

# RAPPORT ANNUEL 2023-2024

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



## **Auteure**

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

## **Planification et coordination**

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

John Benoit, Commissaire adjoint aux plaintes et à la qualité des services

## **Vérification des données et mise en page**

Jocelyn Cossette, Technicien en administration

Déborah Muamba, Adjointe de direction

## **Source des données**

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

Approuvé au conseil d'administration du CISSS de l'Outaouais le 20 juin 2024

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

Cette publication sera disponible sur le site internet du CISSS de l'Outaouais après son adoption à l'Assemblée nationale: [www.ciiss-ouataouais.gouv.qc.ca](http://www.ciiss-ouataouais.gouv.qc.ca)

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

ISBN : 978-2-550-98108-4 (PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2024

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2024

© CISSS de l'Outaouais, 2024

# Table des matières

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>10</b>
<b>LE RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES ET SES ASSISES LÉGALES</b> .....	<b>10</b>
<b>POUVOIR ET FONCTIONS DU COMMISSAIRE ET COMMISSAIRE ADJOINT AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES (CPQS)</b> .....	<b>10</b>
Les clientèles desservies .....	11
<b>PARTIE 1</b> .....	<b>13</b>
1.1 RAPPORT DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES .....	13
1.2 BILAN DES DOSSIERS DE PLAINTES .....	16
1.3 PORTRAIT DES PLAINTES PAR MILIEUX DE VIE .....	25
1.4 DÉLAI DE TRAITEMENT DES DOSSIERS DE PLAINTES .....	29
1.5 BILAN DES DOSSIERS D'INTERVENTION .....	29
1.5.1 PRINCIPALES MESURES PRISES DANS LE CADRE DES PLAINTES ET INTERVENTIONS .....	32
1.5.2 BILAN DES DOSSIERS TRAITÉS POUR MALTRAITANCE .....	38
1.5.3 SIGNALEMENTS DE MALTRAITANCE .....	39
1.5.4 MALTRAITANCE À DÉCLARATION NON OBLIGATOIRE .....	44
1.6 BILAN DES RECOMMANDATIONS DE LA COMMISSAIRE .....	45
1.7 BILAN DES DOSSIERS ANALYSÉS PAR LE PROTECTEUR DU CITOYEN EN DEUXIÈME INSTANCE .....	46
1.8 BILAN DES DOSSIERS PROVENANT DU CAAP-OUTAOUAIS .....	47
1.9 BILAN DES DOSSIERS TRANSMIS POUR ÉTUDE À DE FINS DISCIPLINAIRES .....	48
1.10 BILAN DES DEMANDES D'ASSISTANCE .....	48
1.11 BILAN DES CONSULTATIONS .....	49
1.12 BILAN DES AUTRES FONCTIONS ET AUTRES RESPONSABILITÉS LÉGALES DE LA COMMISSAIRE .....	50
<b>PARTIE 2</b> .....	<b>52</b>
<b>CONCLUSION ET OBJECTIFS 2024-2025</b> .....	<b>52</b>
<b>ANNEXE 1</b> .....	<b>54</b>
<b>ANNEXE 2</b> .....	<b>57</b>
<b>PARTIE 3</b> .....	<b>88</b>
RAPPORT DES MÉDECINS EXAMINATEURS .....	88
<b>PARTIE 4</b> .....	<b>96</b>
RAPPORT DU COMITÉ DE RÉVISION.....	96
<b>PARTIE 5</b> .....	<b>99</b>
<b>CENTRE D'HÉBERGEMENT CHAMPLAIN-DE-GATINEAU</b> .....	<b>99</b>
5.1 BILAN DES DOSSIERS DE PLAINTES 2023-2024 .....	99
5.2 BILAN DES DOSSIERS D'INTERVENTION .....	99
5.3 BILAN DES DEMANDES D'ASSISTANCE .....	100
5.4 BILAN DES DOSSIERS TRANSMIS POUR ÉTUDE À DE FINS DISCIPLINAIRES .....	100
5.5 LE RECOURS AU PROTECTEUR DU CITOYEN.....	100
5.6 BILAN DES CONSULTATIONS.....	101
5.7 BILAN DES AUTRES FONCTIONS ET AUTRES RESPONSABILITÉS LÉGALES DE LA COMMISSAIRE.....	101
5.8 RAPPORT DU MÉDECIN EXAMINATEUR .....	101
<b>PARTIE 6</b> .....	<b>102</b>
<b>VIGI DE L'OUTAOUAIS</b> .....	<b>102</b>
6.1 BILAN DES DOSSIERS DE PLAINTES 2023-2024 .....	102
6.2 BILAN DES DOSSIERS D'INTERVENTION .....	102
6.3 BILAN DES DEMANDES D'ASSISTANCE .....	102
6.4 BILAN DES DOSSIERS TRANSMIS POUR ÉTUDE À DE FINS DISCIPLINAIRES .....	103

6.5 LE RECOURS AU PROTECTEUR DU CITOYEN.....	103
6.6 BILAN DES CONSULTATIONS.....	103
6.7 BILAN DES AUTRES FONCTIONS ET AUTRES RESPONSABILITÉS LÉGALES DE LA COMMISSAIRE.....	103
6.8 RAPPORT DU MÉDECIN EXAMINATEUR .....	103

## Liste des sigles ou acronymes

CA	Conseil d'administration
CAAP	Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHSP	Centre hospitalier de soins psychiatriques
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CPQS	Commissaire aux plaintes et à la qualité des services
CR	Centre de réadaptation
CVQ	Comité de vigilance et de la qualité
DIE	Direction des inspections et enquêtes
GAP	Guichet d'accès à la première ligne
LAMAA	Ligne aide maltraitance adultes âgés
LPJ	Loi de la protection de la jeunesse
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MDPR	Médecin, dentiste, pharmacien ou un résident
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OC	Organisme communautaire
PDC	Protecteur du citoyen
RI	Résidence intermédiaire
RPA	Résidence privée pour âgés
RTF	Résidence de type familial
SIGPAQS	Système intégré de gestion des plaintes et amélioration de la qualité des services
SPU	Services préhospitaliers d'urgence

## Liste des graphiques

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

Graphique 1.	Dossiers ouverts selon le type pour l'exercice 2023-2024.....	13
Graphique 2.	Évolution du nombre de dossiers reçus sur 3 ans.....	15
Graphique 3.	Motifs de plainte par catégorie pour l'année 2023-2024.....	18
Graphique 4.	Évolution des motifs de plaintes conclues en pourcentage par catégories.....	19
Graphique 5.	Distribution des motifs traités 2023-2024.....	22
Graphique 6.	Distribution des motifs de plainte par direction avec plus de 5 motifs (CH Gatineau, Hull, Papineau).....	24
Graphique 7.	Évolution des dossiers d'intervention depuis les trois dernières années.....	30
Graphique 8.	Distribution des motifs d'interventions pour les dossiers conclus.....	31
Graphique 9.	Distribution des motifs d'interventions pour les dossiers conclus par type de milieu.....	31
Graphique 10.	Nombre de motifs d'interventions pour les dossiers conclus par type de milieu.....	32
Graphique 11.	Répartition des signalements de maltraitance conclus en 2023-2024 par type de signalant.....	39
Graphique 12.	Pourcentage des types de maltraitance pour les dossiers conclus de signalements de maltraitance 2023-2024.....	40
Graphique 13.	Directions et partenaires impliqués dans les signalements de maltraitance conclus en 2023-2024.....	40
Graphique 14.	Type de personne présumée maltraitante pour les signalements de maltraitance conclus en 2023-2024.....	41
Graphique 15.	Principaux types de maltraitance par milieux de vie.....	41
Graphique 16.	Répartition des mesures prises pour les signalements de maltraitance conclus en 2023-2024.....	42
Graphique 17.	Nombre de dossiers du PDC en 2023-2024.....	46
Graphique 18.	Évolution du nombre d'assistances.....	48
Graphique 19.	Évolution du nombre d'assistances par motif.....	48
Graphique 20.	Évolution du nombre de consultations.....	49

## Liste des tableaux

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

Tableau 1.	Faits saillants 2023-2024.....	14
Tableau 2.	Comparatif des dossiers de plainte selon l'étape de l'examen.....	16
Tableau 3.	Auteur de la plainte.....	16
Tableau 4.	Principaux motifs traités en CHSLD.....	26
Tableau 5.	Les principaux motifs d'insatisfaction pour les plaintes en RPA.....	27
Tableau 6.	Proportion des motifs de plainte en RI.....	28
Tableau 7.	Délai pour conclure les dossiers lors de l'exercice 2023-2024.....	29
Tableau 8.	Évolution des dossiers d'intervention.....	30
Tableau 9.	Portrait des recours à l'article 33.1 de la LSSSS en 2023-2024.....	38
Tableau 10.	Comparatif sur 3 ans des dossiers de maltraitance.....	38
Tableau 11.	Mesures pour la maltraitance non obligatoire.....	44
Tableau 12.	Bilan des recommandations émises par la commissaire pour l'exercice 2023-2024.....	45
Tableau 13.	Bilan des motifs par le PDC pour l'exercice 2023-2024.....	46
Tableau 14.	Bilan des recommandations émises par le PDC pour l'exercice 2023-2024.....	47
Tableau 15.	Autres fonctions de la commissaire.....	51

### Annexe 2

Tableau 16.	Liste des recommandations et mesures .....	56
-------------	--	----

### **Rapport des médecins examinateurs pour le CISSS de l'Outaouais**

Tableau 17.	Bilan des dossiers de plainte selon l'étape de l'examen .....	92
Tableau 18.	Bilan des dossiers de plainte selon l'étape de l'examen et l'instance visée .....	92
Tableau 19.	Dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires .....	93
Tableau 20.	Plaintes conclues selon le motif .....	93
Tableau 21.	État des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu selon le délai d'examen .....	94

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

Tableau 22.	Les motifs, conclusions et délais de traitement des dossiers .....	97
Tableau 23.	État des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu selon le délai d'examen .....	97

### **Centre d'hébergement Champlain-de-Gatineau**

Tableau 24.	Bilan des dossiers de plaintes 2023-2024 Champlain .....	99
Tableau 25.	Évolution des dossiers d'intervention .....	100

### **Vigi de l'Outaouais**

Tableau 26.	Évolution des dossiers d'intervention .....	102
-------------	---	-----

## **Droit de réserve**

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

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

À titre de commissaire aux plaintes et à la qualité des services du Centre intégré de santé et des services sociaux (CISSS) de l'Outaouais, j'ai le plaisir de vous présenter, conformément à l'article 33 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS), le rapport annuel de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CISSS de l'Outaouais. Ce rapport, couvre la période du 1<sup>er</sup> avril 2023 au 31 mars 2024, intègre le rapport annuel des médecins examinateurs, ainsi que le rapport annuel du comité de révision, comme prévu à l'article 76.11 de la LSSSS.

Cette année fut une année record. En effet, 2587 dossiers ont été traités, que ce soit pour des plaintes, des signalements de maltraitance, des demandes d'assistance, des interventions, des consultations et des plaintes de nature médicale. Les données citées dans ce rapport sont recueillies par le biais du Système intégré Web de gestion des plaintes et amélioration de la qualité des services (SIGPAQS).

Au cours de cette année, les acteurs du régime d'examen des plaintes ont concentré leurs efforts afin d'offrir, avec rigueur, un traitement diligent des plaintes et des insatisfactions leur ayant été adressées par les usagers ou par leurs représentants. Dans mon dernier rapport annuel, je vous mentionnais que mon équipe travaillait à développer un outil dynamique pour le suivi des recommandations et des mesures en collaboration avec la Direction générale, les directions ainsi que le Comité de Vigilance et de la qualité des services. L'outil a été déployé le 1<sup>er</sup> avril 2023.

La collaboration des différentes parties prenantes est essentielle pour développer une vision globale des besoins de la clientèle et ainsi identifier les meilleures stratégies pour augmenter la satisfaction de celle-ci. Cette contribution me permet d'exercer pleinement mon rôle et d'arriver à travailler concrètement à l'amélioration de la qualité des services au sein de l'établissement.

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



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

# INTRODUCTION

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

L'année 2023-2024 fut marquée par une augmentation importante des signalements de maltraitance depuis l'an dernier.

Ce rapport comprend le bilan des activités de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services, celui du médecin examinateur et du comité de révision ainsi que des signalements obligatoires de maltraitance, selon la circulaire 2022-020 du MSSS sur le régime d'examen des plaintes du réseau de la santé et des services sociaux.

## Le régime d'examen des plaintes et ses assises légales

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

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

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

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

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

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

### **Les clientèles desservies**

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

- D'une installation du CISSS de l'Outaouais ;

- D'une ressource intermédiaire ou de type familial ou résidence pour personne âgée ;
- De tout autre organisme, société ou personne auxquels l'Établissement recourt, notamment par entente pour la prestation de ces services (art. 34 LSSSS).

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

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

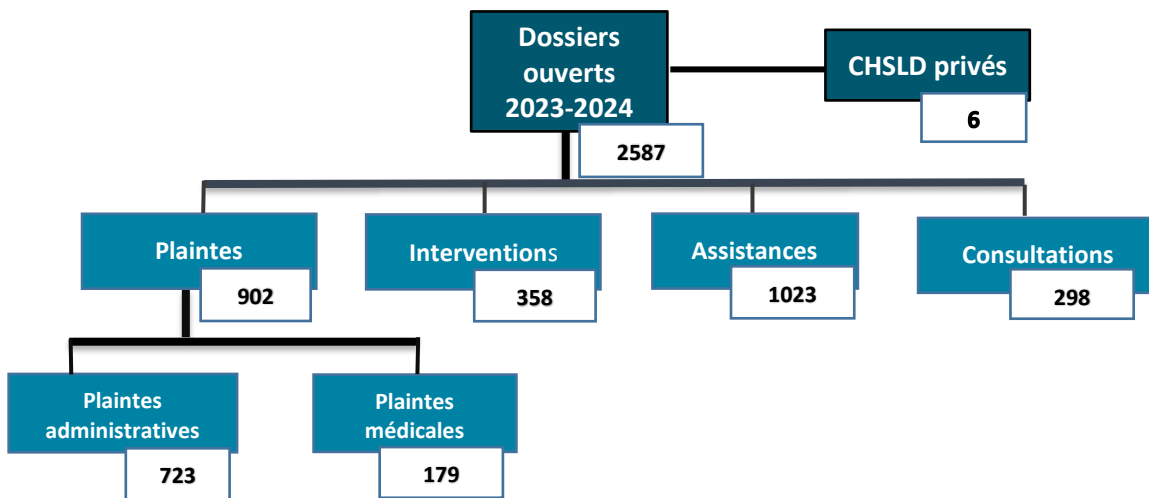
Les droits des usagers, comme prévu par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, sont les suivants :

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

## 1.1 RAPPORT DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET A LA QUALITÉ DES SERVICES

Un total de 2587 dossiers a été traité par le bureau de la commissaire au cours de l'exercice 2023-2024 comparativement à 1790 en 2022-2023, ce qui représente une augmentation de 44,5 % quant au volume de dossiers traités. De ces 2587 dossiers, 6 concernent un des deux CHSLD privés conventionnés, soit Champlain. J'aborderai ces deux instances séparément dans le rapport annuel aux parties 5 et 6. Le bilan comme demandé par la circulaire du MSSS (2022-020) est présenté au CVQ de chacune des instances privées (Vigi Santé et Champlain).

