon les RLS, les intervenants remettaient un dépliant informatif, d'autres donnaient l'information verbalement et le notaient au dossier. Des travaux d'uniformisation avaient été tentés, mais les gestionnaires concernés se disaient en attente d'orientations du MSSS. Toutefois, aucun des gestionnaires consultés n'était en mesure de donner une estimation du moment où les orientations du MSSS seraient annoncées et en attendant, il y avait iniquité pour les usagers du CIUSSS MCQ. En juillet 2021, la commissaire avait formulé la recommandation suivante au directeur du programme de soutien à l'autonomie de la personne âgée (SAPA) et à la directrice des ressources financières :

« Déterminer les actions requises afin de vous assurer de l'harmonisation, au sein du CIUSSS MCQ, des procédures relatives à l'admission d'un usager en lit posthospitalier, notamment :

- Harmonisation des frais facturés dans toutes les ressources LPH;
- Harmonisation des informations à fournir à la clientèle et des outils soutenant cette transmission d'informations;
- Application systématique de la procédure ainsi établie. »

En avril 2022, la direction SAPA confirmait la réalisation de cette amélioration. Ainsi, depuis le 1^{er} mai 2022, les frais d'hébergement pour les usagers orientés vers un lit de type LPH ont été harmonisés pour l'ensemble des réseaux locaux de services (RLS) du CIUSSS MCQ. Il s'agit donc des lits de convalescence, d'évaluation-orientation et des lits d'unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF). Ainsi la tarification a été établie à 15 \$ par jour, facturable à partir de la 31^e journée à compter de la date d'admission. Un formulaire est maintenant utilisé afin de s'assurer que l'utilisateur a bien été avisé des modalités cliniques et financières associées à son hébergement, et qu'il les accepte. Le formulaire signé est déposé au dossier de l'utilisateur.

Frais d'hébergement pour une place en soins palliatifs

En 2020-2021, une personne avait déploré, dans une demande d'intervention, de devoir payer des frais de séjour pour son conjoint qui était en soins palliatifs. Elle soulignait être au courant que d'autres installations du CIUSSS MCQ n'exigeaient aucune contribution pour les mêmes soins et services, ce que notre examen a pu confirmer.

Considérant qu'il existait donc une iniquité entre les usagers, nous avons obtenu l'engagement de la gestionnaire concernée de voir à l'implantation d'une pratique harmonisée visant à ne plus exiger de contribution de l'utilisateur pour une place en soins palliatifs, peu importe le milieu où le service est offert. Ainsi, depuis le 7 septembre 2022, il n'y a plus de frais pour les usagers en soins palliatifs, peu importe l'installation où la personne reçoit les services en Mauricie et au Centre-du-Québec. De plus, la famille concernée par cette plainte a été remboursée.

Liste d'attente en procréation médicalement assistée (PMA)

Des couples ont porté plainte après que le CIUSSS MCQ les ait contactés, au début avril 2022, pour les informer qu'ils seraient retirés de la liste d'attente en procréation médicalement assistée (PMA) parce

qu'ils habitent une autre région administrative. Les couples mentionnent que ce service est absent sur leur territoire.

Nous avons appris que les listes d'attente pour ce service ont considérablement augmenté au CIUSSS MCQ depuis l'annonce du programme de gratuité du MSSS en novembre 2021. Or, les listes d'attente ne reflètent peut-être pas la réalité puisque plusieurs couples s'inscrivent simultanément à plusieurs établissements. Dans un souci d'offrir le service dans un délai raisonnable et d'obtenir un portrait plus réaliste de la liste d'attente, il avait été décidé de restreindre les services du CIUSSS MCQ en PMA aux résidents du territoire uniquement. Nous avons aussi été informés que d'autres établissements ont choisi de procéder de la même façon, restreignant l'accès seulement aux couples résidant sur leur territoire.

Rappelons qu'en vertu de la LSSSS (art. 6), toute personne a le droit de choisir le professionnel ou l'établissement duquel elle désire recevoir des services de santé ou des services sociaux. Ainsi, toute demande de services devrait être traitée sur un même pied d'égalité, sans égard au territoire de provenance de la demande ou de l'utilisateur. Une telle décision va à l'encontre du respect des droits des usagers.

Après discussion, la gestionnaire concernée a accepté d'honorer les engagements pris envers les couples touchés par cette décision et les a réintroduits sur la liste d'attente. Afin d'éviter toute ambiguïté et dans le but d'assurer un accès équitable pour toutes les personnes, nous avons recommandé à la direction concernée d'apporter des clarifications aux principes et balises qui doivent guider la priorisation des demandes, d'en informer le personnel concerné ainsi que les usagers. Nous avons également sensibilisé la commissaire-conseil du MSSS afin qu'elle puisse soumettre cette problématique à la direction concernée au Ministère.

Finalement, nous avons informé les personnes plaignantes de leur droit de s'adresser au CISSS de leur région pour souligner l'absence de services de PMA, le cas échéant. En fonction de l'article 101 de la LSSSS, un établissement doit pouvoir référer les usagers auxquels il ne peut dispenser des services et créer, s'il le faut, des partenariats ou corridors de services pour en assurer la continuité.

Jeunes en difficulté

Besoin d'accompagnement

Jusqu'en 2018, une personne-ressource embauchée par le comité des usagers du Centre jeunesse offrait de l'accompagnement aux parents recevant des services en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse, notamment lors de diverses rencontres avec les intervenants en centre jeunesse. Depuis la mise à jour, par le MSSS en 2018, du Cadre de référence relatif aux comités des usagers et de résidents, ce service aux usagers n'existe plus. Le Cadre de référence précise que les membres du comité des usagers peuvent offrir de l'accompagnement, mais uniquement en lien avec le respect des droits et lors d'insatisfactions ou de plaintes.

Actuellement, le comité des usagers des services jeunesse n'est plus actif et cette clientèle trouve difficilement réponse à leurs besoins d'accompagnement. La présidente du comité des usagers du centre intégré (CUCI) souligne que les membres du CUCI se sentent souvent démunis face aux besoins de cette clientèle dont ils reçoivent de plus en plus de demandes. Ces usagers sont donc référés au Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP) pour transmettre leurs insatisfactions et entreprendre une démarche visant à porter plainte.

En 2018, nous avons soumis la recommandation suivante au PDG du CIUSSS :

« Identifier et mettre en œuvre une solution permettant de répondre au besoin d'accompagnement des usagers recevant des services en vertu de la Loi sur la Protection de la jeunesse. »

Cette recommandation n'avait toujours pas pu être actualisée au moment de débiter l'année 2022-2023. En octobre dernier, nous avons été interpellés par le CUCI à ce sujet. Deux rencontres ont eu lieu avec des représentants du CAAP, de la DPJ et du programme enfance-jeunesse-famille afin d'explorer un modèle de fonctionnement déjà implanté dans d'autres régions depuis quelques années. Une agente de liaison du comité des usagers en Centre jeunesse de la région de Lanaudière a présenté son rôle et l'ensemble des activités qu'elle réalise dans sa région, en soutien aux parents recevant des services en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse. Les discussions mènent rapidement et de façon évidente au constat que le besoin d'accompagnement des personnes recevant des services en vertu de la Loi sur la Protection de la jeunesse (LPJ) demeure bien présent. Par défaut, le CAAP indique être devenu une ressource très sollicitée à cet égard. Ainsi, le personnel du CAAP passe beaucoup de temps à donner de l'information aux parents sur le fonctionnement des services jeunesse, à expliquer et à conseiller, allant bien au-delà de leur rôle.

La directrice de la protection de la jeunesse et la directrice enfance-jeunesse-famille s'étaient engagées à explorer la possibilité d'implanter un tel modèle pour le CIUSSS MCQ. De plus, la présidente du CUCI avait souligné être parvenue à recruter quelques personnes en vue de réactiver le comité des usagers des services jeunesse. Au moment de débiter l'année 2023-2024, nous avons été informés que des démarches sont en cours pour le recrutement d'un agent de liaison. L'expérience a démontré qu'un accompagnement peut s'avérer très bénéfique dans plusieurs situations en protection de la jeunesse et favorise habituellement une collaboration respectueuse. Il s'agit donc d'une excellente nouvelle.

Signalement concernant un enfant hébergé

Lorsqu'un signalement concerne un enfant hébergé en ressource non institutionnelle (RNI) ou chez un tiers significatif, les interventions réalisées lors du processus de rétention et de traitement ou de l'évaluation du signalement nécessitent une concertation rapide et efficace de plusieurs services de l'établissement en vue de garantir l'intérêt et la sécurité des enfants hébergés et d'établir les mesures et stratégies à privilégier; ceci nécessite un arrimage continu entre les différents acteurs impliqués afin d'assurer une cohérence dans la prise de décision et de bien définir les rôles et les responsabilités de chacun. Dans le cadre de l'examen d'une situation en particulier, les discussions avec plusieurs gestionnaires ont permis de constater que les mécanismes en place lors d'un signalement pour un enfant hébergé en famille d'accueil comportent actuellement des lacunes en ce qui a trait à leur actualisation et doivent être bonifiées; des travaux sont déjà débutés à cet égard. La commissaire a recommandé de s'assurer de mener à terme les travaux visant à bonifier la procédure de communication lors d'un signalement concernant un enfant hébergé dans une ressource non institutionnelle (RNI) ou chez un tiers significatif (PRO-12-003) et a demandé que les résultats des travaux lui soient présentés, avec des précisions sur les moyens qui seront pris pour en assurer l'application/actualisation dans la pratique.

Accès aux services en DI-TSA

L'examen d'une situation soulevait encore cette année les longs délais d'attente pour des évaluations de dépistage d'un possible trouble du spectre de l'autisme (TSA), notamment pour une évaluation par un psychologue. Ce type d'évaluation est préalable à l'évaluation en pédopsychiatrie pour une confirmation du diagnostic. Pendant l'attente, les familles peuvent vivre une situation difficile à la maison. Toutefois, les programmes manquent de psychologues et les nombreuses démarches de

recrutement ne parviennent pas à attirer la main-d'œuvre requise. Certaines familles se résignent à demander une évaluation dans le secteur privé, mais certains s'adressent aussi à nous pour dénoncer ce manque d'accessibilité aux services et soulignent à juste titre que ce ne sont pas tous les parents qui peuvent payer pour des services privés. Les gestionnaires expliquent que ces délais d'accès résultent en grande partie d'une impressionnante augmentation des demandes. Le soutien interrégional et le recours aux partenaires publics ne permettent pas davantage de combler les besoins de ressources spécialisées. Il existerait donc actuellement un déséquilibre entre les besoins et les services disponibles, plus particulièrement à l'enfance. Le CIUSSS MCQ mise beaucoup sur le programme Agir tôt, mais les retombées de ce programme peuvent prendre un certain temps à donner des résultats.

Dans le cas où les capacités maximales du réseau public ont été utilisées, la commissaire est d'avis que l'établissement pourrait recourir au secteur privé, et ce, sans frais pour l'utilisateur et sa famille, ceci dans le but d'améliorer l'accessibilité et la continuité des services. Une telle disposition s'apparente à ce qui est mis en place dans le secteur des services médicaux spécialisés. Cette avenue ne semble pas avoir été utilisée pour le moment, mais la Direction des programmes DI-TSA-DP indique en tenir compte parmi les solutions en exploration.

Qualité des services en RI et RPA

L'analyse des situations soumises à notre attention en 2022-2023 nous permet de constater la persistance d'enjeux en matière de qualité et de sécurité des soins et des services offerts aux résidents de certains milieux de vie. Plusieurs ressources sont confrontées à la pénurie de main-d'œuvre, ce qui vient affecter la stabilité de leurs équipes et entraîne des impacts sur leur capacité à maintenir la qualité des services. Par ailleurs, le CIUSSS MCQ rencontre des défis à l'égard du suivi et du contrôle de la qualité dans ces milieux de vie. Des travaux sont en cours à cet égard. Au cours de l'année, l'examen des dossiers concernant les services en RI ou RPA a entraîné la formulation de près de 200 mesures d'amélioration de la qualité des services.

Mentionnons finalement qu'à la suite des modifications apportées à la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité, le signalement obligatoire des situations de maltraitance s'applique maintenant, depuis le 6 avril 2022, aux personnes en situation de vulnérabilité qui résident en RPA et en RNI. La Loi et la politique de l'établissement visant à lutter contre la maltraitance demeurent toutefois méconnues de la majorité des exploitants de ces ressources. Un plan de communication est en cours de réalisation par la personne responsable de la mise en œuvre de la politique visant à contrer la maltraitance du CIUSSS MCQ.

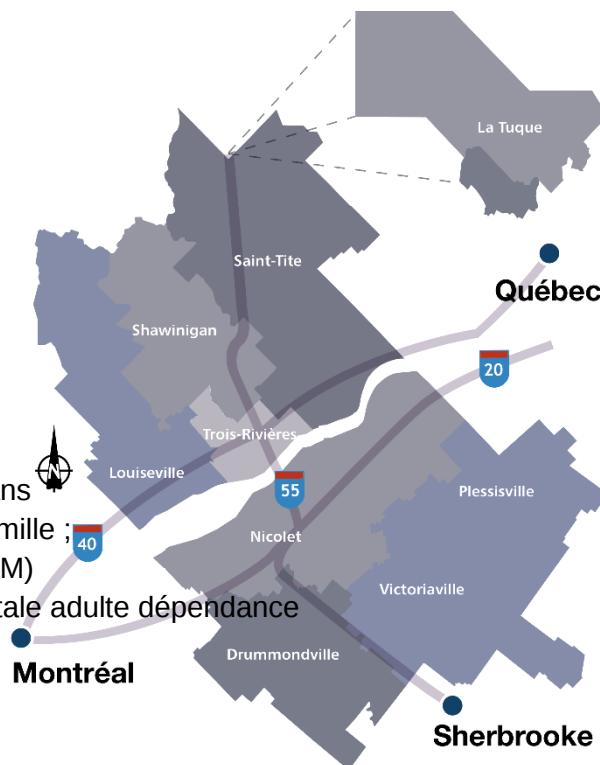
Le portrait de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Le CIUSSS MCQ regroupe 125 installations. Les établissements du réseau public de la région sont répartis sur un territoire dont la superficie est de 47 000 km².