**Graphique 1. Dossiers ouverts selon le type pour l'exercice 2023-2024**



Les faits saillants de l'année sont :



Légende :	
Augmentation	
Diminution	

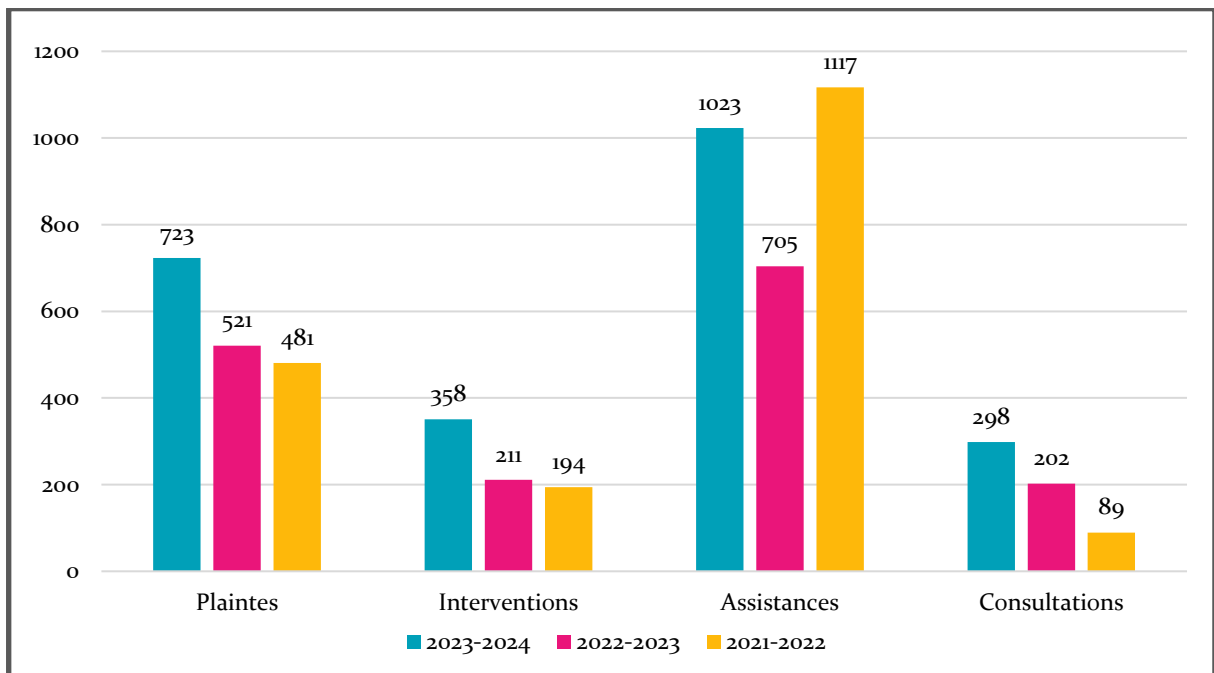
Tableau 1. Faits saillants 2023-2024

	2023-2024	2022-2023	Constats
	606	478	Nombre de dossiers de plaintes conclus au 31 mars de l'année financière en cours
	723	521	Plaintes
	78	35	Nombre de dossiers de plaintes provenant de l'exercice financier de l'année précédente
	470	498	Nombre de mesures d'améliorations à portée individuelle
	872	748	Nombre de mesures d'améliorations à portée systémique
	298	202	Consultations
	38	11	Dossiers transmis pour étude à de fins disciplinaires
	179	131	Plaintes médicales
	323	94	Signalements obligatoires de maltraitance

- Il s'agit de la 3<sup>e</sup> année consécutive pour laquelle une augmentation des plaintes est observée;
- L'année a débuté avec 78 dossiers de plainte provenant de l'exercice 2022-2023 et 723 nouveaux dossiers de plainte ont été reçus au cours de l'année, pour un total de 801 dossiers;
- De ces 801 dossiers, 606 ont été conclus au 31 mars 2023, soit 76 %.

- Le nombre de plaintes a augmenté de 39 % comparativement à l’an dernier avec 723 plaintes administratives. De ce nombre :
  - 67,33 % des plaintes ont été traitées à l’intérieur du délai légal de 45 jours, comparativement à 91 % pour l’année 2022-2023 ;
  - 28 dossiers de plaintes ont été acheminés en deuxième instance au Protecteur du citoyen ;
  - 179 plaintes médicales transmises aux médecins examinateurs, soit 37 % de plus que l’an dernier, dont 11 dossiers ont été acheminés en deuxième instance au Comité de révision, contre 7 l’année précédente ;
  - 358 dossiers d’intervention reçus, soit une augmentation de 70 % par rapport à l’année précédente ;
  - 1023 demandes d’assistance pour de l’aide à la formulation d’une plainte ou concernant l’accessibilité à un soin ou un service, soit une augmentation de 45 % par rapport à l’année précédente ;
  - 298 demandes de consultation référant à des demandes d’avis sur l’application du régime d’examen des plaintes et sur les droits des usagers, soit une augmentation de 48 % par rapport à l’année précédente.

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



## 1.2 Bilan des dossiers de plaintes

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

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

**Tableau 2. Comparatif des dossiers de plainte selon l'étape de l'examen**

EXERCICE	En cours d'examen au début de l'exercice		Reçus durant l'exercice		Conclus durant l'exercice		En cours d'examen à la fin de l'exercice		Transmis au 2e palier
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
2023-2024	78	117	723	39	606	26	195	150	28
2022-2023	35	13	521	8	478	0	78	123	41
2021-2022	31	-24	481	19	477	15	35	13	28

**Tableau 3. Auteur de la plainte**

Plaintes soumises par :	2023-2024	2022-2023	2021-2022
Usagers	68,3 %	75,4 %	72,3 %
Représentants	22,1 %	17,4 %	22,9 %
Tiers	9,6 %	7,2 %	4,8 %

Au cours de l'année, 68,3 % de ces plaintes ont été soumises par des usagers, 22,1 % par des représentants et 9,6 % par des tiers. Ainsi, ces plaignants ont contribué à l'amélioration de la qualité des soins et des services pour la population et les usagers du CISSS de l'Outaouais en favorisant la mise en place de mesures d'amélioration de la qualité des soins et des services tangibles permettant de prévenir la récurrence de situations similaires.

L'analyse et le traitement des 606 dossiers de plaintes conclus ont mené à des mesures d'amélioration de la qualité des soins et des services.

## **Plaintes par missions et installations**

Des 606 plaintes conclues en 2023-24, la répartition des principales missions est la suivante:

- 63 % pour la mission CHSGS, soit 374 plaintes ;
- 14 % pour la mission CLSC, soit 83 plaintes ;
- 9,6 % pour la mission CPEJ, soit 57 plaintes ;
- 5 % pour la mission RPA, soit 30 plaintes ;
- 3,6 % pour la mission CHSP, soit 21 plaintes ;
- 3,2 % pour la mission CHSLD, soit 19 plaintes ;
- 2,8 % pour la mission RI, soit 17 plaintes ;
- 1,7 % pour la mission Organisme communautaire, soit 11 plaintes.

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

- Hôpital de Hull, 25 % (150 plaintes) ;
- Hôpital de Gatineau, 18 % (108 plaintes) ;
- Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse de l'Outaouais, 10 % (60 plaintes) ;
- RPA 5 % (30 plaintes) ;
- Hôpital en santé mentale Pierre-Janet 3,5 % (21 plaintes) ;
- Hôpital et CHSLD de Papineau 3,3 % (20 plaintes) ;
- Centre multiservice de santé et de services sociaux de Gatineau (La Gappe) 3,1 % (19 plaintes) ;
- Centre de prélèvements externe (75, boul. La Gappe) 2,5 % (15 plaintes) ;
- 104 rue Lois (soutien à domicile urbain) 2 % (12 plaintes).

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

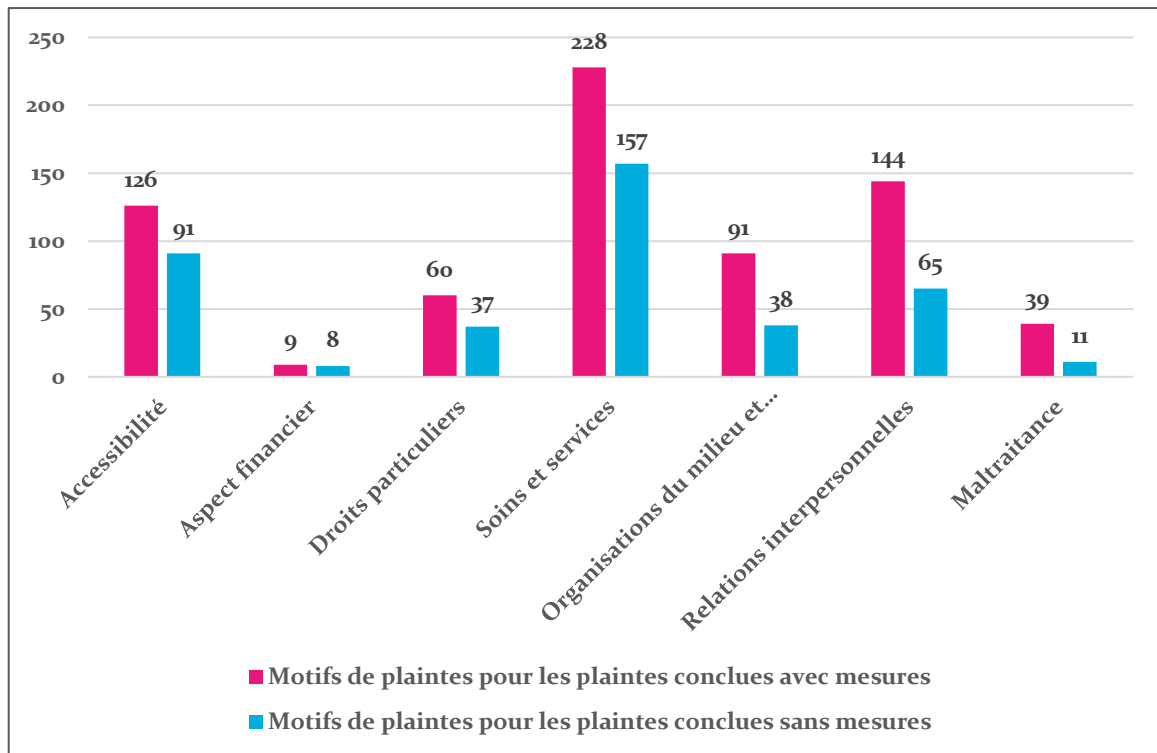
Les 606 plaintes conclues visaient 1104 motifs. De ces motifs :

- 697 motifs de plaintes ont mené à des mesures (63,1 %) ;
- 407 motifs de plaintes n'ont pas mené à des mesures (36,9 %) ;
- 65 % des mesures sont à portée systémique.

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

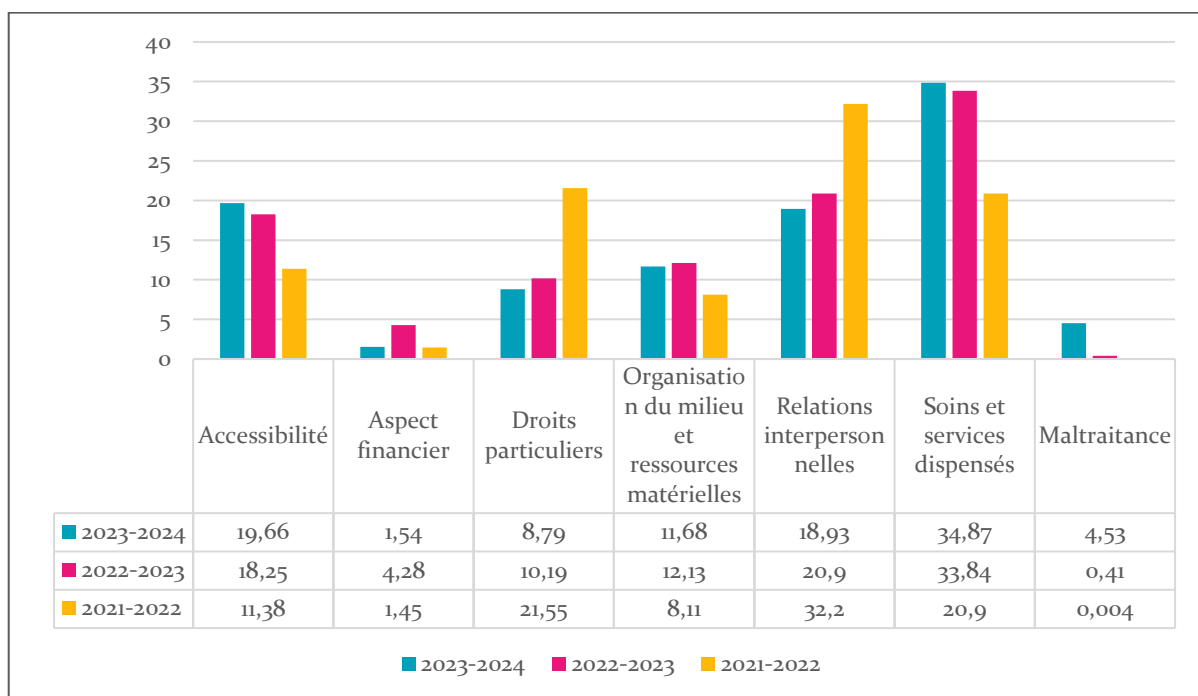
- Être une opportunité pour préciser les services offerts ;
- Donner de l'information générale touchant le fonctionnement des services concernés ;
- Expliquer les démarches d'amélioration en cours au moment du traitement de la plainte.

**Graphique 3. Motifs de plaintes par catégorie pour l'année 2023-2024**



Le graphique 3 permet de voir la tendance des mesures prises ou non par catégories de motifs en 2023-2024.

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



Une analyse plus approfondie des principaux motifs donne ce portrait :

<b>Soins et services</b>
<b>Sous-motifs :</b>
Traitements/interventions/services
Habilités techniques et professionnelles
Coordination entre les services

Concernant le motif de plaintes pour les soins et services dispensés, ce dernier constitue le principal motif de plaintes avec 34,87 % avec un taux similaire à l’an dernier. Ce motif représente plus du tiers des motifs de plaintes conclues.

Les principaux constats qui ressortent de mon analyse démontrent que les insatisfactions sont surtout à l’égard de la façon dont les interventions sont effectuées par le personnel particulièrement lors des soins et pour la médication, suivis d’enjeux sur les compétences techniques et professionnelles ainsi que le respect du Code des professions. En fait, lors de l’analyse des dossiers, des écarts d’ordre systémique sur les pratiques infirmières et d’ordre individuel sur la pratique en travail social pour les soins à domicile (SAD) et en milieu hospitalier

ont été soulevés. Ces deux sous-motifs sont imbriqués en ce sens que la majorité des traitements et interventions auprès des usagers nécessite de la part de l'employé, des habiletés techniques et professionnelles, pour bien les exécuter. Également, des écarts de pratiques du personnel soignant provenant de RPA et de RI (infirmiers auxiliaires, préposé aux bénéficiaires) ont été observés. Également, des enjeux de continuité, d'insuffisance de ressources et d'organisation des soins et services ont été observés dans les RPA particulièrement, ce qui a un impact sur la qualité et la sécurité des soins et services auprès des usagers.

Je note des écarts pour les urgences des hôpitaux concernant les habiletés techniques et professionnelles du personnel soignant ainsi que pour les traitements et les interventions par ce dernier.

Un autre constat qui ressort de mon analyse concerne la coordination entre les services, suivi de près par la continuité et l'organisation des soins et services. Au-delà de ce constat, je note des enjeux de documentation dans les dossiers d'usagers, des outils cliniques ainsi que dans les processus pour le transfert d'informations entre autres, aux points de transition, ce qui a un impact sur la fluidité des soins et services.

L'organisation des soins et services systémique signifie que l'organisation des soins touche l'ensemble de l'Établissement, d'une installation ou d'un secteur/service.

Les actions demandées aux différentes directions étaient à 64 % d'ordre systémique. Les mesures individuelles sont surtout axées sur l'encadrement, l'information et la sensibilisation de l'intervenant. Les mesures systémiques sont axées sur l'information et la sensibilisation des intervenants, l'amélioration des communications, ainsi que l'application et la révision de protocole clinique et administratif.

<b>Accessibilité</b>
<b>Sous-motifs :</b>
Temps d'attente pour obtenir un rendez-vous
Temps d'attente pour obtenir un résultat ou un rapport
Temps d'attente pour l'accès téléphonique

En ce qui a trait à l'accessibilité, ce motif représente 19,66 % des motifs de plaintes, similaire à l'année 2022-2023. Ce dernier demeure le 2<sup>e</sup> motif en importance pour les plaintes des usagers. Les enjeux principaux pour les usagers sont les délais pour être vu par un médecin à l'urgence, obtenir un rendez-vous, un résultat ou un rapport ainsi que le temps d'attente au téléphone. Lors de l'analyse des données, il s'agit entre autres des délais en imagerie, au GAP et au Centre de prélèvements externes.

Les mesures d'amélioration mises en place par les directions sont majoritairement d'ordre systémique (71 %) et sont liées à l'augmentation des ressources humaines, à l'application, à la révision de protocole clinique et administratif.

<b>Relations interpersonnelles</b>
<b>Sous-motifs :</b>
Commentaires inappropriés
Attitude non verbale inappropriée
Manque d'information et d'empathie

Ce motif représente 18,93 % des motifs de plaintes. Je note une certaine stabilité depuis l'année 2022-2023.

Les constats font référence à la communication et à l'attitude du personnel soient des commentaires et une attitude non verbale inappropriés ainsi que le manque d'informations et d'empathie. Ces éléments demeurent les principales insatisfactions depuis les trois dernières années.

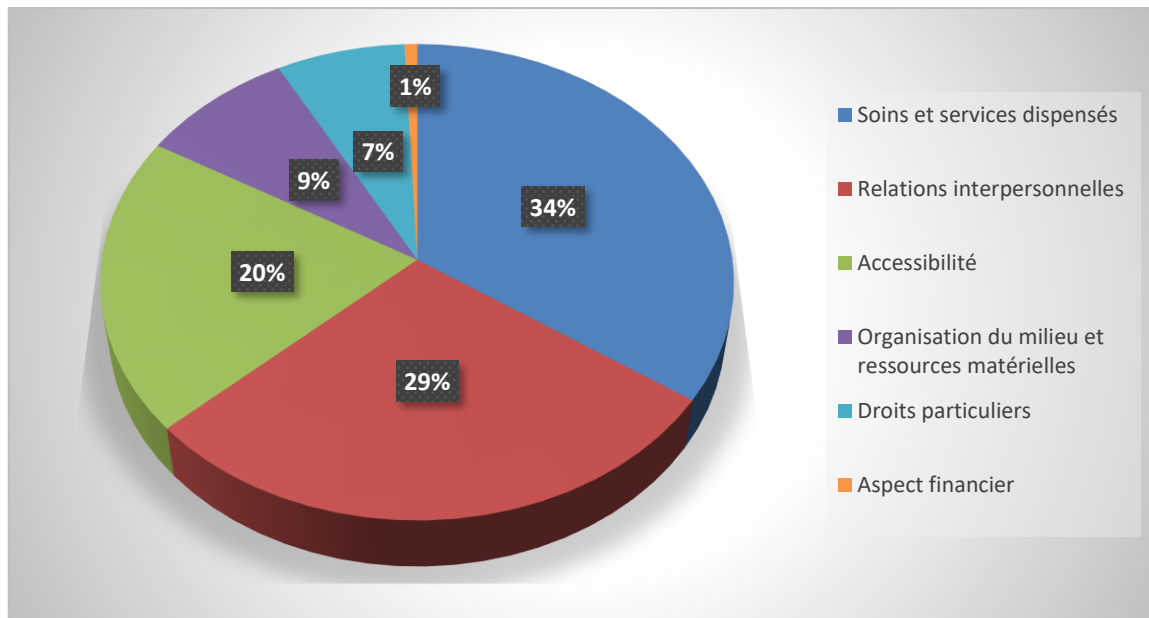
Toutefois, malgré que ce motif démontre une certaine stabilité, et ce, grâce aux efforts des directions par leurs différentes actions auprès de leurs équipes, je considère que les actions entreprises par la direction générale et les directions doivent se poursuivre. Une des conséquences est que le lien de confiance entre le personnel et les usagers est difficile à établir, ce qui a un impact négatif sur l'expérience usager, sur les soins et services reçus.

Les mesures sont surtout d'ordre individuel à 65 %, soit des mesures d'encadrement et de soutien ainsi que de la sensibilisation à l'égard du Code de conduite et du Code d'éthique de l'Établissement. Les mesures d'ordre systémique sont à l'égard de l'information, sensibilisation et formation des intervenants, et des équipes sur l'approche clientèle.

Lors de mon analyse, je constate que les urgences des hôpitaux ont des défis concernant les relations interpersonnelles, à l'égard de commentaires inappropriés ainsi que du manque d'écoute. Je constate également que le Centre de prélèvements externe a des enjeux avec le personnel clérical à l'égard de l'attitude non verbale et des commentaires inappropriés. Par contre, je note que des changements ont été apportés par la direction concernée et que la situation s'est grandement améliorée.

Les urgences représentent 27 % des plaintes conclues pour la mission CHSGS avec 139 motifs. Le graphique ci-dessous démontre la répartition de ces motifs.

**Graphique 5. Distribution des motifs traités en 2023-2024**



Le graphique 5 démontre que le motif principal est à l'égard des soins et services soit : la continuité, les traitements/interventions/services et les habilités techniques et professionnelles. Puis concernant les relations interpersonnelles, second motif prédominant, il s'agit majoritairement de la communication et de l'attitude. Le troisième motif en importance est lié à l'accessibilité et concerne surtout les délais. Nous pouvons observer que les motifs dominants pour les plaintes liées aux urgences sont les mêmes que pour l'ensemble des plaintes.

<b>Organisation du milieu et ressources matérielles</b>
<b>Sous-motifs :</b>
Personnalisation de l'alimentation
Hygiène et salubrité
Équipement et matériel

Le motif d'organisation du milieu et ressources matérielles représente 11,68 % des motifs de plaintes, ce qui est similaire à l'année 2022-2023.

Les principales insatisfactions sont en lien avec l'alimentation pour les usagers avec des allergies alimentaires, particulièrement au gluten qui peut avoir des conséquences graves si les directives

ne sont pas respectées. D'ailleurs, j'ai fait une recommandation à cet égard et celle-ci est en cours d'actualisation.

En ce qui a trait à l'hygiène et salubrité, la propreté des lieux est le principal élément et ceci, surtout en milieu hospitalier et en RPA.

Pour l'équipement et le matériel, les insatisfactions impliquent les bris mécaniques, la désuétude et la disponibilité de ces derniers, et ceci, concerne surtout des équipements en imagerie. Des plans de contingence ont été mis en place rapidement par la direction concernée et la direction générale afin de limiter les conséquences sur les usagers, les informer et les rassurer sur la situation.

La grande majorité des actions mises en place par les directions sont d'ordre systémique à 81 % et concerne l'ajustement technique et matériel ainsi que l'adaptation des soins et services.

<b>Droits particuliers</b>
<b>Sous-motifs :</b>
Droit à l'information
Accès au dossier
Accès aux services en langue anglaise

Pour les droits particuliers des usagers, ce motif représente 8,79 % des motifs de plaintes, une légère diminution comparativement à l'an dernier. Le droit à l'information sur les droits et recours ainsi que sur le régime d'examen des plaintes est la principale insatisfaction, suivi de l'accès au dossier particulièrement pour un dossier égaré et bris de confidentialité. Puis, pour l'accès aux services en langue anglaise, je note une diminution d'environ 4 % comparativement à l'an dernier.

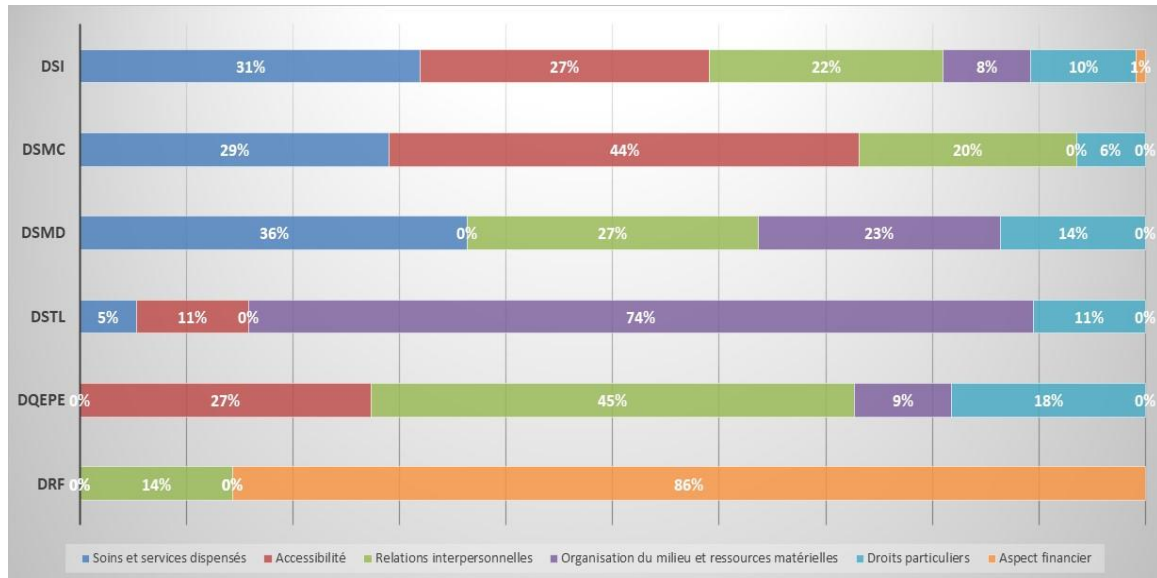
La grande majorité des actions mises en place par les directions sont d'ordre systémique à 77,68 % et concerne l'adaptation des soins et services par l'entremise de l'information et de la sensibilisation des intervenants, et l'amélioration des communications. Je veille à ce que les valeurs de l'établissement soient, la bienveillance, l'engagement, le partenariat et l'excellence ainsi que le code d'éthique, soient respectés de tous et des interventions sont faites auprès des directions et gestionnaires concernés, le cas échéant.

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

Comme indiqué à la page 17 du présent document, la mission CHSGS représente 63 % des plaintes conclues et 409 motifs de plaintes. Le graphique ci-dessous vous permet de comprendre la

répartition des plaintes conclues dans les hôpitaux de Gatineau, Hull et Papineau, en fonction de la direction concernée et des motifs. Le nombre de plaintes pour les 3 hôpitaux suivants, étant inférieures à 5, Hôpital et CHSLD-Mémorial de Wakefield, Hôpital et CHSLD du Pontiac et Hôpital de Maniwaki n'est pas présenté dans le graphique ci-bas.

**Graphique 6. Distribution des motifs de plainte par direction avec plus de 5 motifs (CH Gatineau, Hull, Papineau)**



L'objectif de mettre en évidence les principaux motifs de plaintes des usagers qui bénéficient de soins et services est de démontrer que plusieurs directions sont impliquées en milieu hospitalier pour rendre des soins et services à la population. Des efforts constants sont faits pour l'amélioration continue de ces soins et services.

<b>Maltraitance</b>
Sous-motifs :
Maltraitance organisationnelle (négligence) par un dispensateur de services
Maltraitance physique (violence) par un dispensateur de services

Je constate que les plaintes pour motif de maltraitance sont minimes, représentant 4,53 % des motifs. Le nombre de plaintes est passé de 13 à 40. Cette donnée démontre que les personnes victimes de maltraitance n'ont pas tendance à porter plainte pour ce motif. La maltraitance organisationnelle par négligence est le principal sous-motif à l'égard du motif de maltraitance.

Une plainte avec motif de maltraitance s’est avérée non fondée. Toutes les autres ont conduit à des mesures. Les actions mises en place sont à 82,03 % d’ordre systémique et sont à l’égard de l’adaptation des soins et des services telles qu’informer et sensibiliser les intervenants, ainsi que l’application de règles et de procédures portant notamment sur la lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité. Le volet maltraitance sera traité dans une section indépendante du rapport à la page 38.

<b>Aspects financiers</b>
<b>Sous-motifs :</b>
Facturation à des non-résidents du Québec
Processus de réclamation

Ce motif représente seulement 1,54 %, de l’ensemble des motifs avec une légère diminution par rapport à l’année 2022-2023. Les insatisfactions sont liées à la facturation, majoritairement à des non-résidents du Québec, ayant sollicité des soins aux urgences en urbain. Dans certaines situations, le formulaire de responsabilité de paiement n’a pas été signé par les deux parties ou non signé par l’une ou l’autre des parties, ce qui a fait en sorte que l’Établissement a dû rembourser les frais encourus aux usagers. En revanche, j’ai observé une amélioration pour la complétion dudit formulaire ainsi que sur l’information transmise aux usagers comparativement à l’année 2022-2023 suite à la mise en place de mesures par les directions concernées.

Les mesures d’amélioration mises en place sont surtout d’ordre systémique (60 %) et sont liées à la révision et à l’application des protocoles en place. D’ailleurs, une recommandation est en cours d’actualisation par les directions concernées afin d’adresser cette problématique.

### **1.3 Portrait des plaintes par milieux de vie**

#### ➤ **Portrait des plaintes en CHSLD**

En 2023-2024, j’ai conclu 18 plaintes en CHSLD contre 10 l’an dernier. Voici un portrait des principaux motifs soulevés en CHSLD. La Maison des aînés (MDA) est incluse dans cette catégorie.

**Tableau 4. Principaux motifs traités en CHSLD**

<b>Motifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Soins et services dispensés</b>	<b>36,11 %</b>
Traitement / intervention / services (action faite)	16,67
Compétence technique et professionnelle (capacité de base à faire le travail)	11,11
<b>Maltraitance (Loi)</b>	<b>19,44 %</b>
<b>Par un dispensateur de services</b>	
Maltraitance physique	8,33
Maltraitance organisationnelle (Soins et Services)	2,78
<b>Par un proche ou un tiers</b>	
Maltraitance physique	2,78
<b>Par un usager</b>	
Maltraitance physique	5,56
<b>Organisation du milieu et ressources matérielles</b>	<b>16,67 %</b>
Alimentation	5,56
Compatibilité des clientèles	2,78
Confort et commodité	2,78
Confort de la chambre	2,78
Hygiène / salubrité / désinfection	2,78
Sécurité et protection	2,78
<b>Relations interpersonnelles</b>	<b>13,89 %</b>
<b>Droits particuliers</b>	<b>11,11 %</b>
Droit à l'information	5,56
Sécurité	5,56
<b>Total</b>	<b>100,00 %</b>

➤ **Portrait des plaintes dans les résidences privées pour aînés (RPA)**

Cette année, nous avons traité 94 dossiers impliquant des RPA visant 233 motifs différents. De ce nombre, 30 représentent des dossiers de plaintes qui ont été conclus. L'an dernier nous en avons conclu 16.

51,87 % des motifs concernent des plaintes contre 48,13 %, des interventions. Les interventions en RPA seront abordées à la section intervention à la page 29.

Le tableau 5 représente les principaux motifs pour les 30 dossiers de plaintes. Le motif principal concerne les soins et les services, comme mentionné précédemment pour l'ensemble des plaintes.

**Tableau 5. Les principaux motifs d’insatisfaction pour les plaintes en RPA**

<b>Motifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Soins et services dispensés</b>	<b>30,93 %</b>
Traitement / intervention / services (action faite)	12,37
Continuité des soins et des services	6,19
Organisation des soins et services (systémique)	6,19
<b>Organisation du milieu et ressources matérielles</b>	<b>27,84 %</b>
Alimentation	6,19
Compatibilité des clientèles	1,03
Conditions d'intervention ou de séjour adaptées	1,03
Confort et commodité	2,06
Équipement et matériel	5,15
Hygiène / salubrité / désinfection	4,12
Organisation spatiale	2,06
Règles et procédures du milieu	3,09
Sécurité et protection	3,09
<b>Droits particuliers</b>	<b>14,43 %</b>
Droit à l'information	10,31
Sécurité	2,06
Accès au dossier de l'utilisateur et dossier de plainte	1,03
Participation de l'utilisateur ou de son représentant	1,03
<b>Relations interpersonnelles</b>	<b>12,37 %</b>
Communication / attitude	9,28
Abus	2,06
Respect	1,03
<b>Maltraitance (Loi)</b>	<b>10,31 %</b>
Par un dispensateur de services	10,31
<b>Aspect financier</b>	<b>2,06 %</b>
Facturation	2,06
<b>Accessibilité</b>	<b>2,06 %</b>
Délais	1,03
Refus de services	1,03
<b>Total</b>	<b>100,00 %</b>

➤ **Portrait des plaintes dans les Ressources intermédiaires (RI)**

Cette année, nous avons traité 72 dossiers impliquant des RI visant 172 motifs différents. De ce nombre, 17 dossiers de plaintes ont été conclus en 2023-2024. Les autres dossiers seront abordés

à la section intervention à la page 29. Le tableau 6 illustre le portrait pour les 97 motifs des 17 plaintes conclues.