Le mandat

En vertu du régime d'examen des plaintes, la commissaire traite les plaintes et les insatisfactions formulées par différents organismes qui sont assujettis au régime de traitement des plaintes :

- 6 Hôpitaux
- 8 Urgences
- 27 Centres d'hébergement publics
- 2 Centres d'hébergement privés conventionnés
- 29 Centres multiservices
- 38 Centres locaux de services communautaires (CLSC)
- 14 Centres de protection et de réadaptation pour les jeunes et les mères en difficulté d'adaptation
- 24 Points de services de proximité DI-TSA-DP (AEOL, SAT, services externes et autres)
- 3 Unités de réadaptation fonctionnelle intensive DP
- 4 Résidences assistance continue (RAC) réadaptation intensive DI-TSA et hébergement DI-TSA
- 1 Réadaptation comportementale intensive pour 8-14 ans conjoint à la Direction des programmes Jeunesse-Famille ; le Service de réadaptation intensif la Maisonnée (SRIM)
- 1 Unité adulte projet pilote avec la Direction santé mentale adulte dépendance au Centre régional santé mentale (4 places)
- 12 Services de réadaptation en dépendance
- 17 Centres d'activités de jour et
- 4 Centres d'intégration communautaire
- 28 Groupes de médecine de famille (GMF)
 - 1 Groupe de médecine de famille accès (GMFA)
 - 1 Groupe de médecine de famille réseau (GMF-R)
 - 3 Groupes de médecine de famille universitaire (GMF-U)
- 70 Ressources intermédiaires (RI) liées par entente avec l'établissement (1566 places)
- 818 Ressources de type familial (RTF) liées par entente avec l'établissement (2201 places)
- 249 Organismes communautaires reconnus en santé et services sociaux
- 162 Résidences privées pour aînés (RPA)
 - 8 Ressources privées ou communautaires certifiées offrant de l'hébergement en dépendance (RPCCHD)
- 28 Groupes de premiers répondants
- 7 Entreprises ambulancières
- 1 Centre de communication santé de la Mauricie et du Centre-du-Québec
- 1 Maison des naissances
- 1 Service régional Info-Santé et Info-Social 811



Introduction |

Le régime d'examen des plaintes et ses assises légales

Régime d'examen des plaintes

Le régime d'examen des plaintes actuel, en vigueur depuis 2006, présente diverses composantes qui contribuent à assurer la réalisation des objectifs visés, soit d'améliorer la qualité des soins et des services tout en assurant le respect des droits des usagers.

La Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)

Art. 30. Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

Un commissaire local aux plaintes et à la qualité des services doit être nommé par le conseil d'administration de tout établissement. Lorsque le conseil d'administration gère plus d'un établissement, ce commissaire local est affecté au traitement des plaintes des usagers de chaque établissement que le conseil administre.

Autorité responsable

Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services relève du conseil d'administration.

Commissaires locaux adjoints

Après avoir pris l'avis du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, le conseil d'administration peut, s'il estime nécessaire, nommer un ou plusieurs commissaires locaux adjoints aux plaintes et à la qualité des services.

Fonctions, pouvoirs et immunités

Un commissaire local adjoint exerce les fonctions que le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services lui délègue et agit sous son autorité. Dans l'exercice de ses fonctions, le commissaire local adjoint est investi des mêmes pouvoirs et immunités que le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services.

Autorité du commissaire local

Une personne qui est membre du personnel de l'établissement peut agir sous l'autorité du commissaire local ou du commissaire adjoint [1991, c. 42, art. 30; 2001, c. 43, art. 41; 2005, c. 32, art. 9; 2017, c. 21, art. 15].

Art. 33. Responsabilités

Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services est responsable envers le conseil d'administration du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes.

Fonctions

À cette fin, il exerce notamment les fonctions suivantes :

1. Il applique la procédure d'examen des plaintes dans le respect des droits des usagers. Au besoin, il recommande au conseil d'administration toute mesure susceptible d'améliorer le traitement des plaintes pour l'établissement, y compris la révision de la procédure.
2. Il assure la promotion de l'indépendance de son rôle pour l'établissement, diffuse l'information sur les droits et les obligations des usagers, et sur le code d'éthique visé à l'article 233 afin d'en améliorer la connaissance. De plus, il assure la promotion du régime d'examen des plaintes et la publication de la procédure visée à l'article 29.

3. Il prête assistance, ou s'assure que soit prêtée assistance, à l'utilisateur qui le requiert pour la formulation de sa plainte ou pour toute démarche relative à sa plainte, y compris du comité de révision visé à l'article 51. Il l'informe de la possibilité d'être assisté et accompagné par l'organisme communautaire de la région à qui un mandat d'assistance et d'accompagnement a été confié en application des dispositions de l'article 76.6. Enfin, il fournit tout renseignement demandé sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'informe de la protection que la Loi reconnaît à toute personne qui collabore à l'examen d'une plainte en application de l'article 76.2.
4. À la réception d'une plainte d'un usager, il l'examine avec diligence.
5. 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, selon le cas, la plus haute autorité de la ressource, de l'organisme ou de la société, ou encore, la personne détenant la plus haute autorité de qui relèvent les services faisant l'objet de la plainte ou d'une intervention, pour l'étude plus approfondie, le suivi du dossier et la prise de mesures appropriées, s'il y a lieu. Il peut également formuler une recommandation à cet effet dans ses conclusions.
6. Au plus tard dans les 45 jours de la réception de la plainte, il informe l'utilisateur des conclusions motivées auxquelles il en est arrivé, accompagnées, le cas échéant, de ses recommandations au conseil d'administration, de même qu'à la direction ou au responsable des services en cause de l'établissement, ainsi que, s'il y a lieu, à la plus haute autorité de qui relèvent les services faisant l'objet de la plainte et indique les modalités du recours que l'utilisateur peut exercer auprès du Protecteur du citoyen en matière de santé et de services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives (chapitre P-31.1). Il communique, par la même occasion, ces mêmes conclusions motivées au conseil d'administration, de même qu'à la direction ou au responsable des services en cause de l'établissement, ainsi qu'à la plus haute autorité concernée, le cas échéant. Si la plainte est écrite, il transmet ces informations par écrit.
7. Il intervient de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits des usagers ou d'un groupe d'utilisateurs ne sont pas respectés. Il fait alors rapport au conseil d'administration ainsi qu'à toute direction ou à tout responsable concerné d'un service de l'établissement ou, selon le cas, à la plus haute autorité de tout organisme, ressource ou société ou encore à la personne détenant la plus haute autorité de qui relèvent les services concernés et peut leur recommander toute mesure visant la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits.
8. Il donne son avis sur toute question de sa compétence que lui soumet, le cas échéant, le conseil d'administration, tout conseil ou comité créé par lui en application de l'article 181 ou 181.0.1, ainsi que tout autre conseil ou comité de l'établissement, y compris le comité des usagers.
9. Il dresse, au besoin et au moins une fois par année, un bilan de ses activités accompagné, s'il y a lieu, des mesures qu'il recommande pour améliorer la satisfaction des usagers et pour favoriser le respect de leurs droits.
10. Il prépare et présente au conseil d'administration, pour approbation, le rapport visé à l'article 76.10 auquel il intègre le bilan annuel de ses activités ainsi que le rapport du médecin examinateur visé à l'article 50 et celui du comité de révision visé à l'article 57.

Assistance et accompagnement des usagers

Selon la LSSSS², le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP) de la région est mandaté par le MSSS pour assister et pour accompagner les usagers qui souhaitent porter plainte auprès d'un établissement du réseau de la santé et des services sociaux, du Protecteur du citoyen en matière de santé et de services sociaux ou dont la plainte est acheminée au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) d'un établissement.

Le CAAP Mauricie–Centre-du-Québec intervient en amont du dépôt de la plainte, pendant le traitement de la plainte et après qu'elle soit conclue à l'établissement (par la CPQS, le médecin examinateur, le comité de révision ou le CMDP) ou par le Protecteur du citoyen. 181 accompagnements ont été effectués en 2022-2023 comparativement à 146 l'année précédente.

² Articles 76.6 et 76.7

Chapitre 1 |

Le rapport de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services

1.1 La commissaire aux plaintes et à la qualité des services

En plus de traiter les insatisfactions des usagers, en ce qui a trait aux services de santé ou services sociaux qu'ils ont reçu, auraient dû recevoir, reçoivent ou requièrent de la part du CIUSSS MCQ, les commissaires ont également la responsabilité de traiter les insatisfactions de la part de la population dans les secteurs d'activités suivants :

- Les résidences privées pour aînés (RPA);
- Les ressources d'hébergement en dépendance (RHD);
- Les services préhospitaliers d'urgence, incluant le Centre de communication santé de la Mauricie et du Centre-du-Québec (CCSMCQ), les services de premiers répondants et les entreprises de transport ambulancier;
- Les organismes communautaires.

De plus, les commissaires peuvent intervenir, de leur propre initiative, s'ils ont des motifs raisonnables de croire que les droits d'une personne ou d'un groupe de personnes ne sont pas respectés.

Examen d'un dossier

L'examen d'un dossier se fait selon une procédure bien établie.

1. Le commissaire reçoit la plainte et peut aider toute personne à formuler ses insatisfactions.
2. Il recueille la version des faits auprès des personnes ou des instances en cause.
3. Il examine l'ensemble des renseignements pour bien cerner le problème.
4. Il intervient de la manière la plus appropriée et sans délai, lorsqu'il est informé qu'une personne fait l'objet de représailles.
5. Il informe la personne de sa conclusion dans un délai de 45 jours prescrit par la loi. La conclusion peut être accompagnée de recommandations. Ces dernières permettent de résoudre les problèmes identifiés par la personne plaignante ou d'améliorer la qualité des services de façon satisfaisante, et ce, dans le respect des droits des usagers.

Motifs d'insatisfaction

Le terme **motif d'insatisfaction** représente l'objet sur lequel porte l'insatisfaction. Par exemple, l'insatisfaction de l'utilisateur qui formule une plainte peut porter sur le délai d'attente à l'urgence ou sur l'attitude d'une infirmière. Ainsi, le **délai d'attente** et **l'attitude de l'infirmière** sont les motifs d'insatisfaction retenus qui feront l'objet d'une enquête par un commissaire.

Ces motifs d'insatisfaction sont regroupés en huit catégories, soit : **accessibilité, aspect financier, droits particuliers, organisation du milieu et ressources matérielles, relations interpersonnelles, soins et services dispensés, autre** et, depuis octobre 2018, s'est ajouté le motif **maltraitance**.

Dans l'exemple cité, le motif d'insatisfaction portant sur le délai d'attente est classé dans la catégorie **accessibilité** et le motif portant sur l'attitude de l'infirmière est classé dans la catégorie **relations interpersonnelles**.

Dans ce contexte, les données présentées dans ce rapport, correspondant au nombre de motifs, reflètent la fréquence des motifs d'insatisfaction soumis pour examen au cours de la dernière année.

Traitement non complété ou complété

Le traitement d'un dossier peut être interrompu pour les raisons suivantes : abandonné par l'utilisateur, cessé, refusé ou rejeté sur examen sommaire.

Le traitement complété d'un dossier peut donner lieu à des mesures d'amélioration ou des recommandations.

Dossiers conclus ou fermés

Un dossier est conclu lorsque la conclusion a été transmise par le commissaire ou par le médecin examinateur à la personne ayant formulé ses insatisfactions. Un dossier est fermé lorsque la conclusion n'a donné lieu à aucune mesure ou lorsque les recommandations/engagements convenus ont été réalisés.

Deuxième instance

La Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2) (LSSSS) prévoit des dispositions permettant aux usagers de déposer une plainte en deuxième instance. Ces instances sont différentes selon qu'il s'agisse de plaintes traitées par les commissaires ou par les médecins examinateurs.

- **Protecteur du citoyen**

Les usagers en désaccord avec la conclusion du commissaire, à la suite du traitement de leur plainte ou à l'expiration du délai de 45 jours prescrit par la LSSSS, peuvent s'adresser en deuxième instance au Protecteur du citoyen. Dans ce cas, le Protecteur du citoyen reprend l'analyse de l'ensemble des insatisfactions exprimées par l'utilisateur. Dès ce moment, il peut formuler ses propres recommandations. Le Protecteur du citoyen a l'obligation de s'assurer que ses recommandations soient mises en application.

Engagement sur le plan provincial

La CPQS est membre 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 et 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.

Comité de vigilance et de la qualité

Le comité de vigilance et de la qualité (CVQ) relève du CA du CIUSSS MCQ. Son mandat s'inscrit dans une perspective d'amélioration de la qualité des services offerts dans le respect des droits individuels et collectifs. Ainsi, le CVQ s'assure du bon fonctionnement des activités du bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services ainsi que du traitement diligent des plaintes des usagers. À cet égard, l'une des responsabilités du CVQ est d'assurer, auprès du CA, le suivi des recommandations des commissaires, des médecins examinateurs ou celles du Protecteur du citoyen, relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été réalisées.

De plus, le CVQ veille à ce que le CA s'acquitte, de façon efficace, de ses responsabilités en matière de qualité des services, notamment en ce qui concerne la pertinence, la qualité, la sécurité et l'efficacité des services dispensés au sein de l'établissement, le respect des droits des usagers et du traitement de leurs plaintes.

À titre de membre du comité de vigilance et de la qualité, la CPQS assume le suivi de ses recommandations dans le cadre de l'examen des plaintes et des interventions visant à l'amélioration de la qualité des soins et des services.

Séances au conseil d'administration du CIUSSS MCQ

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

Autres fonctions de la commissaire

Les autres fonctions des commissaires portent principalement sur la promotion du régime d'examen des plaintes auprès de différentes personnes et sur la promotion de l'indépendance de leur rôle. De plus, les commissaires participent à des activités de promotion des droits des usagers. Le tableau 2 présente les activités relatives aux autres fonctions de la commissaire.

Tableau 2 – Activités relatives à l'exercice des autres fonctions de la commissaire
Période du 1^{er} avril 2022 au 31 mars 2023

Autres fonctions de la commissaire	Nombre	Pourcentage (%)
Promotion / information		
Droits et obligations des usagers	9	0,88
Loi de lutte contre la maltraitance	29	2,84
Code d'éthique (employés, professionnels, stagiaires)	5	0,49
Régime et procédure d'examen des plaintes	49	4,80
Autres (préciser)	2	0,20
Sous-total	94	9,21 %
Communication au conseil d'administration (en séance)		
Bilan des dossiers des plaintes et des interventions	11	1,08
Attentes du conseil d'administration	8	0,78
Autres (préciser)	5	0,49
Sous-total	24	2,35 %
Participation au comité de vigilance et de la qualité		
Participation au comité de vigilance et de la qualité	6	0,59
Sous-total	6	0,59 %
Collaboration au fonctionnement du régime des plaintes		
Collaboration à l'évolution du régime d'examen des plaintes	318	31,18
Collaboration avec les comités des usagers / résidents	19	1,86
Soutien aux commissaires locaux	304	29,80
Autres	255	25,00
Sous-total	896	87,84 %
Total	1020	100,00 %

* Le pourcentage est relatif au total de la colonne.

* Ce tableau inclut le nombre d'activités à l'exercice des autres fonctions de la commissaire.

1.2 Le bilan des dossiers de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services

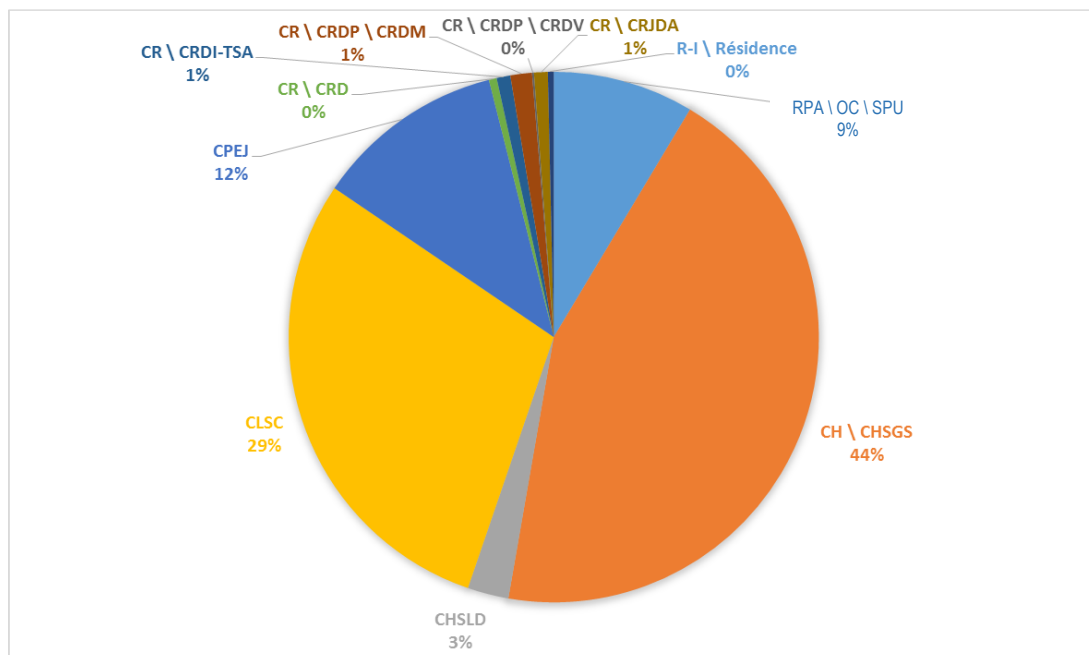
Les prochaines pages présentent les résultats des dossiers de plaintes ou d'interventions conclus par l'équipe du bureau de la commissaire aux plaintes, au cours de l'année 2022-2023, selon la mission ou l'instance visée.

Plaintes

Tableau 3 – Bilan des dossiers de plainte selon l'étape de l'examen (1-A1)

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	%	Nombre	%
2022-2023	113	16	921	11	838	3	196	73	41	41
2021-2022	97	-4	831	9	815	6	113	16	29	-36
2020-2021	101	-25	764	-10	768	-13	94	-4	45	13

Figure 1 – Bilan des dossiers de plainte selon les missions et instances visées (1B-1E)



On constate que 44 % des plaintes déposées visaient des services en centre hospitalier. Viennent ensuite dans l'ordre, les services en CLSC, en centre jeunesse, en résidence privée pour aînés - organismes communautaires - soins préhospitaliers d'urgence (RPA-OC-SPU).

Tableau 4 – Bilan des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu selon le délai d'examen

Délai d'examen	Délai moyen (en jours)	Nombre de dossiers	Taux de respect du délai de 45 jours (%)
Moins de 3 jours	1	42	5,01
De 4 à 15 jours	9	140	16,71
De 16 à 30 jours	23	111	13,25
De 31 à 45 jours	38	113	13,48
Sous-total	20	406	48,45
De 46 à 60 jours	52	96	11,46
De 61 à 90 jours	73	176	21,00
De 91 à 180 jours	119	121	14,44
181 jours et plus	273	39	4,65
Sous-total	99	432	51,55
Total	61	838	100,00 %

Le délai prescrit par la loi pour l'examen des plaintes est de 45 jours. Il n'y a pas de délai prescrit concernant les dossiers d'intervention. On constate que 48,45 % des plaintes ont été conclues dans un délai de 45 jours ou moins. Le délai moyen pour le traitement des plaintes est passé de 55 jours en 2021-2022 à 61 jours en 2022-2023. Plusieurs absences non prévues au sein de l'équipe du bureau de la commissaire ont eu un impact sur les délais de conclusion.

Tableau 5 – Bilan des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu selon l'auteur

Auteur	Nombre	Pourcentage (%)
Représentant	265	30,25
Usager	611	69,75
Total	876	100,00 %

* Le nombre d'auteurs peut être supérieur au nombre de dossiers puisqu'il peut y avoir plus d'un auteur (usager, représentant ou tiers) par dossier.

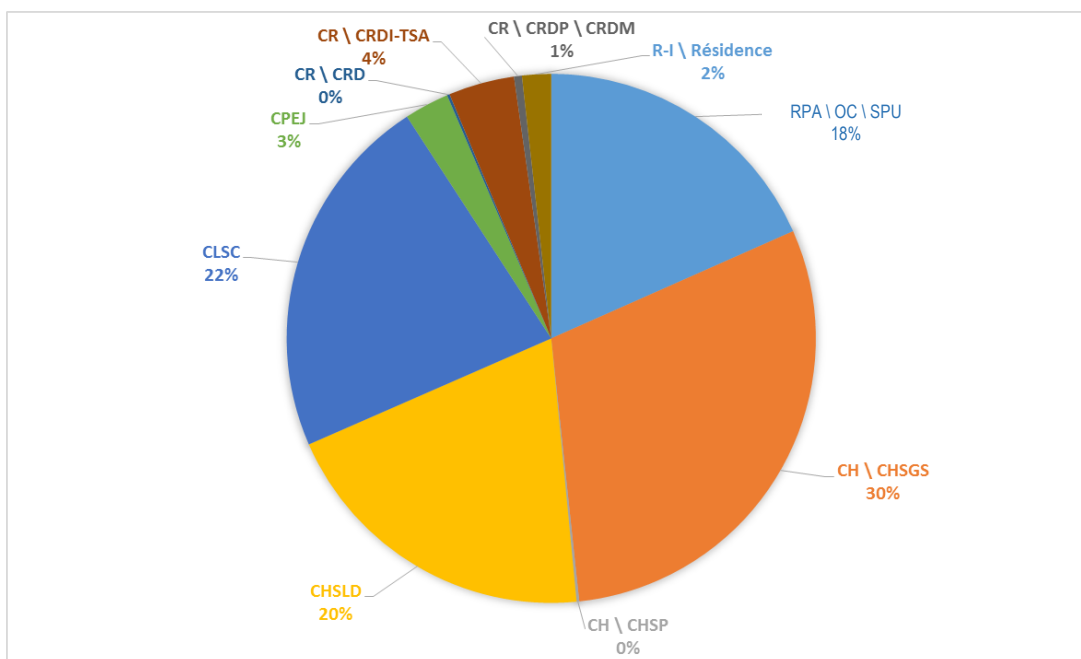
Près de 70 % des plaintes sont formulées par l'usager lui-même, alors qu'un peu plus de 30 % sont formulées par un représentant.

Interventions

Tableau 6 – Bilan des dossiers d'intervention selon l'étape de l'examen (2-A1)

Exercice	En cours d'examen au début de l'exercice		Amorcés durant l'exercice		Conclus durant l'exercice		En cours d'examen à la fin de l'exercice	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
2022-2023	192	-9	705	6	621	-9	276	44
2021-2022	210	37	663	-6	681	5	192	-9
2020-2021	153	-4	707	44	650	31	210	37

Figure 2 – Bilan des dossiers d'intervention selon les missions et instances visées

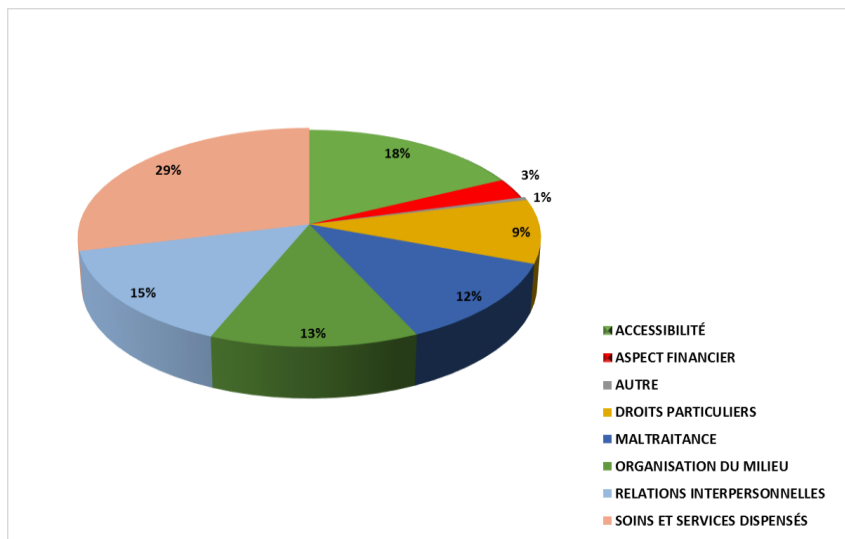


Comme pour les plaintes, ce sont les services en centre hospitalier qui étaient concernés par la majorité des dossiers d'intervention amorcés en cours d'année. Les autres missions principalement visées parmi les dossiers d'intervention sont les CLSC, les CHSLD, les résidences privées pour aînés - organismes communautaires - soins préhospitaliers d'urgence (RPA-OC-SPU), les services en réadaptation et les services en centre jeunesse. Rappelons que les personnes hébergées craignent souvent de subir des représailles si elles formulent une plainte ou encore, elles ne sont pas en mesure de faire valoir leurs droits. La plupart du temps, ce sont des proches ou des tiers qui s'adressent au bureau de la commissaire.

1.3 Les motifs de plainte et d'intervention au CIUSSS MCQ

Les motifs³ des 838 dossiers de plainte et 621 dossiers d'intervention ayant été conclus au cours de la dernière année sont par ordre d'importance : les soins et les services dispensés 29 %, l'accessibilité aux soins et aux services 18 %, les relations interpersonnelles 15 %, l'organisation du milieu 13 %, la maltraitance 12 %, les droits particuliers 9 %, l'aspect financier 3 % et autre 1 %.

Figure 3 – Pourcentages des motifs de plainte et d'intervention



En ce qui concerne les **soins et services**, les objets de plainte ont porté plus particulièrement sur les décisions cliniques, les interventions/traitements effectués, l'approche ou les compétences techniques et professionnelles, de même que sur des problématiques de continuité des services.

Les insatisfactions exprimées concernant les **relations interpersonnelles** étaient reliées aux habiletés de communication et à l'attitude et notamment, les personnes plaignantes déploraient avoir ressenti un manque de respect et d'empathie, ou encore on reprochait des commentaires inappropriés. On remarque une diminution de la fréquence de ce motif comparativement à l'année dernière.

Pour une deuxième année consécutive, le nombre d'insatisfactions qui nous ont été transmises relativement à **l'accessibilité aux services** est en hausse. Les délais d'accès aux services et les difficultés d'accès aux services sont particulièrement rapportés, notamment encore cette année les difficultés d'accès à un médecin de famille et les difficultés en lien avec les processus pour l'accès aux services, l'accès téléphonique ou sur le Web.

Des plaintes en lien avec le confort et les commodités, les règles et procédures, les mesures de sécurité et de protection, l'hygiène et la salubrité composent les principales sources d'insatisfaction relatives à **l'organisation du milieu et les ressources matérielles**.

En ce qui concerne les **droits particuliers**, c'est encore une fois le droit à l'information qui revient le plus souvent, suivi du droit d'accès au dossier, à la confidentialité des informations contenues au dossier

³ Voir les définitions des motifs de plainte et d'insatisfaction à l'Annexe 3
Rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes
et de l'amélioration continue de la qualité des services 2022-2023

médical, le droit à des soins et services sécuritaires, le droit de consentir à ses soins et services, et le droit de choisir son établissement (particulièrement en hébergement). Cette catégorie de motifs a diminué depuis les deux dernières années. On remarque, entre autres, une diminution des insatisfactions relatives au droit à l'assistance et à l'accompagnement.

Tableau 7 – Comparatif des principaux motifs d'insatisfaction (tableau par catégories d'objet)

Catégories d'objet	2022-2023				2021-2022			
	Plaintes	Interventions	Total	%	Plaintes	Interventions	Total	%
Soins et services	305	223	528	27,8	302	218	520	26,7
Accessibilité	265	88	353	18,6	215	99	314	16,1
Relations interpersonnelles	186	109	295	15,5	227	130	357	18,3
Organisation du milieu et ressources matérielles	129	134	263	13,8	145	155	300	15,4
Droits particuliers	91	89	180	9,5	91	115	206	10,6
Aspect financier	43	20	63	3,3	28	22	50	2,5
Maltraitance	19	190	209	11	13	148	161	8,3
Autres	8	2	10	0,5	15	26	41	2,1
Total	1046	855	1901	100 %	1036	913	1949	100 %

À l'Annexe 1, on retrouve des exemples de mesures d'amélioration réalisées à la suite de l'examen de dossiers de plainte ou d'intervention.

1.4 Bilan des dossiers traités en maltraitance

La Loi 6.3 a pour objet de lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité en édictant des mesures qui visent notamment à faciliter la dénonciation des cas de maltraitance et à favoriser la mise en œuvre d'un processus d'intervention concerté.

Cette loi confie aux commissaires aux plaintes et à la qualité des services la responsabilité de traiter les plaintes et les signalements reçus dans le cadre de la politique de lutte contre la maltraitance envers les personnes en situation de vulnérabilité. 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 signalements de bonne foi.

L'année dernière, nous avons constaté que le signalement obligatoire à la commissaire n'était pas effectué avec constance, notamment lorsque la situation concerne un résident en CHSLD. En 2022-2023, nous observons la persistance d'une certaine méconnaissance des modalités du signalement obligatoire en général. Aussi, nous avons remarqué l'année dernière que la notion de maltraitance organisationnelle demeurerait méconnue de la part des gestionnaires et des divers intervenants, entraînant une difficulté à la repérer pour la faire cesser. Par ailleurs, nous avons souligné la présence de facteurs de risques appelant à une grande vigilance telle que le manque de personnel, notamment dans tous les milieux d'hébergement, le manque d'expérience et de formation, la lourdeur des tâches de travail et la fatigue postpandémique. Des recommandations avaient donc été émises à l'intention de la personne responsable de la mise en œuvre de la politique de lutte contre la maltraitance (PRMOP) du CIUSSS MCQ. Voici un rappel de ces recommandations et les suivis qui nous ont été transmis :

- 1- Prendre des mesures afin que les gestionnaires et les membres du personnel du CIUSSS MCQ connaissent et respectent les modalités du signalement obligatoire prévu à la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité (Loi 6.3, art. 21), ainsi qu'à la politique et à la procédure organisationnelle.