**Tableau 6. Proportion des motifs de plainte en RI**

<b>Motifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Soins et services dispensés</b>	<b>30,93 %</b>
Traitement / intervention / services (action faite)	12,37
Continuité	6,19
Organisation des soins et services (systémique)	6,19
<b>Organisation du milieu et ressources matérielles</b>	<b>27,84 %</b>
Alimentation	6,19
Équipement et matériel	5,15
Hygiène / salubrité / désinfection	4,12
<b>Droits particuliers</b>	<b>14,43 %</b>
Droit à l'information	10,31
Sécurité	2,06
Participation de l'utilisateur ou de son représentant	1,03
<b>Relations interpersonnelles</b>	<b>12,37 %</b>
Communication / attitude	9,28
Abus	2,06
Respect	1,0
<b>Maltraitance (Loi)</b>	<b>10,31 %</b>
Par un dispensateur de services	10,31
Maltraitance organisationnelle (Soins et Services)	4,12
Maltraitance physique	3,09
Maltraitance psychologique	2,06
Maltraitance sexuelle	1,03
<b>Aspect financier</b>	<b>2,06 %</b>
Facturation	2,06
<b>Accessibilité</b>	<b>2,06 %</b>
Délais	1,03
Refus de services	1,03
<b>Total</b>	<b>100,00 %</b>

➤ **Portrait des plaintes dans les Ressources de type familial (RTF)**

En 2023-2024, j'ai reçu et traité une seule plainte visant des soins et des services en RTF, ce qui équivaut à l'an dernier. Le seul motif de plainte évoqué est le droit à l'information.

#### 1.4 Délai de traitement des dossiers de plainte

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

Cette année, le délai de 45 jours a été respecté pour 408 des 606 dossiers de plainte conclus, soit dans 67,33 % des cas, comparativement à 91,01 % en 2022-2023.

Cette situation s'explique par une augmentation importante du nombre de plaintes, de signalements de maltraitance et de consultations. Aussi, la complexité des situations qui nous sont rapportées nécessite davantage de temps de traitement et d'analyse et ce, avec plusieurs parties prenantes.

**Tableau 7. Délai pour conclure les dossiers lors de l'exercice 2023-2024**

Dossiers conclus pendant l'exercice		
Délai	Nombre	%
Moins de 3 jours	63	10,41
4-15 jours	64	10,58
16-30 jours	12	1,98
31-45 jours	268	44,30
<b>Sous-total</b>	<b>408</b>	<b>67,33 %</b>
46-60 jours	72	11,88
61-90 jours	36	5,94
91-180 jours	54	8,91
181 jours et plus	36	5,94
<b>Sous-total</b>	<b>198</b>	<b>32,67 %</b>
<b>Total</b>	<b>606</b>	<b>100,00 %</b>

#### 1.5 Bilan des dossiers d'intervention

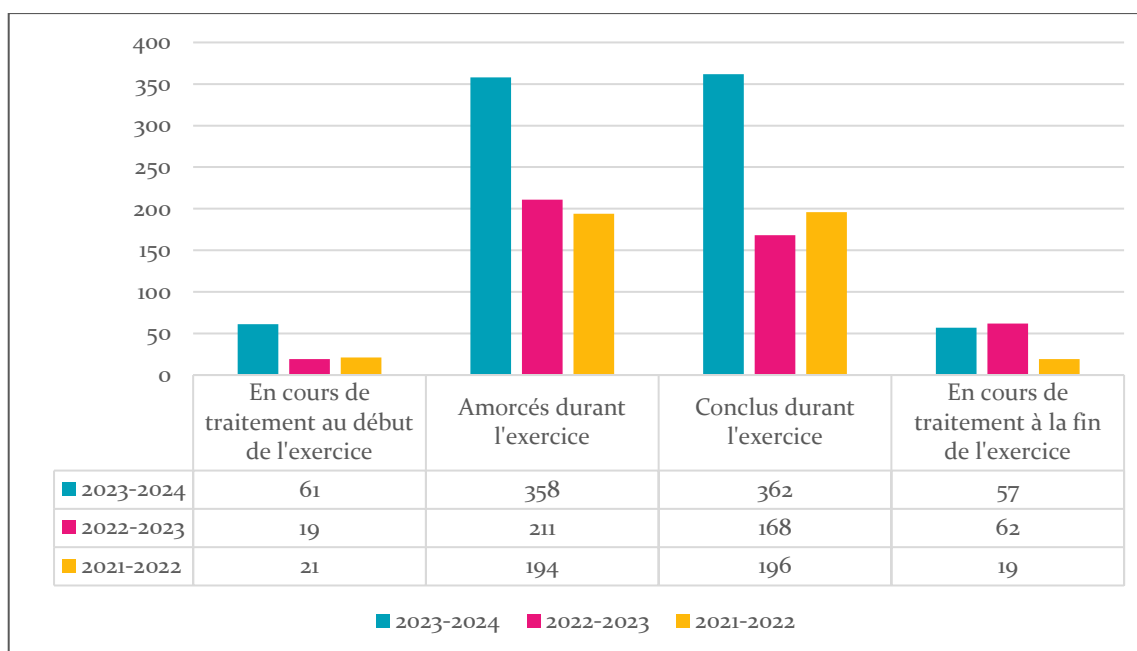
La Loi sur les services de santé et les services sociaux permet à la commissaire d'intervenir de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'elle a des motifs de croire que les droits d'un usager ou d'un groupe d'utilisateurs peuvent être lésés, que l'on nomme des interventions CPQS (art. 33, alinéa 7, Loi sur les services de santé et les services sociaux, 2008).

Cette section combine à la fois des signalements de maltraitance, les interventions CPQS et les interventions (plainte qui ne provient ni de l'utilisateur ni du représentant). Pour ces types de dossiers, l'année a débuté avec 61 dossiers provenant de l'exercice 2022-2023. 358 interventions ont été amorcées au cours de l'année, pour un total de 423 dossiers. De ces 423 dossiers, 362 ont été conclus et 57 dossiers sont toujours en cours de traitement à la fin de l'exercice.

**Tableau 8. Évolution des dossiers d'intervention**

EXERCICE	En cours de traitement au début de l'exercice		Amorcés durant l'exercice		Conclus durant l'exercice		En cours de traitement à la fin de l'exercice	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
2023 - 2024	61	221	358	70	362	114	57	-7
2022 - 2023	19	-10	211	9	168	-14	61	221
2021 - 2022	21	5	194	8	196	10	19	-10

**Graphique 7. Évolution des dossiers d'intervention depuis les trois dernières années**

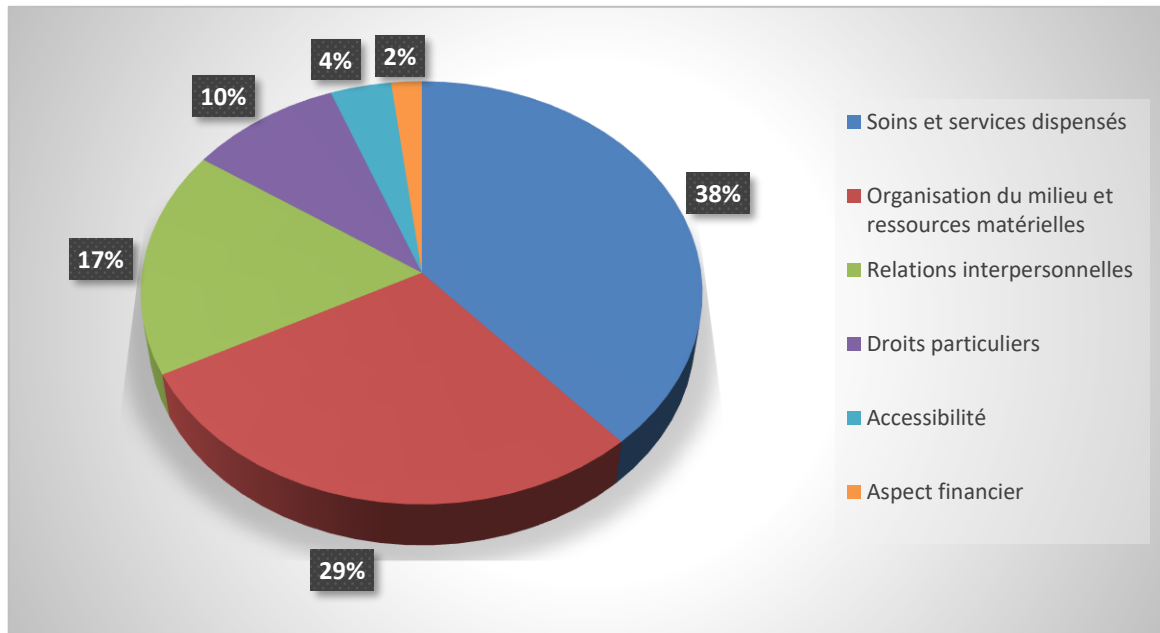


Pour l'année 2023-2024, les 25 dossiers d'intervention (plainte qui ne provient ni de l'utilisateur ni du représentant) ont été conclus et 32 motifs ont été analysés. Les graphiques 8 et 9 illustrent les motifs liés aux insatisfactions ainsi que le milieu visé. Puis, le graphique 10 permet de ventiler le nombre de motifs par type de milieu. Je note que le motif de soins et services est le motif principal comme dans les plaintes. L'enjeu principal est la continuité des soins et services. En fait, l'enjeu pour la continuité s'explique par le type de milieu touché par les interventions, soit les RI (33 %). Les résidents vivant dans ces milieux reçoivent des soins et services par différents partenaires du réseau, ce qui peut amener des défis dans la continuité pour la prestation des soins. Par exemple, changement de certains traitements après un séjour à l'hôpital ou après avoir vu la physiothérapeute des soins à domicile.

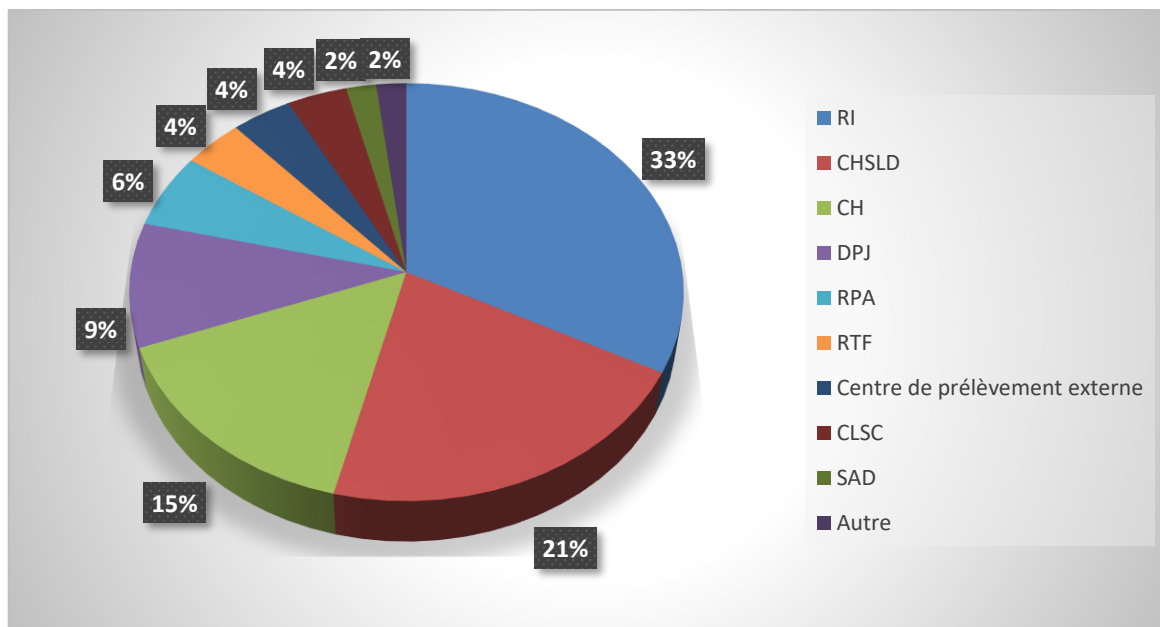
Le deuxième motif le plus fréquent soit l'organisation du milieu est moins prédominant dans les plaintes et ceci s'explique également par le type de milieu touché par les interventions, soit les RI et les CHSLD. En effet, il s'agit de milieux de vie et plusieurs insatisfactions sont à l'égard de la

sécurité et de la protection des résidents vivant dans le milieu et sur l'unité de vie. En ce qui a trait aux relations interpersonnelles, les enjeux sont en lien avec la communication et l'attitude du personnel, motifs similaires aux plaintes. Des mesures ont été mises en place dans 56 % des dossiers traités par les directions concernées. Vous pouvez vous référer à la page 32 pour consulter certaines mesures mises en place pour les plaintes et les interventions.

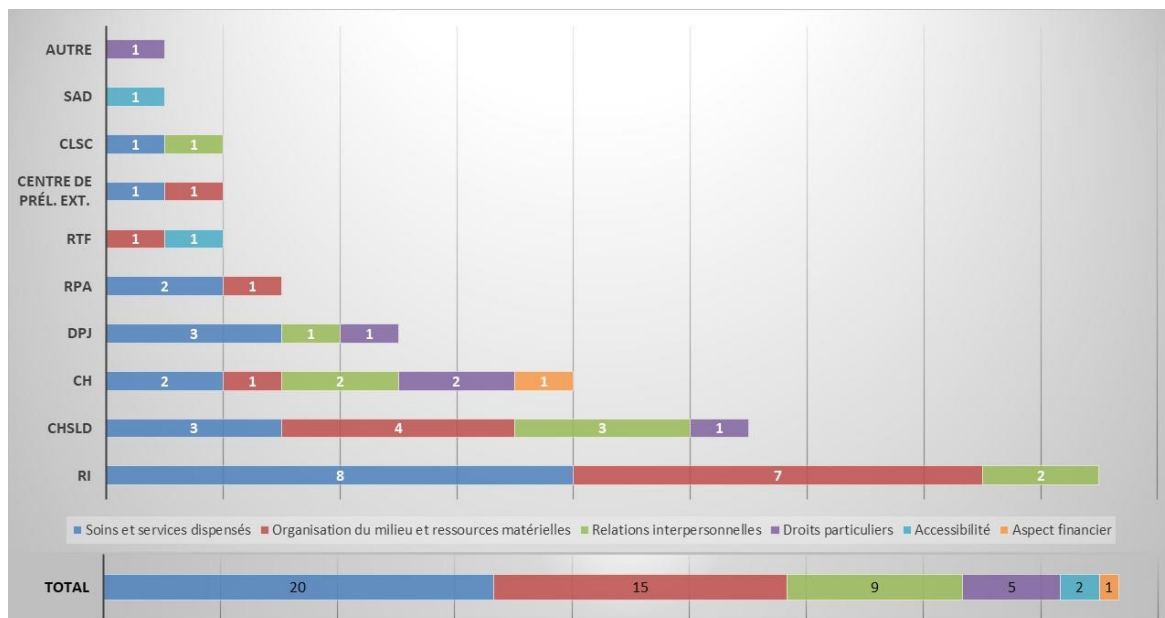
**Graphique 8. Distribution des motifs d'interventions pour les dossiers conclus**



**Graphique 9. Distribution des motifs d'interventions pour les dossiers conclus par type de milieu**



**Graphique 10. Nombre de motifs d'interventions pour les dossiers conclus par type de milieu**



### 1.5.1 Principales mesures prises dans le cadre des plaintes et interventions

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

#### DSPPC :

- Faire une sensibilisation et un rappel au niveau des médecins pour bien se conformer aux critères de conformité d'une requête.

#### DSMC :

- Élaborer une procédure et un guide pour les situations où le médecin prescripteur cesse sa pratique médicale, avec la collaboration de Direction des services professionnels et de la pertinence clinique.
- Rédaction d'une procédure de gestion des requêtes aux services d'imagerie.
- Diffusion d'une note de service de la procédure de gestion des RDV auprès des médecins.
- Augmenter le ratio d'infirmières et d'agents administratifs pour diminuer les délais d'attente pour la ligne téléphonique du Guichet d'accès à la première ligne (GAP).