Suivi :

- Une tournée des RPA a été effectuée par le PRMOP à l'automne 2022;
- Déploiement d'un coffre à outils dans les CHSLD depuis janvier 2023 pour sensibiliser le personnel et les gestionnaires (un outil par mois, dont une capsule vidéo sur le signalement obligatoire);
- Rencontre de quelques équipes - comité tactique, groupe de répondants;
- Rencontre du comité de gestion.

- 2- Clarifier, particulièrement pour l'ensemble des gestionnaires en CHSLD, l'application des lignes directrices (section 6.2) sur la déclaration des accidents-incidents en ce qui a trait au signalement obligatoire à la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services lors d'agression d'un usager envers un autre ou d'un prestataire de services envers un usager.

Suivi :

À la suite du constat par les membres de la table ministérielle des commissaires aux plaintes et à la qualité des services que cette problématique est présente dans tous les établissements de la province, la direction concernée au MSSS s'est engagée à clarifier cet aspect des lignes directrices sur la déclaration des accidents-incidents, au bénéfice de tous. Nous demeurons en attente d'un suivi à cet égard.

- 3- Déterminer et mettre en œuvre des actions visant à accroître la sensibilisation, les connaissances et le niveau de vigilance des membres du personnel à l'égard de la maltraitance, notamment sur la maltraitance organisationnelle.

Suivi :

- *Formations et codéveloppement avec les répondants en maltraitance;*
- *Distribution d'outils promotionnels/rubans mauves pour le 15 juin dans un but de sensibilisation;*
- *Sensibilisation aux directions pour augmenter le taux de participation aux formations ENA.*

Déterminer et mettre en œuvre des actions visant à intensifier les activités de promotion d'une culture de bientraitance, comme prévu à la politique PO-20-005.

Suivi :

- *Lors de présentations auprès des équipes, le thème de la bientraitance est abordé afin d'établir une définition et une compréhension commune;*
- *Un outil de la boîte à outils sera consacré à la bientraitance;*
- *Sortie récente du Cadre de référence du MSSS sur la bientraitance, promotion du cadre à venir;*
- *Appel à projets sur la bientraitance pour les CHSLD présentement en cours.*

Le Tableau 6 fait état des dossiers traités par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services au cours du présent exercice.

Tableau 8 – Plaintes et interventions concernant des situations de maltraitance (Loi 6.3)

Année	Nombre de dossiers	Avec mesures	Sans mesure	Nombre de mesures émises
Plaintes				
2022-2023	16	8	8	21
2021-2022	11	6	5	9
Interventions				
2022-2023	168	100	68	160
2020-2021	132	90	43	158

On remarque une augmentation de 29 % des dossiers conclus concernant une situation de maltraitance, soit un total de 184 dossiers comparativement à 143 l'année dernière. Sur les 184 dossiers, 108 dossiers ont été conclus avec mesures, soit environ 59 % des dossiers.

Tableau 9 – Mesures individuelles ou systémiques

Mesure/Motif maltraitance	Total dossiers plaintes et interventions conclus
À portée individuelle	70
À portée systémique	111
Total	181

Tableau 10 – Type de maltraitance – Auteur de la maltraitance

Type de maltraitance (origine-provenance-auteur)	Plaintes		Interventions		Total	%
	N ^{bre} de motifs	%	N ^{bre} de motifs	%		
Par un dispensateur de services	9	10	80	89	89	48,4
Par un proche ou un tiers	3	4,5	64	95,5	67	36
Par un usager	4	13	26	87	30	16
Total	16	8,6	170	91,4	186	100

Dans la majorité des situations traitées, la maltraitance provenait d'un dispensateur de services. Dans 36 % des situations, la maltraitance provenait d'une personne proche, et elle provenait d'un autre usager dans 16 % des situations. En ce qui a trait à l'instance visée, la majeure partie des signalements ou plaintes en maltraitance concernaient des milieux d'hébergement dans une proportion d'environ 40 % en CHSLD, 23 % en RPA et 20 % en RNI.

Tableau 11 – Formes de maltraitance

Type de maltraitance (sous-motif)	Plaintes		Interventions		Total	%
	N ^{bre} de motifs	%	N ^{bre} de motifs	%		
Discrimination et âgisme	0	0	0	0	0	0
Maltraitance matérielle ou financière	2	12	36	21	38	20
Maltraitance organisationnelle (soins et services)	5	29	33	19	38	20
Maltraitance physique	7	41	53	30	60	31
Maltraitance psychologique	2	12	27	15	29	15
Maltraitance sexuelle	1	6	25	14	26	14
Violation des droits	0	0	1	0,6	1	0,5
Total	17	9	175	91	192	100

La forme de maltraitance la plus fréquente était la maltraitance physique, suivie de la maltraitance organisationnelle, financière, psychologique et sexuelle.

Tableau 12– Niveau de traitement des motifs de maltraitance

	Traitement non complété					Traitement complété			Total
	Abandonné	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	Sous-total	Avec mesure	Sans mesure	Sous-total	Total
Plaintes	0	0	0	1	1	10	8	18	19
Interventions	3	3	0	2	8	119	63	182	190
Total	3	3	0	3	9	129	71	200	209

Exemples de recommandations ou mesures en lien avec des situations de maltraitance

- Comptes bancaires bloqués, remboursement des montants prélevés sans autorisation, démarches pour ouverture d'un régime de protection;
- Revoir avec l'employé les attentes de la direction concernant le respect des résidents et l'approche de bienveillance – Suivi : employé rencontré, retour sur la définition de maltraitance, sur les comportements attendus à l'égard des usagers et moyens personnels de prévenir l'impatience envers la clientèle. Engagement de l'employé à respecter les attentes;
- Mettre à niveau les connaissances de l'employée visée sur les approches d'intervention auprès de la clientèle et cesser le recours aux approches punitives et de contrôle auprès de la clientèle (ex. : formation et coaching). Accompagnement et soutien à la ressource dans la réalisation des recommandations et évaluation de la progression par les responsables de la qualité des services en RNI au CIUSSS MCQ;
- Transmission d'un avis formel à l'employée précisant l'impact de son geste (atteinte à la dignité) et les attentes à son égard; Rappel des conduites attendues à l'égard des résidents; Sensibilisation de l'employée au sujet des différentes formes de maltraitance; s'assurer qu'il soit outillé afin d'agir selon les principes de bientraitance dans son travail au quotidien;
- Révision du processus de sélection de la clientèle à l'unité de soins d'assistance en lien avec les limites d'accueil de la résidence;
- Changement de milieux de vie, ouverture d'un régime de protection, accompagnement par TES et TS;
- Déclenchement d'un processus d'intervention concerté (PIC), accusations criminelles déposées contre la personne maltraitante;
- Mesures disciplinaires imposées à l'employé visé et participation de celui-ci à la formation « Approche en milieu de vie »;
- Un rapport d'état quotidien a été mis en place entre les chefs d'unité à l'hébergement et la gestionnaire responsable de sites afin d'assurer le respect des activités essentielles;
- Intervention auprès des 2 filles d'une résidente en CHSLD, approche de sensibilisation et pistes de solutions pour les aider à améliorer la qualité de leurs interactions avec leur mère, surveillance accrue lors des visites à la résidente;
- Rappeler au personnel et aux gestionnaires de votre direction que toute situation de maltraitance doit être signalée à la commissaire aux plaintes et à la qualité de services, comme prévu à la Loi 6.3 et à la politique PO-20-005 du CIUSSS MCQ;
- Obtenir le soutien des services spécialisés DI-TSA afin d'assurer la gestion des comportements perturbateurs de la résidente concernée et la sécurité des autres résidents et du personnel;
- Rappel effectué auprès de l'exploitant d'une RPA en ce qui a trait à la qualité des services attendue et aux ordonnances toujours en vigueur, demande de produire un plan d'action à la suite de l'inspection de la RPA;
- Déclenchement d'un PIC et démarches pour homologation du mandat de protection;
- Mettre en œuvre des moyens visant à faire connaître la politique de lutte contre la maltraitance du CIUSSS MCQ aux résidents, aux membres significatifs de la famille et aux personnes œuvrant dans votre résidence.

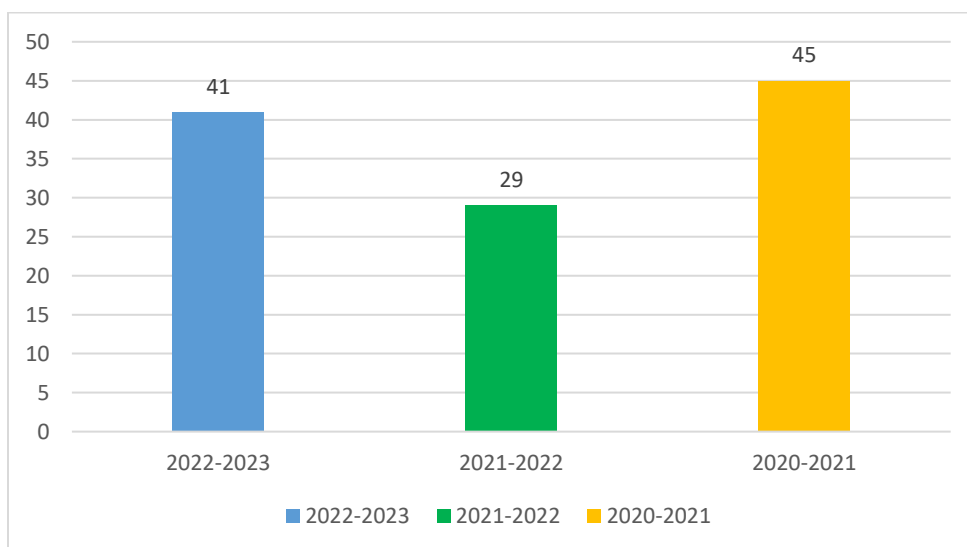
1.5 Protecteur du citoyen

En matière de santé et de services sociaux, le Protecteur du citoyen (PDC) agit généralement en deuxième recours après que la situation ait été examinée par un commissaire ou un commissaire adjoint aux plaintes et à la qualité des services.

En 2022-2023, nous avons reçu 41 demandes du bureau du Protecteur du citoyen (comparativement à 29 en 2021-2022). En incluant les dossiers transmis antérieurement, le Protecteur du citoyen a traité 44 dossiers en 2022-2023. Pour 37 de ces dossiers, le Protecteur du citoyen confirme les conclusions du bureau de la commissaire. Pour 7 dossiers, le Protecteur a émis 23 recommandations. On remarque que ces dossiers sont issus des missions CH, CLSC et CJ.

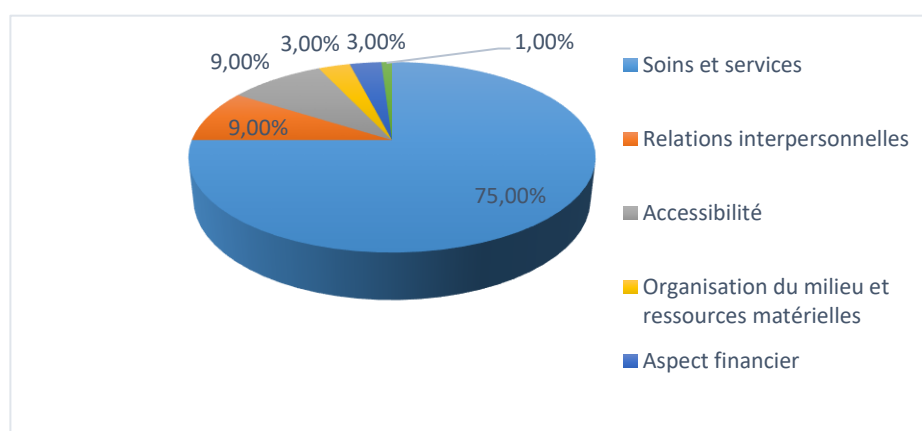
Le bureau de la commissaire aux plaintes est en attente de 34 dossiers qui sont toujours à l'étude au bureau du Protecteur du citoyen.

Figure 4 – Nombre total de dossiers transmis au Protecteur du citoyen depuis 3 ans



Comme démontré dans la Figure 5, les soins et les services ainsi que les droits particuliers constituent les principaux motifs de plaintes ayant fait l'objet d'un deuxième recours au Protecteur du citoyen.

Figure 5 : Motifs des plaintes transmises au Protecteur du citoyen



Chapitre 2 |

Le rapport d'activités des médecins examinateurs

2.1 Les médecins examinateurs

Statut

Les médecins examinateurs (ME) sont responsables, envers le conseil d'administration, de l'application de la procédure d'examen des plaintes qui concernent un médecin, un dentiste ou un pharmacien, de même qu'un médecin résident. Ils examinent toute plainte formulée par un usager ou par toute autre personne, concernant un professionnel qui exerce sa profession dans un centre exploité par le CIUSSS MCQ. Le conseil d'administration doit prendre les mesures pour préserver, en tout temps, l'indépendance des ME dans l'exercice de leurs fonctions et éviter toute situation de conflit d'intérêts.

Fonctions

Selon la nature des faits et leurs conséquences sur la qualité des soins ou des services médicaux, dentaires ou pharmaceutiques offerts aux usagers, le ME doit, sur réception de la plainte, décider de son orientation parmi les possibilités suivantes :

- Examiner la plainte;
- Lorsque la plainte soulève des questions d'ordre disciplinaire, le ME doit l'acheminer vers le comité exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CECMDP) afin que la plainte soit examinée par un comité constitué à cette fin;
- Rejeter toute plainte qu'il juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi;
- Processus de traitement des dossiers.

Ce chapitre présente la répartition des dossiers de plainte conclus par les médecins examinateurs pour l'exercice 2022-2023.

2.2 Mot des médecins examinateurs

Les principaux enjeux soulevés l'année dernière par le groupe de médecins examinateurs demeurent d'actualité et peuvent avoir un impact sur la fluidité du traitement des plaintes :

- La difficulté à trouver des médecins experts possédant des connaissances spécifiques pour le traitement de certaines plaintes. Cela pourrait ultimement influencer l'orientation prise par le médecin examinateur dans le traitement des plaintes et prolonger leur délai de traitement;
- Les délais importants de traitement des plaintes référées en comité de discipline et en comité de révision;
- Le suivi des recommandations faites par les médecins examinateurs que ce soit sur le plan individuel ou systémique. En effet, des relances doivent souvent être faites afin de savoir si les recommandations ont été appliquées ainsi que l'impact éventuel de ces dernières.

Enfin, nous devons souligner la collaboration entre les médecins examinateurs, la commissaire et les professionnels du bureau ainsi que les partenaires internes et externes qui 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 CIUSSS MCQ.

2.3 Le bilan des activités des médecins examinateurs

Au cours de cette année, les situations portées à l'attention des médecins examinateurs ont permis l'analyse et la conclusion de 133 dossiers de plaintes médicales.

Tableau 13 – Bilan des dossiers de plainte médicale 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	%	Nombre	%
2022-2023	12	20	136	14	133	14	15	25	10	25
2021-2022	10	-69	119	34	117	5	12	20	8	60
2020-2021	32	23	89	-41	111	-23	10	-69	5	67

On observe une augmentation (14 %) du nombre de plaintes médicales reçues. Aussi, on remarque une augmentation du nombre de dossiers conclus par rapport à l'année précédente.

Tableau 14 – Bilan des dossiers de plainte médicale selon l'étape de l'examen et l'instance visée

Instance visée	En cours de traitement au début de l'exercice	Reçus durant l'exercice		Conclus durant l'exercice		En cours de traitement à la fin de l'exercice
	Nombre	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
CH	9	118	86,77	113	84,96	14
CLSC	3	8	5,88	10	7,52	1
CHSLD	0	2	1,47	2	1,50	0
CR	0	0	0,00	0	0,00	0
AUTRE	0	8	5,88	8	6,02	0
Total	12	136	100,00 %	133	100,00 %	15

La grande majorité des plaintes médicales concernent des médecins offrant des services en centre hospitalier.

Tableau 15 – Bilan des dossiers de plainte médicale dont l'examen a été conclu selon le délai d'examen

Délai d'examen	Délai moyen (en jours)	Nombre de dossiers	Taux de respect du délai de 45 jours (%)
Moins de 3 jours	1	7	5,26
De 4 à 15 jours	10	22	16,54
De 16 à 30 jours	21	27	20,30
De 31 à 45 jours	36	22	16,54
Sous-total	20	78	58,64
De 46 à 60 jours	52	20	15,04
De 61 à 90 jours	72	19	14,29
De 91 à 180 jours	111	12	9,02
181 jours et plus	264	4	3,01
Sous-total	87	55	41,36
Total	48	133	100,00 %

On constate une légère diminution du taux de respect du délai de 45 jours qui est passé de 66,67 % en 2021-2022 à 58,64 % en 2022-2023. Les plaintes médicales ont été conclues dans un délai moyen de 48 jours, comparativement à 40 jours l'année dernière. Les délais de conclusion peuvent être influencés par la disponibilité parfois réduite des médecins examinateurs, la complexité de certaines situations et, parfois, la non-disponibilité en temps opportun des informations pertinentes pour l'analyse du dossier (les médecins visés par la plainte, entre autres, n'étant souvent pas rapidement disponibles pour partager leurs observations). Les médecins examinateurs soulignent que la difficulté à accéder à un médecin expert demeure un facteur qui peut contribuer à prolonger le délai de traitement des plaintes. Peu de solutions sont actuellement disponibles dans ce type de situation.

Tableau 16 – Bilan des dossiers de plainte médicale dont l'examen a été conclu selon l'auteur

Auteur	Nombre	Pourcentage
Représentant	48	34,04
Tiers	5	3,55
Usager	88	62,41
Total	141	100,00 %

Ce tableau nous indique que dans 62,41 % des cas, c'est l'utilisateur lui-même qui a porté plainte. Pour les autres dossiers, l'utilisateur a été représenté par un proche ou par un tiers.

2.4 Les motifs de plainte médicale au CIUSSS MCQ

Les médecins examinateurs ont analysé et conclu 133 dossiers, comportant 216 motifs de plainte, lesquels ont donné lieu à la formulation de 60 mesures d'amélioration. Ces mesures visaient majoritairement des améliorations à portée systémique (76,67 %) permettant de régler des mesures d'amélioration, c'est-à-dire qu'elles ciblent l'amélioration des soins et des services dans son ensemble au bénéfice de tous les usagers. Les recommandations à portée individuelle représentent 23,33 %, permettant de régler une problématique propre au plaignant.

Trente-cinq motifs de plainte n'ont pas été complétés. Cela s'explique par des plaintes ayant été rejetées par les médecins examinateurs ou par le désistement des plaignants.

Tableau 17 – Bilan des dossiers de plainte médicale dont l'examen a été conclu selon le motif

Catégorie de motifs	Nombre de motifs	Traitement non complété	Avec mesures	Sans mesure	%
Soins et services dispensés	121	18	21	82	56,02
Relations interpersonnelles	68	14	25	29	31,48
Droits particuliers	21	3	10	8	9,72
Accessibilité	6	0	4	2	2,78
Organisation du milieu et ressources matérielles	0	0	0	0	0,00
Aspect financier	0	0	0	0	0,00
Autre	0	0	0	0	0,00
Maltraitance	0	0	0	0	0,00
Total	216	35	60	121	100,00 %

2.5 Les mesures d'amélioration de la qualité des soins et des services ainsi que du respect des droits des usagers

L'étude des plaintes concernant les soins dispensés a mis en lumière l'importance de la collaboration interprofessionnelle afin que les besoins des patients soient adéquatement évalués et que des mesures adéquates soient prises pour y répondre, tout particulièrement dans des situations tel un retour à domicile ou un congé de l'urgence.

L'importance d'évaluer l'aptitude du patient à consentir et de prodiguer suffisamment d'informations pour que l'utilisateur puisse offrir un consentement éclairé fut régulièrement rappelée aux médecins. La parution de capsules informatives sur le consentement, destinées aux médecins et à d'autres professionnels, est d'ailleurs prévue pour 2023 via les publications du CIUSSS MCQ.

Les recommandations soumises par les médecins examinateurs visent l'amélioration de la pratique médicale et surtout d'éviter la répétition de certaines erreurs ou comportements délétères. Elles peuvent avoir une portée systémique, intéressant un groupe de médecins, pharmaciens ou résidents pratiquant une activité commune, ou encore, individuelle, ne s'adressant alors qu'à la pratique spécifique d'un

praticien. Les trois principales catégories de motifs de plainte sont évidemment bien représentées en nombre de recommandations.

Soins et services dispensés

Ce motif est vaste et englobe un nombre varié de sujets de plaintes allant de problématiques de décision clinique, de continuité de soins, de notions de compétence technique et professionnelle. Nous avons travaillé en étroite collaboration avec la CPQS afin d'améliorer la qualité des soins dans plusieurs services. Nous souhaitons ainsi simplifier et faciliter la trajectoire de soins des patients en nous basant sur le vécu de ces derniers. Nous tenons à souligner encore une fois la collaboration des patients, dont plusieurs se sont montrés disponibles afin de contribuer à cette démarche d'amélioration de la qualité des soins.

Relations interpersonnelles

Ce motif de plainte, encore très courant, fait intervenir plusieurs aspects plutôt subjectifs et parfois difficilement vérifiables. À cet égard, le rôle du médecin examinateur en est un de sensibilisation des praticiens en les invitant à revoir certains articles de leur code de déontologie portant justement sur la relation médecin-malade et, de façon plus spécifique, sur les notions de communication, d'attitude et de respect. L'autre partie de ce rôle est également de sensibiliser et d'expliquer aux plaignants le contexte de pratique, les contraintes de leur praticien, et de leur suggérer, si possible, des réflexions propres à réconcilier, sinon à concilier les éléments des situations vécues.

Droits particuliers

Malgré les interventions faites à ce sujet, nous constatons que la notion de consentement éclairé et de refus catégorique constitue une problématique récurrente.

En annexe 1 on retrouve le Tableau 15 qui présente le libellé de quelques recommandations formulées par les médecins examinateurs dans le but d'apporter des améliorations de la qualité des soins et des services.

Tableau 18 – Dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires

	2022-2023	2021-2022
Nombre de dossiers transmis	2	5

Lorsque la plainte soulève des questions d'ordre disciplinaire, le médecin examinateur doit l'acheminer vers le comité exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CECMDP) afin que la plainte soit examinée par un comité constitué à cette fin. Le comité de discipline est toujours un comité ad hoc, formé selon la situation à examiner. Le comité est formé de trois membres qui sont nommés par le CECMDP. Ce comité procède à l'analyse et fait rapport au CECMDP qui lui, fait ensuite ses recommandations au conseil d'administration.

Chapitre 3 |

Le rapport du comité de révision

3.1 Le comité de révision

À la suite d'une plainte médicale, l'article 52 de la LSSSS prévoit qu'une personne plaignante peut s'adresser au comité de révision du CIUSSS MCQ pour réviser le traitement accordé à sa plainte par le ME ou à l'expiration du délai de 45 jours prescrit par la Loi. Ce comité dispose de 60 jours pour donner son avis.

Le comité de révision est composé de trois membres, soit deux médecins de l'établissement et un administrateur du conseil d'administration du CIUSSS MCQ, lequel agit à titre de président du comité. Ce comité a pour fonction de réviser le traitement accordé à l'examen d'une plainte de l'utilisateur par le médecin examinateur. À cet effet, il doit prendre connaissance de l'ensemble du dossier de plainte de l'utilisateur, s'assurer que l'examen de la plainte a été effectué de façon appropriée, diligemment et avec équité, et que les motifs des conclusions du médecin examinateur, le cas échéant, se fondent sur le respect des droits et des normes professionnelles.

Au terme de sa révision, le comité doit communiquer, par écrit, un avis motivé à l'utilisateur, au professionnel concerné, au médecin examinateur ainsi qu'à la commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Le comité de révision peut être appelé à conclure l'une des options suivantes :

- Confirmer les conclusions du médecin examinateur;
- Requérir de ce dernier qu'il effectue un complément d'examen;
- Recommander au médecin ou aux parties toute mesure de nature à les réconcilier;
- Lorsque requis, une copie de la plainte est acheminée au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du CIUSSS MCQ (ci-après, CMDP) pour son étude à des fins disciplinaires par un comité constitué à cette fin.

La décision du comité de révision est finale et ne peut être révisée.

Enfin, la Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit que le comité de révision transmette au conseil d'administration, au CMDP et à la commissaire aux plaintes et à la qualité des services, au moins une fois par année, un rapport décrivant les motifs des plaintes ayant fait l'objet d'une demande de révision de ses conclusions.

3.2 Bilan des activités du comité de révision

Tableau 19 – Bilan des dossiers de plainte selon l'étape de l'examen

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
9	10	16	3

Tableau 20 – Évolution du bilan 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	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
2022-2023	9	125	10	25	16	433	3	(67)
2021-2022	4	300	8	60	3	50	9	125
2020-2021	1	(80)	5	67	2	(71)	4	300

En 2022-2023, des médecins se sont ajoutés en tant que membres du comité de révision, ce qui a permis au comité de régler plusieurs dossiers qui étaient en attente et de diminuer considérablement le nombre de dossiers en attente de conclusion à la fin de l'année.

Tableau 21 – Bilan des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu selon le motif

Catégorie de motifs	Nombre de motifs	Traitement non complété	Avec mesures	Sans mesure	%
Soins et services dispensés	20	4	0	16	100,00
Relations interpersonnelles	9	0	1	8	0,00
Droits particuliers	4	0	0	4	0,00
Accessibilité	2	0	0	2	0,00
Organisation du milieu et ressources matérielles	0	0	0	0	0,00
Aspect financier	0	0	0	0	0,00
Autre	0	0	0	0	0,00
Total	35	4	1	30	100,00 %

Pour les 35 motifs de plaintes traitées en deuxième instance, le comité de révision a formulé une mesure d'amélioration. Le délai moyen de traitement des dossiers par le comité de révision a été de 245 jours.

Chapitre 4 |

Rapport pour les CHSLD privés conventionnés

Mise en contexte

Le 1^{er} juin 2021 entrant en vigueur la Loi visant à renforcer le régime d'examen des plaintes du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), notamment pour les usagers qui reçoivent des services des établissements privés. À partir de cette date, les plaintes et les signalements émanant des usagers de ces établissements sont désormais traités par les commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services (CLPQS) des centres intégrés et centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CISSS et CIUSSS) du territoire où sont situés ces établissements. Les CLPQS sont également responsables de la réception et du traitement des signalements de maltraitance provenant des usagers des établissements privés et de leurs proches. Pour la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, on retrouve deux établissements privés conventionnés, soit le CHSLD Vigi Les Chutes à Shawinigan et le CHSLD Foyer Sts-Anges de Ham-Nord.

Cette section présente le bilan de l'application de la procédure d'examen des plaintes pour chacun de ces deux établissements.

Foyer Sts-Anges de Ham-Nord

Le 2 juin 2021, la commissaire a effectué une visite au Foyer Sts-Anges afin de rencontrer le propriétaire, la directrice des soins et la représentante du comité des usagers. Après une visite des lieux, cette rencontre fut l'occasion de présenter le fonctionnement du régime d'examen des plaintes et de clarifier les mécanismes de communication entre les responsables de cet établissement et la commissaire. Par la suite, nous avons eu 3 rencontres du comité de vigilance et de la qualité, soit le 7 juillet 2021, le 14 septembre 2021 et le 9 décembre 2021. Aussi, la commissaire a été consultée dans le cadre de la visite du Conseil canadien d'agrément des services de santé et elle a assisté à la rencontre bilan de cette visite.

À noter que les informations à jour concernant le régime d'examen des plaintes et la façon d'y recourir ont été mises à jour sur le site Web de l'établissement Foyer Sts-Anges.

Les plaintes

La commissaire n'a traité aucun dossier de plainte en 2022-2023.

Tableau 22 – Bilan des dossiers de plainte, niveau et délai de traitement Foyer Sts-Anges de Ham-Nord

Plaintes	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	Délai de traitement moyen (n ^{bre} de jours)
2022-2023	0	0	0	0	S. O.
2021-2022	0	1	1	0	71

Recours au Protecteur du citoyen

Les usagers qui seraient en désaccord avec la conclusion de la commissaire à la suite du traitement de leur plainte ou à l'expiration du délai de 45 jours prescrit par la LSSSS peuvent s'adresser en deuxième

instance au Protecteur du citoyen. Dans ce cas, le Protecteur du citoyen reprend l'analyse de l'ensemble des insatisfactions exprimées par l'utilisateur. Dès ce moment, il peut formuler ses propres recommandations. Le Protecteur du citoyen a l'obligation de s'assurer que ses recommandations soient mises en application.

Pour 2022-2023, comme aucune plainte n'a été reçue, il n'y a eu aucun recours au Protecteur du citoyen.

Les interventions

La commissaire n'a traité aucun dossier d'intervention en 2022-2023.

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 cas de maltraitance et à favoriser la mise en œuvre d'un processus d'intervention concerté.