- Augmenter la structure de l'équipe en affichant 7 postes d'infirmières cliniciennes au GAP.
- Rencontrer l'employée pour lui rappeler l'importance d'offrir un service à la clientèle de qualité et d'avoir une attitude professionnelle au travail en faisant preuve d'empathie et de respect envers les usagers et en respectant le code d'éthique de l'Établissement.
- Encadrer l'employée et lui offrir une formation afin qu'elle puisse s'approprier avec les outils nécessaires pour interagir de façon professionnelle avec les usagers. Un plan d'encadrement est en élaboration avec le service des relations de travail.
- Rencontrer l'employée concernée pour obtenir sa version des faits. Un avis verbal lui a été remis sur les bonnes pratiques d'hygiène des mains.
- Créer et mettre en circulation un document à remettre à chaque usager consultant la clinique des plaies complexes et contenant les informations pertinentes sur les risques et les complications que comporte la plaie.
- Élaborer une page web en collaboration avec le service des communications afin de rendre accessible l'ensemble des informations sur les différents services d'imagerie médicale de la région ainsi que les détails d'attente pour les différentes modalités d'imagerie médicale, en cours d'élaboration.

#### **DSMD :**

- Rappeler à tout le personnel lors des réunions d'équipe l'importance de s'assurer que les usagers profitent pleinement de leur visite en vérifiant si la présence d'un tiers est volontaire et, dans le cas contraire, de prendre en charge la situation pour que le deuxième usager quitte la chambre pendant la visite.
- Ajouter une section au guide des visiteurs (*en cours d'élaboration*) sur les modalités de visite et y inclure la note de se référer à l'équipe soignante en cas de situation affectant la qualité de la visite.
- Rencontrer l'employée visée par votre plainte pour lui signifier son écart dans sa pratique à l'égard du plan d'intervention;
- Rappeler aux travailleurs sociaux de l'équipe de la clinique premier épisode psychotique (PEP), les attentes à l'égard du plan d'intervention d'un usager.

#### **DSTL :**

- Aviser le personnel de l'équipe de nettoyage de l'hôpital de procéder au séchage du produit *Oxyvir* avec une microfibre après la désinfection afin de prévenir les traces de produit indésirables. Les gestionnaires concernées vont continuellement s'assurer du respect de cette mesure par les membres de leurs équipes respectives.
- Ajouter une ressource supplémentaire en soirée afin d'effectuer la fréquence de nettoyage et de désinfection (*high touch*), dans les chambres, salles de bains, corridors et ascenseurs selon le plan de gradation d'éclosion.

- Rehausser le *high touch* à 3 fois par jour selon le plan de gradation d'écllosion suivant celle *ERV N3*.
- Installer des stations murales afin de désencombrer les corridors de l'unité.
- Exiger aux employés d'hygiène et salubrité de suivre une formation de mise à jour en lien avec les procédures et techniques ainsi que la formation abrégée *Pratique en prévention et contrôle des infections*; sera faite d'ici juillet 2024.
- Que la Direction des services techniques et de la logistique revoit le menu pédiatrique et s'assure de l'adapter aux différentes tranches d'âge, et ce, d'ici le 30 avril 2023. Faire parvenir à la commissaire le menu révisé.
- Effectuer des audits de procédures pour les employés ayant des manquements liés aux procédures ou ayant eu des marquages inférieurs à 60%; en continu.
- Faire un rappel au personnel concerné de la DSTL sur l'importance que l'affiche soit mise lorsqu'un des ascenseurs de l'urgence des hôpitaux de Hull et Gatineau est hors service pour la clientèle.
- Acheter un fauteuil roulant et le réserver à l'usage exclusif des patients de la clinique externe de l'hôpital.

#### **DSADDR :**

- Effectuer des audits hebdomadaires qui sont faits par l'équipe CISSSO et la RI afin de mettre en place des moyens au besoin. Chaque intervenant CISSSO est responsable d'un ou plusieurs micro-milieus et il se doit, une fois par semaine, de visiter ce dernier afin d'observer et noter les potentiels écarts. Ce sont ces inquiétudes qui sont abordées lors des rencontres du mardi (tous les mardis). Ces audits se poursuivront tant que besoin il y aura.
- Sensibiliser l'équipe soignante à l'importance du premier contact avec la famille à l'intérieur de 24h suivant l'intégration, et ce même si l'usager est âgé de 14 ans et plus
- Développer et implanter un outil de trajectoire de prise en charge interne, créé par la spécialiste en activité clinique.
- Développer des outils en lien avec l'admission, le traitement et le congé afin de mieux encadrer la pratique et les communications avec les familles et les intervenants externes. Des consultations sont en cours avec différents Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) et des chercheurs en lien avec le Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM) afin de définir les modèles. La direction clinique est à l'étape de la conception et de l'évaluation pour le moment étant donné que les modèles ne sont pas encore approuvés par le ministère et l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) en milieu hospitalier;
- Planifier une rencontre après trois mois d'hébergement avec un nouveau résident et les membres de sa famille pour discuter de son processus d'adaptation et leur niveau de

satisfaction sur la qualité des soins et services offerts, aucune nouvelle admission n'a eu lieu depuis l'ajout de cette mesure;

- Mettre en place un formulaire de sondage anonyme aux 6 mois en lien avec la satisfaction de la clientèle, le premier sondage sera disponible le 10 juillet 2023 et le second le 10 janvier 2024;
- Mettre une boîte de suggestions à la disposition des résidents et les membres de leurs familles afin qu'ils puissent indiquer leurs recommandations au besoin; la boîte est prête et sera dévoilée aux résidents et leurs familles à partir du 12 mai 2023.
- Travailler en partenariat avec un organisme communautaire de la région afin d'offrir des places supplémentaires de camps de jour pour la clientèle ayant un profil similaire à celui de votre fille; certains détails demeurent à confirmer avant d'officialiser le nombre de semaines qui sera disponible pour la période estivale, d'ici quelques semaines.

**DRF :**

- Annuler la facture émise suite à la visite de votre proche à l'urgence de l'Hôpital de Hull.

**DPJ :**

- Rappeler à l'intervenante concernée l'importance de s'assurer que la confirmation du service de transports corresponde à la date de la visite.
- Reprendre le temps de la visite annulé en ajoutant le temps supplémentaire à vos visites parentales.
- Rappeler à l'ensemble des équipes de la DPJ, les règles entourant l'évaluation psychosociale dans le cadre de l'ouverture d'une tutelle au majeur, lors d'une rencontre d'équipe.
- Informer l'équipe sur leurs obligations à l'égard du plan d'intervention.

**DJ :**

- Demander aux sage-femmes de remettre à l'usagère une nouvelle copie des requêtes avec leur identifiant et signature, lorsqu'au début du suivi, les SF se rendent compte que l'usagère a déjà entamé son suivi auprès d'un autre professionnel de la santé et que certains tests demandés par ce dernier ne sont pas encore effectués. Cette façon de faire permettra aux SF de devenir le professionnel responsable de la transmission des informations et des résultats et réduira les délais dans l'obtention et le suivi de ces derniers.
- Faire un rappel à l'équipe traitante (*infirmiers et agents d'intervention en milieu psychiatrique*) lors du comité de qualité, afin de s'assurer que la feuille de goût des usagers soit adéquatement complétée et que les usagers soient accompagnés dans sa complétion.

- Faire un retour avec l'équipe afin que des rapports d'incident-accidents soient systématiquement remplis en cas de non-respect du plan alimentaire des usagers et que la cuisine en soit informée à chaque fois.
- Mettre à jour le guide de séjour afin que le bon numéro de poste de la gestionnaire y figure en cas de besoin.
- Remettre la pochette d'accueil aux jeunes et à leurs parents au moment de l'admission au lieu d'attendre la rencontre d'accueil.

#### **DSAPAH :**

- Rencontres hebdomadaires de l'infirmière ASI avec ses équipes pour discuter entre autres du signalement obligatoire de maltraitance.
- Impliquer l'équipe des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) auprès du résident concerné par le service 1 pour 1.
- Élaborer un plan d'intervention et discuter de son contenu et de sa mise en place afin d'assurer les soins nécessaires du résident concerné.
- Réviser le temps de repas et pauses des employés.
- Sensibiliser et suivre régulièrement les préposés aux bénéficiaires quant aux soins de base à effectuer. Une capsule faite à cet effet.
- Assigner une personne supplémentaire à l'unité de vie du 4<sup>e</sup> étage du CHSLD, de jour et de soir, afin d'augmenter la surveillance au couloir et dans les aires communes et d'assurer une surveillance visuelle dans les chambres.

#### **DQEPE :**

- Demander à l'exploitante de la RPA de mettre à jour le document d'accueil du résident conformément au nouveau règlement d'ici 30 jours. Le nouveau règlement à la certification a été présenté à l'ensemble des exploitants de RPA de l'Outaouais en avril 2023.
- Rencontrer l'exploitant de la RPA pour lui présenter le plan d'amélioration continue de la qualité.
- Réaliser deux tournées visuelles non planifiées par l'équipe de certification d'ici la fin mars 2024 pour s'assurer du respect de toutes les dispositions du Règlement et du traitement des résidents (article 8), dont au moins un pendant le repas pour observer le déroulement et le menu.
- Faire un rappel et un suivi auprès du personnel des archives sur l'importance de ne pas donner de fausses promesses aux usagers quant aux délais de réception des documents demandés en raison, entre autres, du manque de ressources humaines, bien connu du personnel.

- Effectuer un suivi auprès de l'équipe de nuit du service des archives, afin de sensibiliser le personnel à l'importance de bien connaître les chariots afin d'éviter que le dossier d'un usager soit amené dans le mauvais secteur
- Rappeler à l'ensemble des employés des archives en lien avec l'importance de préparer adéquatement les dossiers et de s'assurer de faire une double vérification afin que les dossiers soient placés sur les bons chariots.
- S'assurer que tous les employés obtiennent une mise à jour dans la formation *Clic-Santé*.
- Déployer un guide amélioré et harmonisé des pratiques d'utilisation de la plateforme *Clic Santé*.
- Effectuer des tournées pour rappeler aux réceptionnistes l'importance de faire preuve d'un bon service à la clientèle, notamment saluer les usagers qui entrent.

#### **DSI :**

- Offrir une deuxième option lorsque possible aux usagers afin que les chirurgies générales se fassent aux centres hospitaliers de Maniwaki ou Papineau.
- Demander aux infirmières d'évaluer la douleur à l'aide du PQRSTU et d'administrer de la médication selon les ordonnances collectives disponibles au triage ; en continu.
- Effectuer des audits mensuels pour assurer la qualité de transmission des informations lors des rapports inter quarts.
- Évaluer la gestion de la médication dans une résidence pour personnes âgées.
- Rappeler à l'ensemble de l'équipe des cliniques externes de toujours effectuer un rapport d'incident/accident (AH-223) à chaque fois qu'un dossier est manquant et non reçu des archives.
- Rappeler au personnel infirmier de l'importance de rédiger leurs notes aux dossiers ainsi que leur rôle dans l'enseignement aux usagers post-chirurgies, de donner des recommandations claires et précises, et de consigner le tout dans les notes aux dossiers.
- Créer une fiche-conseil le retour à la maison-chirurgie ambulatoire-Chirurgie anale afin qu'elle soit remise aux usagers à la suite de la chirurgie, en collaboration avec la conseillère en soins infirmiers.
- Rencontrer l'infirmier concerné pour lui rappeler la norme à l'égard de garder un usager à jeun ainsi que l'importance de faire ses notes au dossier (*règles de documentation au dossier*) de l'usager pour assurer la continuité des soins.
- Faire un retour auprès du personnel hospitalier sur l'importance de rejoindre un parent afin d'avoir le consentement avant de donner un soin, ceci en lien avec la politique (P-043) sur le Consentement aux soins et services en santé et services sociaux.
- Réexpliquer à l'équipe de l'unité la politique P-053 Transfert de l'information aux points de transition de soins et de services du CISSS de l'Outaouais afin qu'elle soit appliquée comme attendu.

### 1.5.2 Bilan des dossiers traités pour maltraitance

La Loi 6.3 a pour objet de lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute personne majeure en situation de vulnérabilité en édictant des mesures qui visent notamment à faciliter la dénonciation des situations de maltraitance et à agir pour mettre fin à une situation de maltraitance. Cette loi confère à la commissaire la responsabilité de traiter les plaintes et signalements effectués dans le cadre de la Loi 6.3 s'inscrivant dans la Politique de lutte contre la maltraitance envers les personnes en situation de vulnérabilité de l'Établissement. C'est-à-dire que la commissaire reçoit les signalements des situations présumées de maltraitance.

Voici un rappel des signalements obligatoires que la commissaire doit recevoir :

- Des résidents en Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ;
- Des personnes majeures en Ressource intermédiaire (RI) et en Ressource de type familial (RTF) ;
- Des personnes en tutelle, ou sous mandat de protection homologué ;
- D'un résident en situation de vulnérabilité en Résidence pour personnes âgées (RPA) ;
- D'une personne inapte selon une évaluation médicale.

Les situations de maltraitance sont traitées de façon prioritaire et les dossiers sont fermés seulement lorsqu'un filet de sécurité est mis en place pour mettre fin à la situation de maltraitance ou lorsque les mesures mises en place sont adéquates pour assurer la sécurité de l'utilisateur. L'article 33.1, permettant au CPQS qui, *dans l'exercice de ses fonctions, a des motifs raisonnables de croire à l'existence d'une situation susceptible de compromettre la santé ou le bien-être d'un usager ou d'un groupe d'utilisateurs, incluant une telle situation qui découlerait de l'application de pratiques ou de procédures, doit transmettre au directeur général de l'établissement concerné ainsi qu'au ministre une copie des conclusions motivées auxquelles il en est arrivé accompagnées, le cas échéant, de ses recommandations au conseil d'administration concerné.* Deux situations ont été soumises au MSSS au cours de l'année, conformément à l'article 33.1 de la LSSSS. Une de ces situations se déroule en RPA et l'autre en RI.

**Tableau 9. Portrait des recours à l'article 33.1 de la LSSSS en 2023-2024**

Milieu de vie	Plainte	Intervention CPQS
RPA	0	1
RI	1	0

Depuis la dernière année, un recours à la Direction des inspections et des enquêtes (DIE) du ministère de la Santé et des Services sociaux peut être fait, dans le cas où les motifs sont de nature pénale en vertu des articles 21, 21.1, 22.1 et 22.8 de la Loi 6.3. L'utilisateur victime est informé, notamment par le CPQS, de la possibilité d'adresser une demande d'application de sanctions pénales, en les référant à la DIE. Toutefois, avec les données recueillies avec SIGPAQS, nous ne détenons aucun moyen cette année de quantifier le nombre des situations impliquant le recours à la DIE. L'utilisateur peut recourir directement à la DIE sans que la CPQS en soit informée.

Cette année, un total de 379 dossiers à l'égard de la maltraitance a été traité, comparativement à 113 l'an dernier. Ce nombre a plus que triplé.