Cette loi confie aux commissaires aux plaintes et à la qualité des services la responsabilité de traiter les plaintes et les signalements reçus dans le cadre de la politique de lutte contre la maltraitance envers les personnes en situation de vulnérabilité. 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 de bonne foi.

Aucun signalement ni plainte concernant une situation de maltraitance n'a été reçu en cours d'année.

Les autres activités du commissaire

Les autres fonctions des commissaires portent principalement sur la promotion du régime d'examen des plaintes auprès de différentes personnes et sur la promotion de l'indépendance de leur rôle. De plus, les commissaires participent à des activités de promotion des droits des usagers. En raison du contexte de pandémie à la COVID-19, aucune activité de promotion n'a été réalisée au Foyer Sts-Anges. Il a été convenu que la commissaire serait invitée lorsque l'activité extérieure annuelle, réunissant les résidents et leurs proches, pourra de nouveau être réalisée.

Rapport du médecin examinateur

Aucune plainte médicale n'a été reçue.

Mesures d'amélioration

Entre le 1^{er} avril 2022 et le 31 mars 2023, le CHSLD Ham-Nord n'a tenu aucune rencontre du comité de vigilance et de la qualité.

Considérant :

- Que les articles 181.0.1 et 181.0.3 de la LSSSS s'appliquent à un établissement privé;
- Que « dans une perspective d'amélioration de la qualité des services offerts dans le respect des droits individuels et collectifs, le conseil d'administration doit créer un comité de vigilance et de la qualité responsable principalement d'assurer, auprès du conseil, le suivi des recommandations du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées conformément aux dispositions de la présente loi ou de la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux (chapitre P-31.1) » (LSSSS, art. 181.0.1);
- Que le comité de vigilance et de la qualité doit notamment :

- recevoir et analyser les rapports et recommandations transmis au conseil d'administration et portant sur l'accessibilité aux services, sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes,
- établir les liens systémiques entre ces rapports et recommandations et en tirer les conclusions nécessaires afin de pouvoir formuler des recommandations au conseil d'administration sur les suites qui devraient être données à ces rapports ou recommandations (LSSSS, art. 181.0.3);
- Que le comité de vigilance et de la qualité se compose alors d'au moins quatre personnes, dont le directeur général et le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services. Les autres personnes sont choisies par le conseil d'administration de l'établissement privé ou, dans le cas d'un établissement privé non constitué en personne morale, par le titulaire du permis. (LSSSS; art. 182.0.1).

La commissaire aux plaintes et à la qualité des services recommande au CHSLD Foyer Sts-Anges de Ham-Nord de :

- Prévoir un calendrier de rencontres du comité de vigilance et de la qualité de son établissement pour l'année 2023-2024;
- Informer la commissaire de ce calendrier avant le 30 juin 2023.

CHSLD Vigi Les Chutes

La commissaire aux plaintes et à la qualité des services a la responsabilité de traiter les plaintes et les signalements pour les résidents du CHSLD Vigi Les Chutes et leurs proches. Mentionnons que la commissaire du CIUSSS MCQ ne participe pas directement au comité de vigilance et de la qualité du groupe Vigi, sauf exception. En effet, c'est le commissaire du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal qui est désigné pour faire partie du comité de vigilance et de la qualité de cette organisation dont le siège social est situé sur le territoire du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal. La commissaire du CIUSSS MCQ doit cependant transmettre les rapports d'activités, soit le bilan des plaintes, interventions, assistances, consultations et plaintes médicales pour Vigi Les Chutes en prévision de chacune des rencontres du comité de vigilance et de la qualité du groupe Vigi.

Les plaintes

Tableau 23 – Bilan des dossiers de plainte, niveau et délai de traitement CHSLD Vigi Les Chutes

Plaintes	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	Délai de traitement moyen (n ^{bre} de jours)
2022-2023	0	3	2	1	21
2021-2022	0	0	0	0	S. O.

Aucune plainte n'a été reçue au cours de l'année 2022-2023.

Recours au Protecteur du citoyen

Les usagers qui seraient en désaccord avec la conclusion de la commissaire, à la suite du traitement de leur plainte ou à l'expiration du délai de 45 jours prescrit par la LSSSS, peuvent s'adresser en deuxième instance au Protecteur du citoyen. Dans ce cas, le Protecteur du citoyen reprend l'analyse de l'ensemble

des insatisfactions exprimées par l'utilisateur. Dès ce moment, il peut formuler ses propres recommandations. Le Protecteur du citoyen a l'obligation de s'assurer que ses recommandations soient mises en application.

Les interventions

Nous avons ouvert deux dossiers d'intervention en cours d'année.

Tableau 24 - Bilan des interventions CHSLD Vigi Les Chutes

Interventions	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
2022-2023	0	2	2	0
2021-2022	0	2	2	0

Motifs des plaintes et interventions

Les dossiers ayant été traités portaient sur les droits particuliers, la maltraitance et les relations interpersonnelles. Le dossier en cours d'examen à la fin de l'exercice concerne les soins et services dispensés.

Tableau 25 - Ventilation des motifs de plainte et d'intervention conclus selon leur catégorie

Motifs	Plaintes		Interventions		TOTAL	%
	Nombre	%	Nombre	%		
Accessibilité	0	0	0	0	0	0
Aspect financier	0	0	0	0	0	0
Droits particuliers	0	0	1	33 %	1	17 %
Maltraitance (Loi)	2	67 %	1	33 %	3	49 %
Organisation du milieu et ressources matérielles	0	0	0	0	0	0
Relations interpersonnelles	0	0	1	33 %	1	17 %
Soins et services dispensés	1	33 %	0	0	1	17 %
Autre	0	0	0	0	0	0
TOTAL	3	100 %	3	100 %	6	100 %

Les insatisfactions relatives aux droits particuliers étaient en lien avec la participation de l'utilisateur ou de son représentant aux décisions affectant son état de santé et bien-être. Un problème d'attitude et le manque d'écoute nous étaient rapportés en lien avec les relations interpersonnelles. Concernant les soins et services, il est notamment question d'un manque de services et de l'approche du personnel à l'égard des résidents. Aucune recommandation n'a été formulée et selon la situation, des informations et clarifications ont été transmises aux personnes plaignantes. Un dossier est toujours en attente de conclusion et un a été cessé en cours d'examen.

Volet Maltraitance

La Loi 6.3 a pour objet de lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité en édictant des mesures qui visent notamment à faciliter la dénonciation des cas de maltraitance et à favoriser la mise en œuvre d'un processus d'intervention concerté.

Cette loi confie aux commissaires aux plaintes et à la qualité des services la responsabilité de traiter les plaintes et les signalements reçus dans le cadre de la politique de lutte contre la maltraitance envers les personnes en situation de vulnérabilité. 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 signalements de bonne foi.

Les situations de maltraitance portées à notre attention concernaient de la maltraitance financière, de la négligence et de la violence physique. Des mesures ont été mises en place pour une de ces situations afin d'assurer la sécurité de la personne touchée et faire cesser la situation.

Les autres activités du commissaire

Les autres fonctions des commissaires portent principalement sur la promotion du régime d'examen des plaintes auprès de différentes personnes et sur la promotion de l'indépendance de leur rôle. De plus, les commissaires participent à des activités de promotion des droits des usagers. Des communications ont eu lieu avec les responsables dans le cadre du traitement des dossiers, mais aucune activité de promotion n'a été réalisée spécifiquement au CHSLD Vigie Les Chutes.

À noter qu'on recense 12 dossiers d'assistance ayant été réalisés en cours d'année.

Rapport du médecin examinateur

Une plainte médicale a été traitée par le médecin examinateur. Celle-ci concernait les soins et services et les relations interpersonnelles. Une recommandation a été émise en lien avec l'amélioration des communications.

Annexes

Les mesures d'amélioration de la qualité des soins et des services ainsi que du respect des droits des usagers

Une mesure peut prendre la forme d'une recommandation adressée par la commissaire, d'une mesure corrective appréciable immédiatement ou d'un engagement d'un gestionnaire pour corriger ou améliorer une situation.

Une mesure peut être à portée individuelle ou systémique. La mesure à portée individuelle n'a généralement d'effet que pour la personne concernée et vise à régler une situation particulière. La mesure à portée systémique vise à prévenir la répétition d'une situation ou à améliorer la qualité des services pour un ensemble de personnes ou pour les usagers futurs du service.

Voici le libellé de quelques mesures (mesures d'amélioration, engagements de gestionnaires ou recommandations) qui ont été prises à la suite de l'examen de situations ayant été soumises à l'attention de la commissaire.

Tableau 26 – Exemples de recommandations pour les installations du CIUSSS MCQ (1-F2 et 2F)⁴

Motifs/Nombre de mesures	Catégories de mesure	Mesures d'amélioration
Soins et services dispensés 181 mesures	Traitement/intervention/ services (action faite) / soins d'assistance AVQ-AVD	Engagement : Aviser le personnel de s'assurer de documenter adéquatement le dossier de l'usager notamment en ce qui concerne le PTI ainsi que les refus et les ententes prises avec les proches pour les soins, principalement en période de contingence. (SUIVI : personnel a été avisé de documenter adéquatement le dossier concernant les ententes prises ou refus des proches aidants ainsi que d'informer et rappeler à la famille de signaler immédiatement toutes problématiques concernant l'usager. Des documents ont été déposés afin de faire le rappel des bonnes pratiques au personnel. La signature des employés a été demandée à titre de preuve de lecture.)
		Mesure d'amélioration : Memo adressé au personnel afin de rappeler d'offrir une collation à chaque femme après un accouchement.
	Évaluation et jugement professionnel	Engagement : Rappeler à l'équipe concernée de s'assurer d'effectuer une collecte de données complète avant de recommander un équipement et s'assurer que le tout est bien consigné dans les notes au dossier. (SUIVI : gestionnaire confirme avoir procédé au rappel suivant : « lorsque des usagers reçoivent leur congé et que des équipements sont à mettre en place au domicile, il est important que les recommandations soient en cohérence avec le milieu de l'usager et que l'évaluation soit réalisée par un professionnel qui possède l'expertise, ceci afin d'éviter

⁴ À noter que le motif maltraitance est détaillé à la section 1.5
Rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes
et de l'amélioration continue de la qualité des services 2022-2023

Motifs/Nombre de mesures	Catégories de mesure	Mesures d'amélioration
		<i>tout préjudice ou inconvénient auprès de la clientèle. »)</i>
		Recommandation : Rappeler à l'ensemble du personnel du triage l'importance de noter au dossier médical les démarches en lien avec une réorientation. (SUIVI : rappel fait en réunion d'équipe et en partage sur notre groupe Facebook)
	Décisions et interventions liées à un processus judiciaire - Application de la discrétion confiée à la DPJ	Recommandation : Rappeler que les formulaires de consentement à l'échange d'information doivent être correctement remplis. (SUIVI : gestionnaire a repris avec l'intervenant les éléments soulevés concernant le formulaire d'autorisation à l'échange d'informations, a profité de cet échange pour rappeler les bonnes pratiques, notamment de s'assurer que les informations dont nous avons besoin sont claires et bien documentées.)
	Décisions et interventions liées à un processus judiciaire - Révision d'une mesure - Selon la LPJ	Recommandation : D'ici juin 2023, mener à terme les travaux visant à bonifier la procédure de communication lors d'un signalement concernant un enfant hébergé dans une ressource non institutionnelle (RNI) ou chez un tiers significatif (PRO-12-003) et présenter le résultat de ces travaux à la commissaire. (en attente de suivi)
	Habilités techniques et professionnelles	Mesure d'amélioration : La RPA a mis en place un mécanisme de vigie journalière et de formation afin de prévenir les erreurs de médicaments.
		Recommandation : En respect de la PO-10-013, faire un rappel auprès du personnel concerné selon lequel tout refus aux soins et services manifesté par un usager doit être noté à son dossier de façon détaillée. De plus, qu'en cas de refus catégorique aux soins d'hygiène, tous les efforts consentis afin de ne pas donner ces soins dans la contrainte doivent y être précisés également. (SUIVI : formation offerte, par les experts en SCPD du CIUSSS MCQ, à tout le personnel de l'équipe de soins (infirmière, infirmière auxiliaire et PAB).
	Continuité/coordination entre les services	Mesure d'amélioration : Rappel à l'équipe des consignes lors d'un congé d'un usager qui quitte le centre hospitalier pour retourner en résidence : 1. Appel aux responsables des résidences, autant publiques que privées lors du congé de l'usager. 2. Bien documenter au dossier de l'usager qui a été avisé du retour de l'usager. 3. S'assurer que le chauffeur de taxi comprenne bien que l'usager doit-être reconduit à l'adresse

Motifs/Nombre de mesures	Catégories de mesure	Mesures d'amélioration
		indiquée et qu'il ne doit pas déroger de cette directive, et que les documents que nous lui remettons soient donnés en mains propres à un responsable de la résidence. (inscrire également ces informations au dossier de l'utilisateur).
Relations interpersonnelles 152 mesures	Fiabilité/disponibilité	Recommandation : Rappeler au personnel qu'il est toujours gagnant d'expliquer à l'utilisateur ce qu'on fait et surtout de l'intégrer dans nos discussions afin d'éviter que l'utilisateur ait le sentiment qu'on ne s'occupe pas de lui et qu'il n'est pas au cœur de nos interventions. (SUIVI : rappel effectué de toujours porter attention au bien-être de l'utilisateur, de s'assurer qu'il comprend bien l'examen en cours et les effets secondaires possibles)
	Communication / attitude commentaires inappropriés	Recommandation : Rappeler aux paramédics concernés de faire preuve de professionnalisme, d'empathie et de porter attention afin de ne pas discuter devant les usagers et leurs familles des problématiques rencontrées au travail (administration, communication, suivi, etc.) lors d'un transport. (SUIVI : paramédics rencontrés et ceux-ci se sont montrés réceptifs face aux explications sur l'expérience vécue par l'utilisateur)
		Mesure d'amélioration : Le chef d'unité a fait les rappels de civisme auprès de l'infirmière et poursuit son soutien de cette employée via un plan de suivi qui inclut le savoir-être et les communications avec les familles.
		Mesure d'amélioration : Des excuses ont été présentées à la personne plaignante.
	Communication / attitude manque d'écoute	Mesure d'amélioration : L'employé a été rencontré par la direction, un rappel a été fait quant à l'attitude attendue (faire preuve de patience) et une note a été déposée à son dossier.
		Mesure d'amélioration : L'ASI a abordé avec l'employée concernée les techniques de désescalade.
	Manque d'information	Recommandation : Aviser le personnel de s'assurer de bien informer les proches aidants lorsqu'ils délèguent une responsabilité (ex. : hygiène) et leur rappeler de signaler toute problématique. (SUIVI : rappel au personnel de s'assurer d'avoir une bonne communication entre le personnel et l'utilisateur/famille lors de l'enseignement (ex. : mobilisation/alimentation) et de bien définir le partage de responsabilités, s'il y a lieu, entre le

Motifs/Nombre de mesures	Catégories de mesure	Mesures d'amélioration
		<i>personnel et la famille (ex. : en lien avec les soins d'hygiène) et consigner cette information au plan de travail ainsi que dans les notes au dossier.)</i>
	Respect/manque à l'égard de la personne	Mesures d'amélioration : Remise à l'employée visée d'un avis disciplinaire, avec sanction. Lettre transmise à chacun des préposés concernant le respect et le milieu de vie des aînés. Une signature a été demandée et mise au dossier de chacun.
	Abus par un intervenant \ abus physique	Mesure d'amélioration : Formation des agents de sécurité sur l'approche OMÉGA (durée 3 jours) afin de les outiller pour intervenir auprès des personnes qui refusent de collaborer.
Accessibilité 51 mesures	Difficulté d'accès aux services	Mesure d'amélioration : Corrections apportées au site RVSQ pour faciliter la prise de rendez-vous et conception d'un outil maison remis aux usagers pour expliquer comment prendre rendez-vous à la clinique d'accès rapide.
		En cohérence avec le cadre de référence « Mécanismes régionaux d'accès aux services de première ligne pour la population sans médecin de famille », s'assurer que le Guichet d'accès première ligne (GAP) soit doté de ressources suffisantes pour permettre une évaluation juste et une orientation appropriée des usagers en temps opportun. (SUIVI : le GAP s'inscrit dans les priorités organisationnelles pour l'octroi de ressources humaines. Les quarts de travail sont comblés entre 80 à 100 % selon les journées avec les détenteurs de postes et des employés réaffectés dans ce secteur.)
		Engagement : Rappeler à l'agente administrative la procédure de prise des messages des usagers et retours d'appel. (SUIVI : confirmation du rappel effectué.)
		Recommandation : Voir à ce que soit établie une trajectoire médicale dans le territoire du HSM pour les usagers en soins palliatifs à domicile, afin d'éviter que ces personnes soient contraintes de se déplacer à l'urgence pour être évaluées par un médecin lors de besoins particuliers. (en attente de suivi)
	Difficulté d'accès téléphonique	Recommandation : Sensibiliser les téléphonistes afin qu'elles assurent un suivi adéquat lors de la prise d'appel d'un usager de façon à éviter la récurrence d'une situation telle que décrite par

Motifs/Nombre de mesures	Catégories de mesure	Mesures d'amélioration
		l'usager. (SUIVI : confirmation par le gestionnaire de la sensibilisation effectuée auprès des téléphonistes.)
	Délais / Temps d'attente pour obtenir un rendez-vous	Engagement : Établir une offre de services harmonisée pour les cliniques externes de physiothérapie du CIUSSS MCQ et favoriser ainsi l'optimisation des services. (SUIVI : déploiement d'un nouveau système informatique qui devrait favoriser une meilleure gestion de la liste d'attente. Par ailleurs, poursuite des travaux pour l'harmonisation de l'offre de services.)
	Refus de services	Recommandation : En collaboration avec les différentes directions adjointes, identifier les besoins requis par la condition de cette personne et déterminer comment et par qui les services seront offerts. (SUIVI : Une demande de logement semi-autonome (LSA) a été effectuée afin que cette personne puisse recevoir l'accompagnement nécessaire dans la communauté.)
Organisation du milieu et ressources matérielles 96 mesures	Hygiène et salubrité/désinfection des lieux	Mesure d'amélioration : Un nouveau plan d'orientation et d'intégration est en place mentionnant les vérifications à faire pour assurer de maintenir la propreté des lieux.
		Recommandation : Apporter une surveillance particulière afin de détecter la présence de punaises de lit, appliquer les mesures qui doivent être prises et faire traiter par un exterminateur dès que la présence de punaises est constatée. (SUIVI : la RPA affirme vérifier 2 fois par mois chaque chambre et plus fréquemment au besoin. Interventions de soutien de la Direction de santé publique en collaboration avec la certification.)
		Engagement : Procéder aux réparations requises suite à certains constats qui ont été transmis dans le contexte de la démarche du suivi de la qualité effectuée par le CIUSSS MCQ. (SUIVI : nous a transmis des photos démontrant les réparations effectuées)
	Organisation spatiale - Dépôt sécuritaire, consigne pour effets personnels de valeur	Recommandation : Conformément à la politique de gestion des biens personnels des usagers du CIUSSS MCQ (PRO-10-009), s'assurer que lorsqu'un patient confie ses objets personnels au personnel, une note détaillée des objets déposés est consignée au dossier. (SUIVI : consignes données pour utilisation d'un formulaire afin de nous assurer de laisser une trace de ce qui est laissé au casier des usagers.)

Motifs/Nombre de mesures	Catégories de mesure	Mesures d'amélioration
	Compatibilité des clientèles - Troubles de comportements	Mesure d'amélioration : Une porte-filet a été installée à la chambre; la résidente est capable de l'ouvrir et de la refermer par elle-même. La porte-filet est un moyen reconnu de dissuader les personnes ayant des troubles cognitifs d'entrer dans une chambre qui n'est pas la leur. Ce moyen s'ajoute à la vigilance accrue du personnel qui a été demandée.
	Alimentation/Respect des normes requises / Guide alimentaire	Recommandation : Respecter le règlement énonçant que l'exploitant peut modifier le menu d'un repas affiché dans la mesure où il en informe les résidents le jour précédant celui où ce repas devait être servi et retirer la phrase au bas du menu indiquant que les menus sont sujets au changement sans préavis. <i>(SUIVI : nous changerons l'énoncé qui indiquera que nous pouvons modifier le menu affiché et que nous aviserons les résidents un jour à l'avance, sauf dans les cas de force majeure.)</i>
	Alimentation/ Personnalisation de l'alimentation/diète	Mesure d'amélioration : La direction de la résidence a ajouté une question au formulaire visant à dresser le profil clinique d'un nouveau résident afin qu'il soit précisé si la personne a besoin de respecter une diète particulière à laquelle la résidence est en mesure de répondre ou non.
	Sécurité et protection / système d'appel à l'aide	Mesure d'amélioration : le système de cloches d'appel a été réparé.
	Règles et procédures du milieu/ heures de visites	Engagement : Revoir avec son personnel la politique du CIUSSS MCQ concernant le droit à des visiteurs dans le but d'assurer le respect de la politique de son établissement. <i>(SUIVI : l'équipe a été rencontrée lors des rapports, animés à quelques reprises concernant la politique, faire la différence avec un proche aidant vs visiteurs. Belle réceptivité.)</i>
		Mesure d'amélioration : Rappel au personnel de soirée que si les familles veulent demeurer la nuit auprès d'un proche, elles peuvent décider de le faire (soins de fin de vie).
	Confort et commodité/ Aménagement des salles de bain et toilettes	Mesure d'amélioration : Installation d'une table à langer neuve.
Droits particuliers 85 mesures	Accès aux services en langue anglaise	Recommandation : S'assurer que les informations relatives au besoin d'interprète sont transmises lors de la prise de rendez-vous. <i>(SUIVI : validation faite auprès des secrétaires médicales que lors de la</i>

Motifs/Nombre de mesures	Catégories de mesure	Mesures d'amélioration
		<i>prise de rendez-vous s'assurer que la personne parle français afin de prévoir un interprète au besoin.)</i>
	Assistance/ Accompagnement	Mesure d'amélioration : Rappel et explications relatives au mandat de curatelle aux biens et à la personne lors d'une rencontre d'équipe hebdomadaire.
	Droit à l'information sur l'état de santé	Recommandation : Prendre les mesures requises afin de favoriser la participation des résidents en ce qui concerne les soins qu'ils requièrent, en les informant des démarches et en sollicitant leur collaboration. (SUIVI : nous avons eu une rencontre avec l'équipe des soins pour bien faire comprendre la procédure et l'importance de bien informer les résidents de leurs droits et obtenir un consentement avant de faire toute action.)
		Mesure d'amélioration : Sensibilisation du personnel à la nécessité d'informer l'usager et la personne répondante de l'état de santé de l'usager, des traitements et de toute intervention pouvant affecter sa qualité de vie. Les informations doivent être consignées au dossier de l'usager avec le feedback de l'usager ou de son aidant.
	Droit à l'information sur les services et modes d'accès	Recommandation : En utilisant cette situation de façon non nominative, rappeler aux intervenants sociaux l'importance de fournir des informations justes et complètes en tout temps. (SUIVI : rappel effectué en rencontre d'équipe)
		Recommandation : Dans le but de renseigner adéquatement les usagers, effectuer un rappel afin de s'assurer que le personnel qui octroie les RV donne les bonnes consignes concernant l'obtention de contenants pour la recherche de sang dans les selles (RSOSi). (SUIVI : rappel effectué)
		Mesure d'amélioration : La résidence a mis en place une infolettre afin d'améliorer les communications avec les familles et les proches.
	Droit à l'information - Sur tout incident ou accident survenu	Mesure d'amélioration : La résidence a procédé à des activités de formation auprès du personnel afin d'améliorer les connaissances en matière de consentement, d'aptitude et de tenue de dossiers (notes au système).
		Recommandation : Revoir et s'assurer de l'application de la procédure et des mécanismes de communication avec les répondants lors d'un

Motifs/Nombre de mesures	Catégories de mesure	Mesures d'amélioration
		incident/accident impliquant un résident, en conformité avec les politiques et procédures en vigueur au CIUSSS MCQ. (SUIVI : une note de service a été envoyée aux infirmières pour rappeler la procédure de divulgation à suivre lors d'incident ou d'accident, notamment une chute. Une vigie sur la divulgation est assurée par les chefs d'unité, car elles reçoivent de la part des infirmières une copie papier du rapport AH-223. De cette façon, les données en lien avec la divulgation sont accessibles plus rapidement.)
	Sécurité - de l'utilisateur/ Facteurs de risques propres à l'utilisateur non considéré	Rappeler de bien prendre connaissance du dossier patient à l'arrivée de celui-ci sur l'unité, d'appliquer les directives médicales quant aux prescriptions de chambre et d'effectuer les analyses appropriées dans le but d'éviter la formation de plaie de pression. (SUIVI : la situation a été revue avec l'équipe concernée, des documents ont été déposés sur l'unité et sur le groupe Facebook de l'unité afin de sensibiliser le plus de personnel possible à la prévention de formation de plaies de pression. La signature des employés a été demandée à titre de preuve.)
		Mesure d'amélioration : Révision du processus de sélection de la clientèle à l'unité de soins d'assistance en lien avec les limites d'accueil de la résidence. (en attente de suivi)
	Choix du professionnel	Engagement : Changer d'inhalothérapeute au suivi si madame n'a plus confiance en l'intervenante actuelle et qu'elle ne souhaite pas poursuivre son suivi avec elle. (SUIVI : appel fait à M ^{me} qui mentionne que la confiance n'est plus présente avec son inhalothérapeute et qu'elle préfère procéder au transfert de son dossier avec un autre inhalothérapeute. Transfert du dossier en date du 2023-01-16.)
	Droit à un accommodement/lié à un handicap	Engagement : Mise en œuvre du plan d'action : « Favoriser l'approche adaptée à l'urgence auprès de la clientèle DI-TSA et leurs proches » (SUIVI : formation en formule webinaire avec période de questions sur l'heure du midi, à l'intention des ASI, médecins et gestionnaires des urgences; disponibilité ultérieure de l'enregistrement pour le personnel ayant manqué la présentation. Préparation des usagers TSA par les intervenants pivots à une éventuelle visite à l'urgence via un scénario social. Élaboration d'un « kit de survie » pour la personne DI-TSA qui a réellement besoin de se rendre à l'urgence (ex. : apporter des coquilles, un iPod, chewy, tablette, savoir le numéro de la garde 24/7, de l'équipe Émir, etc.). Les travaux se poursuivent pour la mise en œuvre du plan d'action)

Motifs/Nombre de mesures	Catégories de mesure	Mesures d'amélioration
	Accès au dossier de l'utilisateur et dossier de plainte \ Confidentialité	Mesure d'amélioration : L'employée devra suivre la formation suivante sur ENA – Protection des renseignements personnels et confidentiels (ENA 1733), ainsi que la formation Confidentialité et sécurité de l'information (ENA 9797) et ensuite discuter avec sa gestionnaire afin de valider si elle a réfléchi à l'impact de ses paroles au moment de l'incident.
		Engagement : Effectuer un rappel auprès de la personne concernée sur l'importance de préserver rigoureusement la confidentialité/vie privée des autres personnes (résidents, proches et membres du personnel) à moins d'avoir obtenu un consentement de leur part à apparaître dans une vidéo diffusée sur les réseaux sociaux. (SUIVI : rappel à la personne d'appliquer un flou/masque aux personnes pouvant apparaître dans ses vidéos et de la part de qui elle n'a pas obtenu un consentement à cet effet.)
	Consentement libre et éclairé	Engagement : Rappeler à l'ensemble des membres de l'équipe l'importance d'attendre avant d'enlever les prothèses auditives et les lunettes (tout moyen de communication du patient) afin que les patients puissent rendre un consentement éclairé. (SUIVI : rappel en réunion d'équipe : il est très important de garder les appareils des patients et de les retourner par la suite bien identifiés. Toujours s'assurer que l'utilisateur comprend bien les consignes afin de lui permettre de faire un choix éclairé.)
	Consentement libre et éclairé/Représentant non interpellé	Mesure d'amélioration : La ressource a été avisée de toujours mettre le premier répondant sur la première ligne de leur document de référence afin d'éliminer toute ambiguïté.
Aspect financier 18 mesures	Facturation de soins et services	Engagement : Harmoniser la pratique visant à ne plus exiger de contribution financière pour un usager en soins palliatifs, peu importe le milieu où le service est offert. (SUIVI : depuis septembre 2022, il n'y a plus de frais chargés aux usagers qui utilisent des places en soins palliatifs, ce qui est donc conforme à la politique et harmonisé pour tous les lits du CIUSSS MCQ. De plus, la famille concernée par cette plainte sera remboursée.)
	Frais d'hébergement / Placement - Contribution placement / hébergement	Recommandation : Produire une nouvelle facture à l'utilisateur incluant les dates adéquates de son séjour, les coordonnées complètes de la résidence ainsi que le tarif journalier et le montant total payé, et lui faire parvenir par la poste. (SUIVI : confirmation facture corrigée)

Motifs/Nombre de mesures	Catégories de mesure	Mesures d'amélioration
	Allocation de ressources matérielles et financières	Recommandation : Lorsqu'une personne n'est plus admissible à un service d'aide financière, prendre des mesures afin de vous assurer que les usagers soient informés des ressources alternatives pouvant répondre, même partiellement, à leur besoin. (SUIVI : lors de la cessation d'une mesure d'aide financière, si un soutien à l'usager est requis en lien avec cette fermeture, l'équipe des programmes financiers DI-TSA-DP va s'assurer du suivi auprès de l'intervenant pivot ou du guichet d'accès DI-TSA-DP, selon la situation, pour le traitement d'une demande de services dans le but d'évaluer les besoins de l'usager et de l'orienter vers les bons services. Ces informations ont été acheminées à l'équipe des programmes financiers DI-TSA-DP en août 2022.)