**Tableau 10. Comparatif sur 3 ans des dossiers de maltraitance**

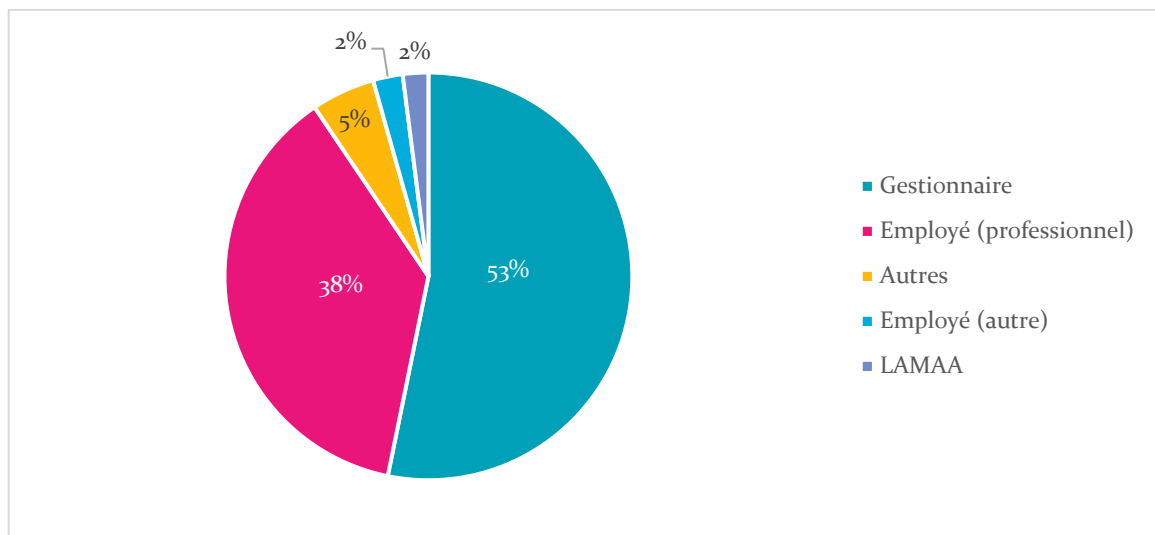
Exercice	Nombre de dossiers de plaintes	Nombre d'assistances	Signalement au CPQS	Total de dossiers de maltraitance
2023-2024	40	16	323	379
2022-2023	13	6	94	113
2021-2022	10	4	67	81

Le tableau 10 démontre l'augmentation constante dans les trois dernières années des dossiers avec un motif de maltraitance. L'élargissement du signalement obligatoire visant un plus grand nombre d'utilisateurs ainsi que la sensibilisation du personnel aux indices de maltraitance, explique ces données. Avec le vieillissement de la population et le nombre d'utilisateurs répondant aux critères de signalement obligatoire, il serait normal de constater que ce nombre continuera d'augmenter au cours des prochaines années.

### 1.5.3 Signalements de maltraitance

Des 323 signalements conclus, 292 répondaient à un signalement obligatoire, soit 90 %, donc 10 % des signalements reçus n'étaient pas obligatoires.

**Graphique 11. Répartition des signalements de maltraitance conclus en 2023-2024 par type de signalant**



Le graphique 11 démontre que plus de la moitié des signalements proviennent d'un gestionnaire, principalement du CISSS de l'Outaouais. En RI, RTF et RPA, les signalements sont effectués par des professionnels du CISSS. Dans la section « autres » sont comptabilisés les proches qui désirent m'informer d'une situation de maltraitance sans vouloir porter plainte.

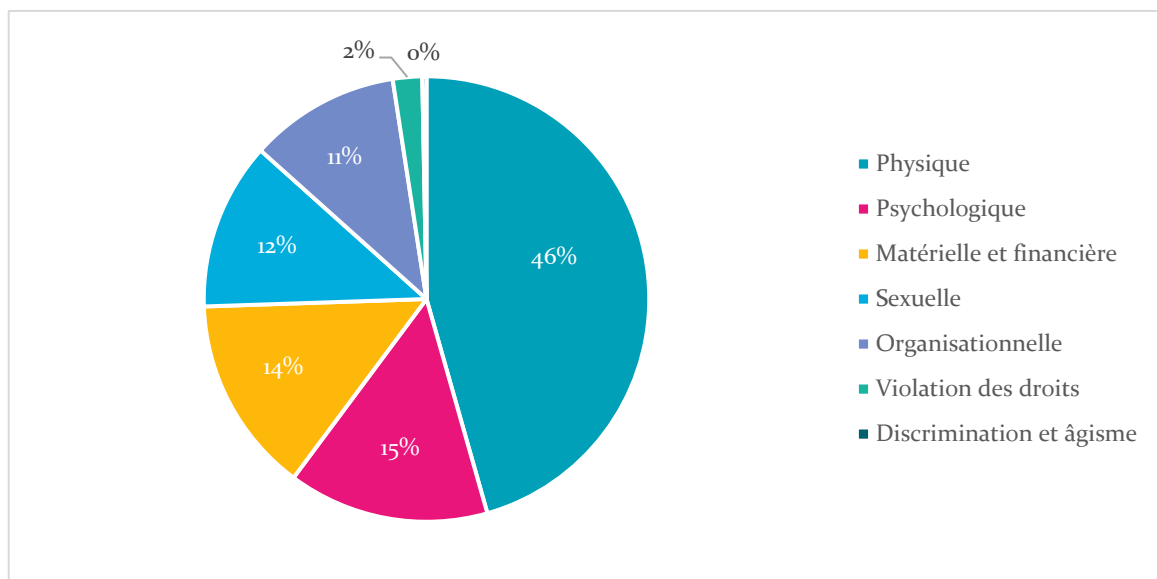
L'augmentation du nombre de signalements est due en partie à une meilleure intégration, par les gestionnaires et les équipes, de reconnaître plus rapidement les indices de maltraitance. Cela s'est traduit par une vigilance plus accrue ainsi que l'élargissement des signalements obligatoires à d'autres adultes en situation de vulnérabilité.

Le graphique 12 démontre que tout comme les plaintes avec un motif de maltraitance, les 2 principaux types de maltraitance furent la maltraitance physique et psychologique. De plus, une situation de maltraitance peut comporter plusieurs types de maltraitance à la fois. Pour la maltraitance physique, elle est souvent exercée par un autre résident. En effet, les altercations physiques sont à signalement obligatoire et ces situations sont plus fréquentes en CHSLD et en RI.

Concernant la maltraitance physique exercée par les employés, il s'agit d'administration inadéquate de la médication, ne pas changer la culotte d'incontinence, être brusque pendant un soin, etc.

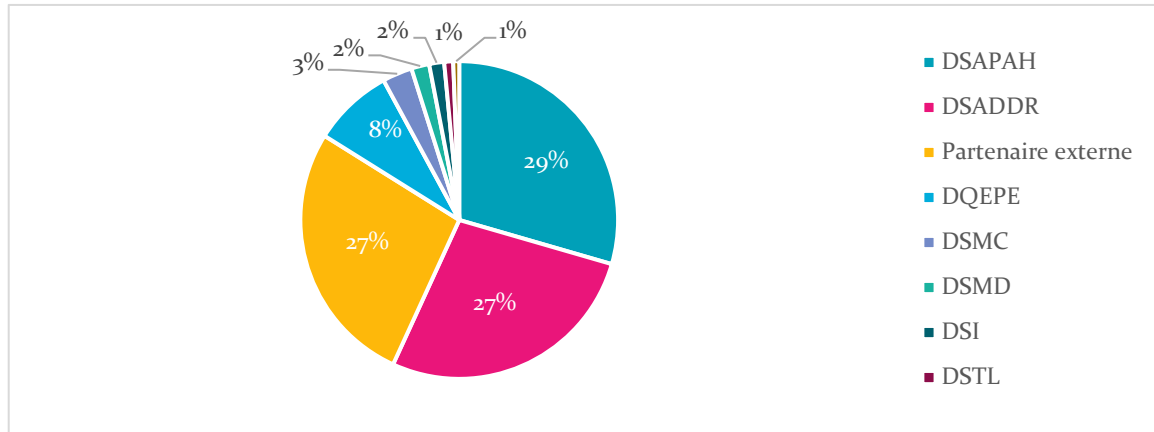
Je constate que la maltraitance matérielle et financière est davantage exercée par un proche de la personne.

**Graphique 12. Pourcentage des types de maltraitance pour les dossiers conclus de signalements de maltraitance 2023-2024**



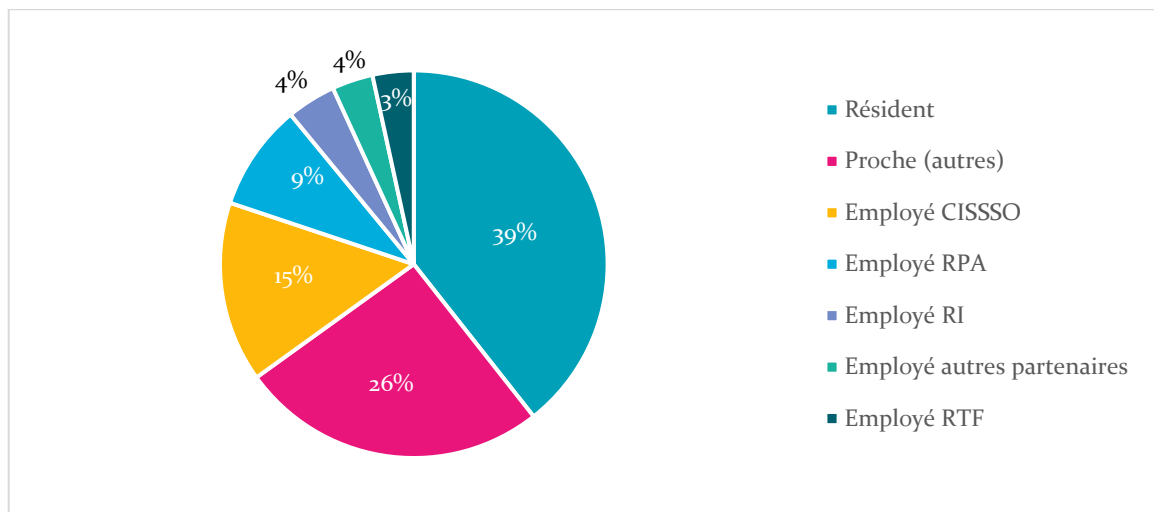
Le graphique 13 démontre que plusieurs situations ont nécessité un travail concerté au niveau de la vérification des faits et l’instauration du filet de sécurité pour les personnes présumées victimes.

**Graphique 13. Directions et partenaires impliqués dans les signalements de maltraitance conclus en 2023-2024**



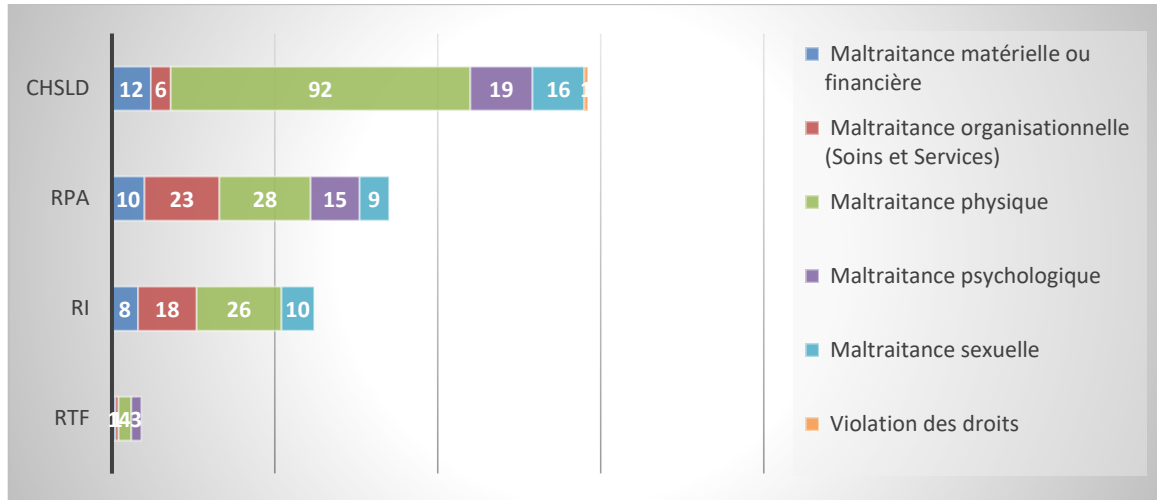
Le graphique 14 permet de constater que 39 % des situations impliquent un résident du même milieu de vie que ce soit en CHSLD, RI-RTF ou RPA. Je constate une augmentation des signalements impliquant des altercations physiques entre personnes vulnérables et en perte d’autonomie. Ensuite, une majorité des dossiers de maltraitance traités impliquent un employé, qu’il soit à l’emploi d’un CHSLD, RPA, RI, etc. Et, 25 % des situations impliquent un proche de la personne aînée, incluant les enfants, la fratrie, un ami, etc.

**Graphique 14. Type de personne présumée maltraitante pour les signalements de maltraitance conclus en 2023-2024**



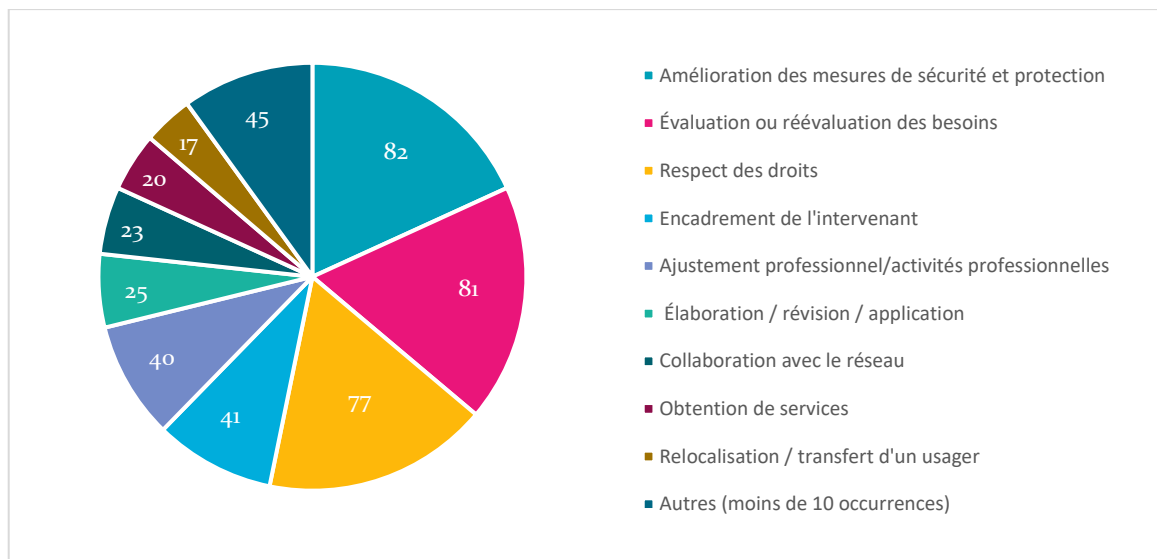
Le graphique 15 démontre les types de maltraitance qui se sont produits dans les différents milieux de vie.

**Graphique 15. Principaux types de maltraitance par milieux de vie**



Le graphique 16 démontre l'ensemble des mesures prises pour les 323 signalements de maltraitance. 451 mesures ont été prises pour mettre fin aux situations de maltraitance.

**Graphique 16. Répartition des mesures prises pour les signalements de maltraitance conclus en 2023-2024**



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

- Rappeler aux gestionnaires l'importance de s'assurer qu'ils contactent le guichet Ressource humaine lors de situations présumées de maltraitance ou d'autres situations préoccupantes, volontaires (disciplinaire) ou involontaires (administratives), impliquant un employé. Informer la commissaire, lorsque fait ;
- S'arrimer avec la DQEPE pour la révision de la PRO-103 et la PRO-152 (à l'égard de la maltraitance) afin que le rôle des RH auprès des gestionnaires soit défini clairement, afin que les RH puissent être informés rapidement des situations présumées de maltraitance, impliquant des employés. La révision doit débuter dans les prochains mois ;
- Obliger la formation sur la lutte contre la maltraitance envers les aînés et les personnes vulnérables pour les intervenants du SAD de la DSAPA. Les spécialistes et coordonnateurs s'assurent d'inscrire les nouveaux employés ;
- Continuer de faire des rappels sur l'obligation d'informer le gestionnaire dès qu'ils ont un doute de maltraitance, lors des rencontres d'équipes ;
- Effectuer des visites de vigie dans divers milieux de vie ;
- Poursuivre le comité maltraitance. Un rappel a été fait lors du comité aux spécialistes en activités cliniques et aux coordonnateurs sur l'importance de l'aviser lorsqu'une situation de maltraitance est soulevée. Une demande a aussi été faite pour que des outils soient partagés aux équipes pour déceler les indices et les indicateurs de maltraitance lors de leur rencontre ;
- Rencontrer les intervenants individuellement ou en groupe. Chacun démontre un bon jugement clinique et est en mesure d'identifier des indices de maltraitance ;
- Demander à l'exploitante une mise à jour de l'annexe 1 (système d'appel à l'aide) dans les dossiers de résidents ayant des troubles cognitifs, en informer la Commissaire une fois complétée ;
- Demander à l'exploitante de la RPA de mettre à jour le document d'accueil du résident conformément au nouveau Règlement d'ici 30 jours. Le nouveau règlement à la certification a été présenté à l'ensemble des exploitants de RPA de l'Outaouais ;
- Demander aux exploitants d'attester qu'ils ont bien reçu le courriel de rappel du 19 décembre 2022 concernant la Loi contre la lutte contre la maltraitance aux RPA, incluant le document L-6.3 et la politique 049 et remettre à nouveau une copie de la Loi 6.3 et de la politique 049 ;
- Remettre aux exploitants le lien pour la formation sur la Lutte contre la maltraitance envers les aînés et les personnes vulnérables. L'obligation de suivre cette formation a été expliquée aux exploitants. Les preuves de formations (attestations) doivent être remises à la DQEPE et à la commissaire, lorsque complétée ;
- Mettre en place une procédure de traitement des signalements concernant la gestion intégrée de la qualité des soins et services en RPA. Le comité de travail en place est composé de la DQEPE et des directions cliniques DSAPA, la Direction déficience et de la réadaptation (DDR) et la Direction programmes santé mentale et dépendances (DSMD) ;
- Organiser une activité de sensibilisation sur la maltraitance avec les préposés aux bénéficiaires du CHSLD ;
- Ajouter le point à l'ordre du jour de la rencontre hebdomadaire des équipes *Capsule de lutte contre la maltraitance et Capsule milieu de vie bientraitant*.

### 1.5.4 Maltraitance à déclaration non obligatoire

Un signalement à déclaration non obligatoire, selon la procédure Gestion des situations de maltraitance envers les aînés ou de toute autre personne majeures en situation de vulnérabilité, il s'agit d'une situation où une personne qui subit de la maltraitance n'est pas hébergée ni protégée par une tutelle, un mandat de protection et de représentation homologué ou déclaré inapte selon une évaluation médicale.

Pour l'année 2023-2024, j'ai reçu 31 signalements non obligatoires. À la suite de l'analyse de ces dossiers, 6 se sont avérés non fondés. Malgré que ces situations soient non obligatoires, le personnel du CISSS a accompagné les personnes victimes afin de mettre en place un filet de sécurité.

Pour les 25 signalements fondés, un total de 53 mesures a été pris :

- 1 signalement par un intervenant en GMF pour un usager apte ;
- 11 concernaient un résident en RPA. Parmi ces signalements :
  - 4 ont été effectués par un professionnel de la DSADDR ;
  - 4 ont été effectués par un proche qui ne désirait pas porter plainte ;
  - 1 situation par un employé d'une RPA ;
  - 1 situation par un intervenant de la Ligne Aide Maltraitance Adultes aînés ;
  - 1 par un gestionnaire d'une RPA pour une personne apte et qui n'est pas en situation de vulnérabilité.
  - Des types de maltraitance identifiée :
    - 6 correspondaient à de la maltraitance organisationnelle ;
    - 3 physiques, dont 2 par un usager, sous forme de violence ;
    - Une situation par un employé d'une RPA.
  - 1 situation avec des indices de maltraitance sexuelle par un résident ;
  - 2 situations de maltraitance financière exercée par un proche.
- 13 concernaient un usager apte à domicile, donc qui ne répond pas aux critères de signalements obligatoires en vertu de la Loi 6.3 ;
- 4 situations dans une installation du CISSS de l'Outaouais autre qu'en CHSLD. De ce nombre :
  - 1 situation portant sur des indices de maltraitance physique par un employé du CISSS de l'Outaouais ;
  - 1 portant sur des indices de maltraitance psychologique par un employé du CISSS de l'Outaouais ;
  - 1 portant sur des indices de maltraitance organisationnelle par un employé du CISSS de l'Outaouais ;

- 1 portant sur des indices de maltraitance matérielle et financière par un proche d'un usager du CISSS de l'Outaouais.
- Pour chacune de ces 25 situations de maltraitance non obligatoires, les mesures suivantes ont été prises :

**Tableau 11. Mesures pour la maltraitance non obligatoire**

Mesures pour la maltraitance non obligatoire	Nombre
Respect des droits	12
Évaluation ou réévaluation des besoins	8
Obtention de services	8
Respect du choix	5
Collaboration avec le réseau	5
Encadrement de l'intervenant	4
Relocalisation / transfert d'un usager	3
Ajustement des activités professionnelles/Ajustement professionnel	3
Politiques et règlements	2
Formation / supervision	1
Amélioration des communications	1
Amélioration des mesures de sécurité et protection	1
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>

Les 6 signalements non fondés :

- 3 signalements concernaient une situation en RPA ;
- 1 situation en milieu hospitalier dont le signalant anonyme ne nous a pas fourni l'information nécessaire pour assurer un suivi adéquat de la situation ;
- 1 signalement provenait d'un partenaire externe et dont la vérification des faits par la DSADDR n'a pas confirmé d'indices de maltraitance ;
- 1 situation signalée par un proche d'un résident en CHSLD.

Cette année, nous avons traité 16 assistances portant sur la maltraitance. En effet, il s'agit principalement de gestionnaires et d'employés qui se questionnent s'ils doivent signaler une situation de maltraitance.

### 1.6 Bilan des recommandations de la commissaire

Concernant les plaintes reçues et analysées, il y a eu une augmentation de 39 % du nombre de plaintes reçues par rapport à l'année précédente. De l'analyse et du traitement des 606 dossiers conclus, 28 (3,9 %) ont mené à la formulation de recommandations. Il importe de savoir que toutes les recommandations sont présentées au comité de vigilance et de la qualité (CVQ), qui a le devoir de s'assurer qu'un suivi soit apporté à chacune d'elles. (LSSSS, art. 181.0.1, art. 181.0.3). L'ensemble de ces recommandations émises peut être consulté à l'annexe 2.

**Tableau 12. Bilan des recommandations émises par la Commissaire pour l'exercice 2023-2024**

En cours de réalisation au début de l'exercice	Émises durant l'exercice	Réalisées durant l'exercice	En cours de réalisation à la fin de l'exercice
20	68	47	41

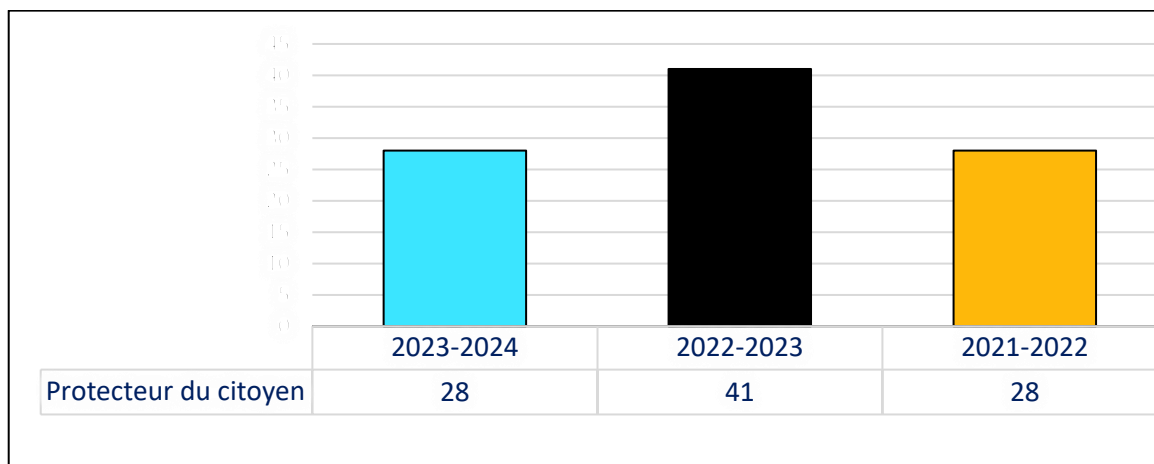
Au cours de l'examen des plaintes et des interventions, certaines mesures correctives sont mises en place rapidement lors d'un risque pour la santé et la sécurité d'un ou des usagers.

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

### 1.7 Bilan des dossiers analysés par le Protecteur du citoyen en deuxième instance

Au cours de la dernière année, le Protecteur du citoyen (PDC) a traité 28 dossiers en 2<sup>e</sup> recours, comparé à 41 pour l'année précédente, soit une diminution de 33 % par rapport à l'an dernier.

**Graphique 17. Nombre de dossiers du PDC en 2023-2024**



Voici les motifs adressés par le PDC :

**Tableau 13. Bilan des motifs par le PDC pour l'exercice 2023-2024**

MOTIFS	Nombre	%
Soins et services dispensés	86	53,8
Relations interpersonnelles	29	18,1
Droits particuliers	14	8,75
Accessibilité aux soins et services	13	8,12
Organisation du milieu et ressources matérielles	9	5,63
Maltraitance	7	4,30
Aspect financier	2	1,30
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,00 %</b>

De ces 28 dossiers, 14 recommandations ont été formulées à l'Établissement, dont 10 pour le même dossier. L'évolution de ces recommandations et de celles des années antérieures a mené à la réalisation de 16 d'entre elles. Je constate que les motifs principaux qui ressortent de l'analyse des dossiers sont les mêmes que ceux émis par la Commissaire soient les soins et services dispensés et les relations interpersonnelles. Puis, 12 recommandations sont à poursuivre en 2024-2025. Ces recommandations sont toujours accueillies avec respect et servent de référence dans l'analyse de futures plaintes.

**Tableau 14. Bilan des recommandations émises par le PDC pour l'exercice 2023-2024**

En cours de réalisation au début de l'exercice	Émises durant l'exercice	Réalisées durant l'exercice	En cours de réalisation à la fin de l'exercice
14	14	16	12

### 1.8 Bilan des dossiers provenant du CAAP-Outaouais

Le mandat du Centre d'assistance et d'accompagnement (CAAP) de l'Outaouais est d'assister l'utilisateur et l'accompagner dans sa démarche de plainte. Au cours de l'exercice 2023-2024, sur les 902 plaintes reçues, autant administratives que médicales ainsi que les 358 interventions, 165 proviennent du CAAP.

### 1.9 Bilan des dossiers transmis pour étude à de fins disciplinaires

En cours d'examen lorsque la plainte concerne un employé du CISSS de l'Outaouais, je dois informer et référer la situation à la Direction des ressources humaines, qui fera le lien avec le soutien à la pratique, selon l'intervenant ciblé, pour faire l'analyse et déterminer si des mesures disciplinaires à l'endroit de l'employé doivent être prises à l'endroit du professionnel. Au besoin, le Président-directeur général (PDG), ou le directeur à qui l'activité est déléguée doit en aviser par écrit l'ordre professionnel et la commissaire (art. 39 LSSSS).

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

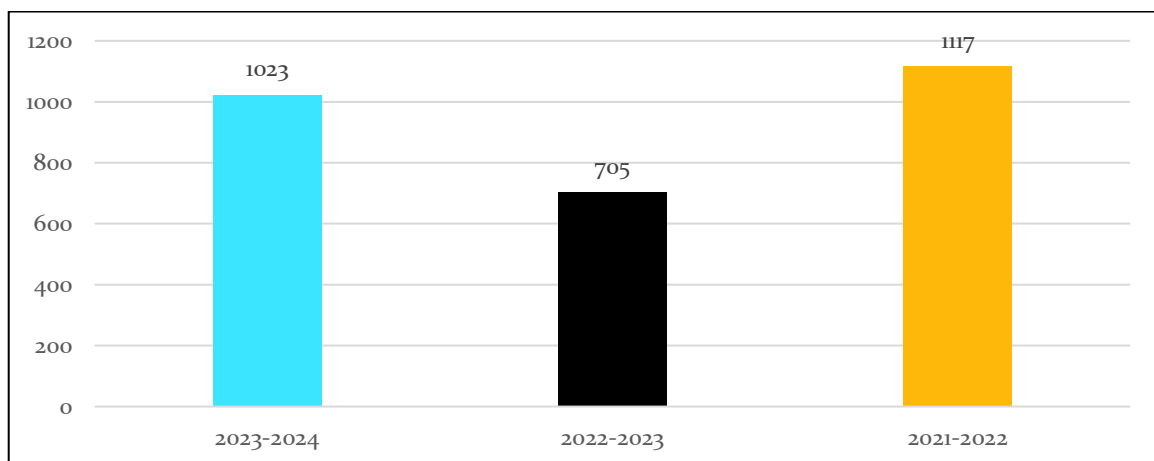
Au cours de l'exercice 2023-2024, 38 dossiers ont été transmis à des fins disciplinaires ou déontologiques, dont 22 ont mené à des mesures par le service des relations de travail dû à la teneur des manquements. De ces 38 dossiers, plus de la moitié ont été effectuées par un gestionnaire à la suite d'un signalement obligatoire de maltraitance.

### 1.10 Bilan des demandes d'assistance

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

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

**Graphique 18. Évolution du nombre d'assistances**

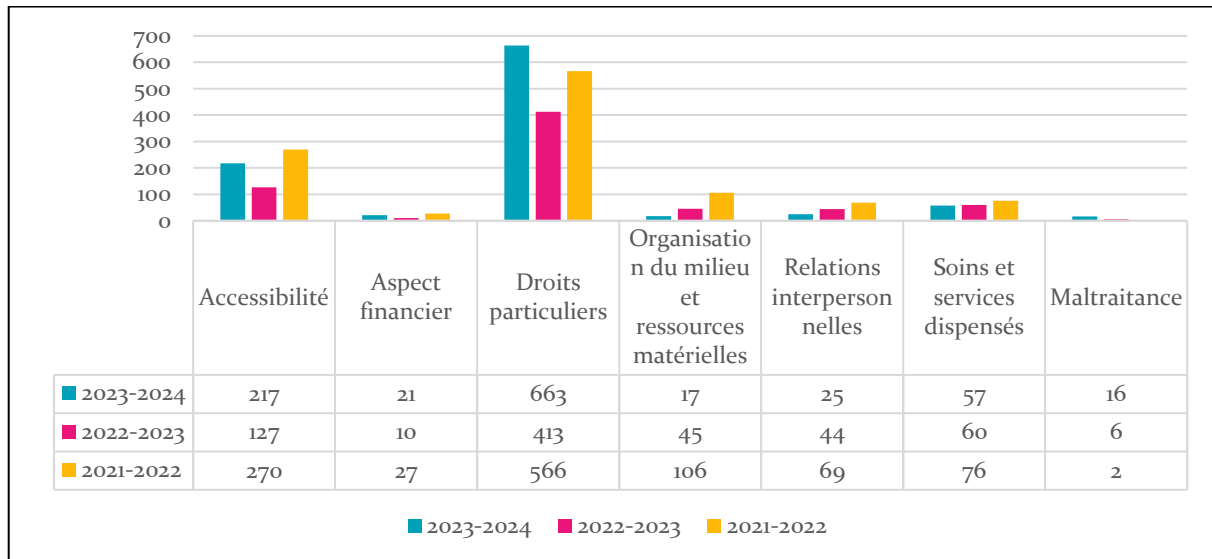


Le graphique 18 démontre une augmentation de 45,3 % des assistances pour l'année 2023-2024.

Je constate que les demandes d'assistances consistent en :

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

**Graphique 19. Évolution du nombre d'assistances par motif**



Je constate lors de mon analyse de l'ensemble des dossiers que les assistances sont surtout liées aux droits particuliers (65 %) et à l'accessibilité (21,2 %). Ainsi, en étant attentif aux besoins et attentes des usagers, il est privilégié d'adresser leurs insatisfactions par le biais d'une assistance auprès du gestionnaire concerné plutôt que par celui d'une plainte et obtenir le plus rapidement possible une réponse à leur insatisfaction. Cette approche témoigne de la volonté de consolider une approche de conciliation et de résolution de problèmes basée sur la responsabilisation des parties. Ces assistances permettent de donner satisfaction aux usagers, car le gestionnaire qui a pris les moyens pour adresser l'insatisfaction. Je note une excellente collaboration des directions et des gestionnaires pour assister les usagers et répondre à leur demande, et ce, dans des délais très raisonnables.