Tableau 27 – Exemples de mesures d'amélioration formulées par les médecins examinateurs

Motifs/Nombre de mesures	Catégories de mesures	Mesures d'amélioration
Soins et services dispensés 21 mesures	Décision clinique : 10 Continuité : 7 Compétence technique et professionnelle : 4	Suivre une formation sur les traumatismes crâniens. Le médecin examinateur rappelle au médecin que l'état général s'apprécie plus que visuellement. Il est important, lorsqu'on signe un congé, d'apprécier la capacité de la personne à se mobiliser de manière autonome. Que le médecin visé fasse preuve d'une grande vigilance à l'avenir et qu'il soit attentif à la présentation classique d'une colique néphrétique. Procéder à la lecture des articles suivants : La tenue des dossiers par le médecin en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés; Guide de pratique de l'Association des urologues du Canada : Prise en charge des calculs urétraux; Tenue des dossiers. Vous assurer de mieux documenter votre questionnaire et examen physique lors d'une telle présentation clinique. Vous assurer de ne pas négliger l'examen abdominal lors de situations cliniques semblables; des complications postchirurgicales sont possibles et doivent être évaluées correctement. Le médecin examinateur a transmis un avis au CMDP concernant des complications opératoires hors norme pour ce médecin pouvant générer une inquiétude quant à la qualité de l'acte. Que le CIUSSS MCQ offre un support intensif au Service d'urologie du CHAUR pour diminuer le

Motifs/Nombre de mesures	Catégories de mesures	Mesures d'amélioration
		niveau d'épuisement reconnu de l'équipe médicale et favoriser sa stabilisation à moyen et long terme.
Relations interpersonnelles 25 mesures	Communication / Attitude : 25	Transmission d'un avis au CMDP rappelant le droit de tout usager de se faire traiter dans la région de son choix. Lorsqu'un usager subit une complication d'une procédure subie dans une autre région, il a aussi le droit aux mêmes soins respectueux et attentifs qu'un usager qui s'est fait traiter dans notre établissement. En cas d'inconfort à prendre en charge, une complication reliée à une procédure effectuée par un autre médecin, un transfert ou une consultation peut être demandé à un collègue, mais l'usager ne devrait jamais avoir l'impression que sa présence dans notre établissement n'est pas appropriée ou désirée." Suivre une formation spécifique au sujet de la communication professionnelle. « Défi et opportunité de la communication professionnelle ». Suivre deux des formations suivantes qui sont en lien avec l'empathie et la compassion : « Comment contrer le biais de négativité, un facteur d'érosion de la résilience », « Résilience et bien-être psychologique en temps de pandémie », « Regrets, culpabilité et résilience ». Rappel au médecin visé de l'article 29 du Code de déontologie : Le médecin doit s'assurer que le patient ou son représentant légal a reçu les explications pertinentes à sa compréhension de la nature, du but et des conséquences possibles de l'examen, de l'investigation, du traitement ou de la recherche qu'il s'apprête à effectuer. Il doit faciliter la prise de décision du patient et la respecter. Rappel au médecin visé de l'article 17 du Code de déontologie : Le médecin doit avoir une conduite irréprochable envers toute personne avec laquelle il entre en relation dans l'exercice de sa profession, notamment envers tout patient, que ce soit sur le plan physique, mental ou affectif. Rappel au médecin visé de l'article 18 du Code de déontologie : Le médecin doit chercher à établir et à maintenir avec son patient une relation de confiance mutuelle et s'abstenir d'exercer sa profession d'une façon impersonnelle. Participation à la formation : « Faire équipe avec nos patients, conseils pratiques pour une relation gagnante ».
Droits particuliers 10 mesures	Choix du professionnel : 3	Rappel au médecin visé qu'il aurait été nécessaire d'aviser l'usagère avant d'entreprendre un sevrage dans sa médication.

Motifs/Nombre de mesures	Catégories de mesures	Mesures d'amélioration
	Consentement : 6 Accès au dossier de l'utilisateur et au dossier de plainte : 1	Rappel au médecin visé que l'annulation d'une demande d'échographie abdominale effectuée sur une base urgente devrait recevoir l'aval du patient et pourrait être bonifiée d'une discussion avec le médecin demandeur. Rappel au médecin visé que pour qu'un consentement soit éclairé, il faut un patient apte qui reçoit des informations compréhensibles. Une des responsabilités du médecin est de s'assurer que l'utilisateur a raisonnablement compris les informations. Transmission au médecin visé du document : « Le médecin et le consentement aux soins » publié par le Collège des médecins du Québec. Le médecin examinateur demande au médecin visé de transférer les soins de la personne plaignante à un collègue. Vous assurer de rencontrer les patients candidats à la vasectomie en bonne et due forme avant la chirurgie pour discuter de la technique, des complications potentielles les plus fréquentes, des chances de succès et surtout pour répondre aux questions.
Accessibilité 4 mesures	Délais : 4	Prendre les mesures jugées nécessaires afin de s'assurer de la ponctualité du médecin. Que le CIUSSS MCQ se penche sur les délais d'accès aux consultations en urologie pour la population de son territoire; si les délais sont significativement plus élevés que la moyenne provinciale, que le CIUSSS MCQ prenne des mesures pour tenter de les réduire et les rapprocher de la moyenne.

Types de dossiers

Au cœur de leur mandat, les commissaires traitent les dossiers selon les catégories qui suivent.

Plainte

Insatisfaction exprimée par un usager, son représentant ou l'héritier d'une personne décédée, concernant les services offerts à l'utilisateur ou requis par ce dernier.

Plainte concernant un médecin, un dentiste, un pharmacien ou un résident

Concerne une insatisfaction exprimée auprès du commissaire aux plaintes et à la qualité des services par toute personne, relativement à la conduite, au comportement ou à la compétence d'un médecin, d'un dentiste, d'un pharmacien ou d'un résident. La plainte qui implique un contrôle ou une appréciation des actes médicaux, dentaires ou pharmaceutiques relève aussi de la compétence du médecin examinateur.

Assistance

Demande d'aide à la formulation d'une plainte ou d'une demande pour avoir accès à des soins ou à des services.

Intervention

Enquête entreprise par les commissaires ayant des motifs raisonnables de croire que les droits des usagers ne sont pas respectés à la suite de faits rapportés ou observés.

Consultation

Demande d'avis auprès d'un commissaire sur l'application du régime d'examen des plaintes et le respect des droits des usagers ou sur tout autre sujet pertinent à leurs fonctions, comme les politiques de l'établissement.

Motifs de plainte et d'intervention

Accessibilité et continuité

- Concerne les modalités des mécanismes d'accès;
- Concerne l'accès au bon service, au moment opportun, et dispensé aussi longtemps que le nécessite l'état de l'usager.

Aspect financier

Concerne la contribution financière des usagers à certains services selon les normes prévues par la Loi :

- Facture d'hôpital;
- Facture d'ambulance;
- Contribution au placement;
- Aide matérielle et financière (maintien à domicile, répit-dépannage, etc.).

Droits particuliers

Concerne l'obligation d'informer adéquatement les usagers :

- Sur leur état de santé;
- Sur les services offerts;
- Sur les droits, recours et obligations.

Concerne le droit des usagers :

- De consentir aux soins;
- De porter plainte;
- De participer à toutes décisions le concernant sur son état de santé et de bien-être.

Maltraitance

Le terme **maltraitance** désigne les mauvais traitements, l'abus, la négligence et la violence dont une personne est victime. Il y a maltraitance quand un geste singulier ou répétitif, ou une absence d'action appropriée se produit de façon intentionnelle ou non dans une relation où il devrait y avoir de la confiance et que cela cause du tort ou de la détresse chez une personne aînée ou vulnérable.

Organisation du milieu et des ressources matérielles

Concerne l'environnement matériel, physique et humain au sein duquel le service est donné et qui influe sur sa qualité :

- Mixité des clientèles;
- Hygiène et salubrité;
- Propreté des lieux;
- Sécurité et protection.

Relations interpersonnelles

Concerne l'intervenant, la relation d'aide qu'il a avec l'usager, l'assistance et le soutien qu'il lui porte, et fait appel aux notions de respect, d'empathie et de responsabilisation.

Soins et services dispensés

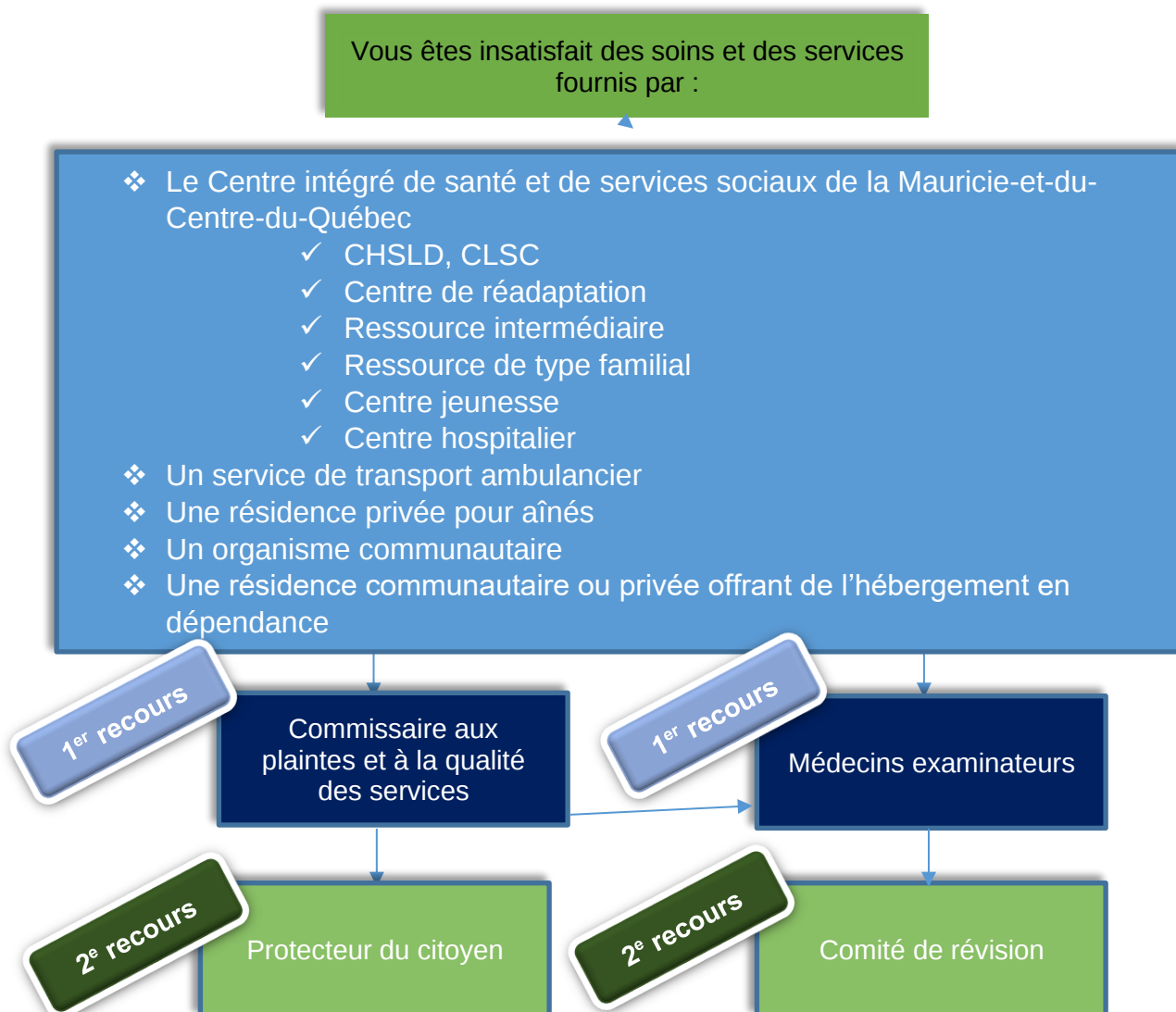
- Concerne l'application des connaissances, du **savoir-faire** et des normes de pratique des intervenants;
- Concerne l'organisation et le fonctionnement général des soins et des services qui affectent la qualité des services.

Liste des droits des usagers

- Le droit d'être informé sur les services existants et sur la façon de les obtenir.
- Le droit de recevoir des services adéquats sur les plans scientifiques, humains et sociaux, avec continuité, et de façon personnalisée et sécuritaire.
- Le droit de choisir le professionnel ou l'établissement dont les services seront reçus.
- Le droit de recevoir des soins en cas d'urgence.
- Le droit d'être informé sur son état de santé ainsi que sur les solutions possibles et leurs conséquences avant de consentir à des soins le concernant.
- Le droit d'être informé, le plus tôt possible, de tout accident survenu au cours d'une prestation de services.
- Le droit d'être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie, de ses besoins et de sa sécurité dans toute intervention.
- Le droit d'accepter ou de refuser les soins de façon libre et éclairée lui-même ou par l'entremise de son représentant.
- Le droit d'accès à son dossier, lequel est confidentiel.
- Le droit 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 de ses démarches, si nécessaire.
- Le droit d'être représenté relativement à tous les droits reconnus advenant son inaptitude, temporaire ou permanente, à donner son consentement.
- Le droit de l'utilisateur anglophone de recevoir des services en langue anglaise, conformément au programme d'accès gouvernemental.

Procédure à suivre pour porter plainte

La Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit un régime d'examen des plaintes dans le réseau de la santé et des services sociaux. Il permet à une personne s'estimant lésée dans ses droits d'exprimer son insatisfaction ou de déposer une plainte.



Assistance et accompagnement

Toute personne qui désire formuler une plainte auprès d'un établissement de santé et de services sociaux de la région peut parler de son insatisfaction avec le responsable du service ou elle peut être accompagnée gratuitement en s'adressant directement au :

- Bureau de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services;
- Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP) Mauricie–Centre-du-Québec;
- Comités des usagers du CIUSSS MCQ.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
858, terrasse Turcotte, Trois-Rivières (Québec) G9A 5C5

WWW.CIUSSSMCQ.CA