### 1.11 Bilan des consultations

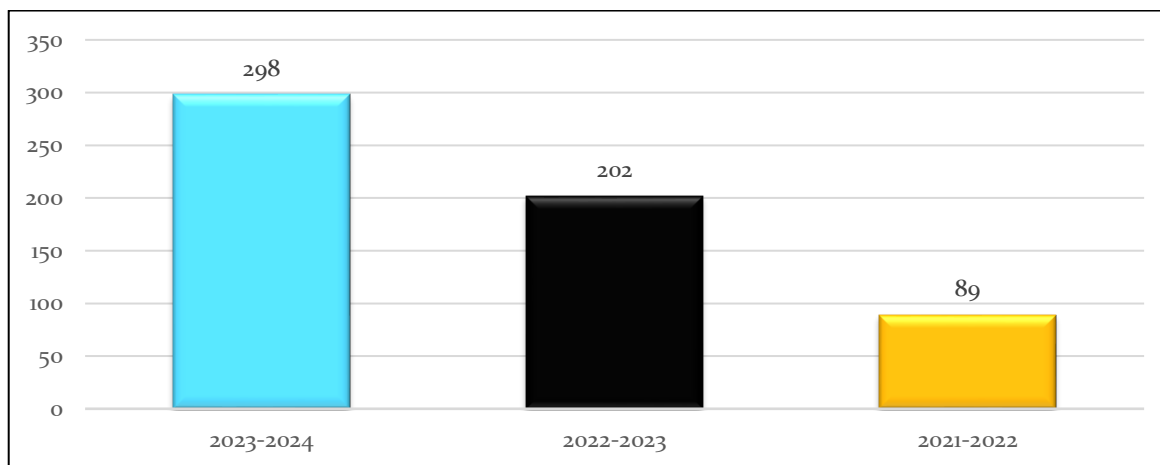
Les consultations sont des demandes formulées à l'endroit de la commissaire en raison de son expertise portant sur les droits des usagers. Les demandes diverses sont formulées par des professionnels et des gestionnaires :

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

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

Au cours de l'année 2023-2024, la commissaire a été consultée à 298 occasions. Il s'agit de la 3<sup>e</sup> année consécutive d'augmentation des consultations.

**Graphique 20. Évolution du nombre de consultations**



## 1.12 Bilan des autres fonctions et autres responsabilités légales de la commissaire

### Les participations statutaires de la commissaire

#### ➤ Engagement au niveau provincial

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

#### ➤ Comité de vigilance et de la qualité des services

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

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

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

## Les autres fonctions de la commissaire

La Loi assigne d'autres fonctions à la commissaire. Ainsi, pour l'année 2023-2024, ces obligations ont généré la participation à 88 actions portant sur la promotion du régime; celles-ci sont décrites au Tableau 15.

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

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

- Former des employés de la direction des soins infirmiers sur le régime d'examen des plaintes ;
- Présenter des infirmières du CISSS de l'Outaouais sur le signalement obligatoire de maltraitance ;
- Tenir 7 sessions d'informations auprès des directeurs et des répondants de la direction désignés pour mettre à jour le suivi de la réalisation des recommandations leur étant adressées ;
- Participation à l'assemblée générale annuelle du comité des usagers de Gatineau ;
- Participation virtuelle aux rencontres de famille en CHSLD ;
- Participation virtuelle aux rencontres, bilans des visites ministérielles en CHSLD ;
- Contribué à la révision du formulaire de signalement obligatoire de maltraitance ;
- Contribué à la révision de plusieurs politiques et de procédures de l'organisation touchant les droits des usagers ;
- Présentation au CUCI sur le régime d'examen des plaintes et la maltraitance ;
- Rencontrer la directrice générale du CAAP-Outaouais et son équipe.

**Tableau 15. Autres fonctions de la commissaire**

AUTRES FONCTIONS DU COMMISSAIRE	Nombre	%
<b>Promotion / Information</b>		
Droits et obligations des usagers	11	12.50
Loi de lutte contre la maltraitance	13	14.77
Code d'éthique (employés, professionnels, stagiaires)	0	0.00
Régime et procédure d'examen des plaintes	53	60.23
Autre (préciser)	0	0.00
<b>Sous-total</b>	<b>77</b>	<b>87.50 %</b>

<b>Communications au conseil d'administration (en séance)</b>		
Bilan des dossiers des plaintes et des interventions	6	6.82
Attentes du conseil d'administration	0	0.00
Autre (préciser)	1	1.14
<b>Sous-total</b>	<b>7</b>	<b>7.96 %</b>
<b>Participation au comité de vigilance et de la qualité</b>		
Participation au comité de vigilance et de la qualité	4	4.55
<b>Sous-total</b>	<b>4</b>	<b>4.55 %</b>
<b>Collaboration au fonctionnement du régime des plaintes</b>		
Collaboration à l'évolution du régime d'examen des plaintes	0	0.00
Collaboration avec les comités des usagers / résidents	0	0.00
Soutien aux commissaires locaux	0	0.00
Autre (préciser)	0	0.00
<b>Sous-total</b>	<b>0</b>	<b>0.00 %</b>
<b>TOTAL</b>	<b>88</b>	<b>100.00 %</b>

## Partie 2

### Conclusion et objectifs 2024-2025

Tout au long de l'année, mon équipe a démontré un réel engagement auprès des usagers pour le respect de leurs droits. J'ai abordé précédemment les défis rencontrés par les usagers. Les situations dénoncées sont complexes et requièrent davantage de délai de traitement et d'analyse. Cela engendre un grand volume de travail visant le respect des droits des usagers.

Encore une fois, l'année 2023-2024 fut marquée pour mon équipe par un changement de commissaire adjointe et l'ajout d'un commissaire adjoint. En réponse à la hausse marquée des plaintes, d'interventions et de signalement de maltraitances, j'ai ajouté des ressources humaines à mon équipe.

Je tiens à souligner la grande contribution des directeurs et des gestionnaires interpellés par les insatisfactions des usagers, car eux aussi ont été grandement sollicités par l'augmentation des diverses demandes nécessitant l'identification et la mise en œuvre de mesures d'améliorations de la qualité. Sans cette collaboration, je ne serais pas en mesure, comme commissaire, de bien répondre aux insatisfactions des usagers. Je suis très reconnaissante de ces efforts constants.

Je remercie la Direction des technologies biomédicales et de l'information (DTBI) pour son soutien à l'amélioration de la régie interne de la gestion de nos données statistiques.

Je suis fière du travail accompli par l'ensemble de mon équipe. Pour l'objectif à l'égard de la révision des stratégies de promotion du régime d'examen des plaintes et des droits des usagers auprès des différents acteurs internes et externes, le travail est amorcé, mais devra se poursuivre. Nous travaillons en continu à l'amélioration de nos processus afin de maintenir de bonnes collaborations avec les directions et les partenaires externes.

**Objectifs 2024-2025 :**

- Poursuivre le déploiement de la formation sur le régime d'examen des plaintes aux gestionnaires du CISSS de l'Outaouais ;
- Poursuivre la promotion du régime d'examen des plaintes et des droits des usagers auprès des différents acteurs internes et externes, notamment auprès des usagers des Premières Nations de l'Outaouais ;
- Rendre accessibles aux directions les données statistiques pertinentes en lien avec le régime d'examen des plaintes pour favoriser l'amélioration continue des soins et des services offerts aux usagers.

## INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

## Description sommaire des différents types de dossiers

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

## Terminologie

<b>Motifs</b>	Les motifs représentent les raisons de la demande exprimée par l'auteur. L'analyse des motifs de plaintes retenues ou abandonnées selon divers critères est quantifiée et peut donner lieu à l'application de mesures correctives.
<b>Catégorie de motifs</b>	Regroupement de l'ensemble des motifs, selon les catégories prédéterminées par le cadre normatif du MSSS.
<b>Mesures correctives</b>	Catégorisation des activités réalisées et regroupées selon le cadre normatif du MSSS à la suite de l'examen de la situation par un CPQS visant

l'amélioration de la qualité des services. Ces mesures sont individuelles quand elles visent une personne et systémique quand elles visent à prévenir la répétition d'une situation pour un ensemble de personnes.

### Catégories de motifs

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

### Mesures correctives individuelles ou systémiques

<b>Adaptation des soins et des services</b>	Ajustement professionnel, amélioration des communications, cessation de services, collaboration avec le réseau, élaboration/révision/application, encadrement ou si nécessaire un changement d'intervenant, évaluation ou réévaluation des besoins, formation du personnel, réduction des délais, relocalisation/transfert d'un usager, services dans la langue de l'utilisateur et autres.
<b>Adaptation du milieu et de l'environnement</b>	Ajustement technique et matériel, amélioration des mesures de sécurité et de protection et autres.

<b>Adoption/ révision/ règles et procédures</b>	Code d'éthique, politiques et règlements, protocole clinique ou administratif et autres.
<b>Ajustement financier</b>	Aucun choix possible pour cette catégorie dans notre logiciel SIGPAQS
<b>Communication/ promotion</b>	Aucun choix possible pour cette catégorie dans notre logiciel SIGPAQS
<b>Conciliation/ intercession/ médiation/liaison/ prévision/explication</b>	Aucun choix possible pour cette catégorie dans notre logiciel SIGPAQS
<b>Formation/ supervision</b>	Aucun choix possible pour cette catégorie dans notre logiciel SIGPAQS
<b>Information et sensibilisation des intervenants</b>	Aucun choix possible pour cette catégorie dans notre logiciel SIGPAQS
<b>Obtention d'un service</b>	Aucun choix possible pour cette catégorie dans notre logiciel SIGPAQS
<b>Promotion du régime</b>	Communication avec les instances externes, communication avec le comité des usagers, organisation de séances d'information, production de documents, autres.
<b>Respect des droits</b>	Aucun choix possible pour cette catégorie dans notre logiciel SIGPAQS
<b>Respect du choix</b>	Aucun choix possible pour cette catégorie dans notre logiciel SIGPAQS

## ANNEXE 2

Recommandations et mesures pour donner suite aux recommandations émises par la commissaire au cours de l'exercice 2023-2024 :

**Tableau 16. Liste des recommandations et mesures**

Motifs	Recommandation (s)	Mesures	Réalisation
<b>Accessibilité</b>			
<b>1. Refus de services Soins/services/programmes</b>	2022-060 Que la Direction des services multidisciplinaires et à la communauté, en collaboration avec la Direction des services professionnels et de la pertinence clinique, mette en place des mécanismes clairs évitant aux usagers de se voir refuser les services diagnostiques en raison d'une requête mal complétée par les prescripteurs. Faire parvenir à la Commissaire les mesures prises à cet effet d'ici le 31 octobre 2023.	Sensibilisation et un rappel aux médecins pour bien se conformer aux critères de conformité d'une requête.  Demander à la Directrice des services multidisciplinaires et à la communauté (DSMC) de faire un rappel à l'ensemble de ses employés traitant les requêtes, sur l'importance de respecter les droits des usagers, plus spécifiquement le droit de recevoir les informations claires sur les services et modes d'accès, et ce, de façon claire, respectueuse et bienveillante.  La DSPPC a délégué une autre personne pour effectuer ce suivi avec la DSMC en août 2023.	Réalisée
<b>2. Délais/ Soins-services-programmes/ Temps d'attente pour obtenir un résultat ou un rapport</b>	2018-020 Que la Direction des services professionnels révise en profondeur le cheminement d'un rapport de radiologie et médecine nucléaire débutant par l'interprétation d'un résultat d'examen et se terminant avec la transmission au médecin requérant.	Procédure de gestion des requêtes adoptée au Comité de directeur le 23 mai 2023.	Réalisée
<b>Aspect financier</b>			

<b>3. Facturation</b>	<p>2022-008 Que la Direction des finances avec le soutien de la Direction de la qualité, éthique, performance et évaluation revoit la trajectoire organisationnelle à l'égard du processus de facturation et des formulaires de responsabilités de paiement. Dans un premier temps, procéder aux travaux pour les unités d'urgences des hôpitaux et par la suite pour l'ensemble du CISSS de l'Outaouais, et ce, d'ici le 31 mars 2023.</p>	<p>Napperon en finalisation</p> <p>Arbre décisionnel pour les responsabilités de paiement à l'urgence finalisé.</p> <p>Formation des agents administratifs à l'accueil de l'urgence en cours.</p>	<p>En cours</p>
<b>4. Facturation</b>	<p>2022-052 Que la Direction des soins infirmiers s'assure que le personnel infirmier garantisse la continuité des soins en documentant leur évaluation ainsi que l'ensemble des soins conformément aux normes de pratiques infirmières, pour chaque patient de l'Hôpital de Hull, d'ici le 30 avril 2023.</p> <p>Fournir un audit de 30 dossiers de patients le 1<sup>er</sup> mai 2023 ainsi que le 1<sup>er</sup> juin 2023 à la commissaire aux plaintes et à la qualité des services.</p>	<p>Audits réalisés.</p>	<p>Réalisée</p>
<b>Droits particuliers</b>			
<b>5. Consentement/Refus/représentant non interpellé</b>	<p>2022-054 Que la Direction des soins infirmiers informe ses employés que la procédure « Communication avec l'utilisateur et son proche lors d'un épisode de soins aigus en milieu hospitalier » est actuellement en vigueur et informer le bureau de la CPQS des moyens mis en œuvre pour rejoindre, former et informer les employés d'ici le 1<sup>er</sup> mai 2023.</p>	<p>Activité clinique en mai 2023 en lien avec la nouvelle norme d'exercice en vigueur de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec.</p>	<p>Réalisée</p>
<b>6. Adoption-révision-application de règles et procédures/Politiques et règlements</b>	<p>2023-022 Que la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique fasse un audit de 15 baux des résidents des unités de soins de la RPA Village Riviera afin de s'assurer qu'un représentant légal est impliqué lorsque le résident est inapte de fait. Fournir les résultats de l'audit à la commissaire d'ici le 15 mars 2024.</p>	<p>Vérification des baux effectuée.</p>	<p>Réalisée</p>

<p><b>7. Droit à l'information /Sur le régime des plaintes</b></p>	<p>2023-023 Que la RPA Village Riviera insère les coordonnées de la commissaire aux plaintes dans le guide d'accueil du résident d'ici le 24 décembre 2023.</p> <p>Fournir une copie révisée à l'ensemble des résidents/ représentants légaux des unités de soins.</p> <p>Fournir une copie du guide corrigé à la commissaire en précisant la date que le guide a été remis aux résidents.</p>	<p>Réception du guide d'accueil corrigé.</p>	<p>Réalisée</p>
<p><b>8. Droit à l'information/ Sur les services et modes d'accès</b></p>	<p>2023-029 Que la direction de la RPA Village Riviera modifie le registre des RPA, Village Riviera (5454-2) afin de mieux distinguer le nombre de personnel requis et formé de la section de sa catégorie 3 (431 unités) et catégorie 4 (50 unités), d'ici le 31 janvier 2024.</p>	<p>Clarification apportée par la DQEPE pour la distinction entre les 2 catégories.</p>	<p>Réalisée</p>
<p><b>9. Accès au dossier de l'utilisateur et dossier de plainte/ Accès/Dossier égaré ou perdu</b></p>	<p>2023-059 Que la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique rappelle aux employés des directions cliniques les règles de conservation des dossiers d'ici le 14 mai 2024.</p> <p>Fournir une copie des moyens identifiés à la Commissaire adjointe aux plaintes des moyens utilisés d'ici le 14 mai 2024.</p>		<p>En cours</p>
<p><b>10. Accès au dossier de l'utilisateur et dossier de plainte/ Accès/Dossier égaré ou perdu</b></p>	<p>2023-060 Que la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique revoit son processus en collaboration avec la direction des services à domicile et déficience et réadaptation et les milieux de vie de reconstituer le dossier à transférer aux archives dans un délai déterminé, suivant le départ d'un usager dudit milieu de vie, d'ici le 14 mai 2024.</p> <p>Fournir une copie des moyens identifiés à la Commissaire adjointe aux plaintes et à la qualité des services des moyens utilisés d'ici le 14 mai 2024.</p>		<p>En cours</p>
<p><b>11. Droit à l'information/sur les services et modes d'accès</b></p>	<p>2023-030 Que la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique fournisse mensuellement la mise à jour du PACQ à la commissaire, et ce, jusqu'au 24 novembre 2024.</p>		<p>En cours</p>
<p><b>12. Sécurité/processus prestation sécuritaire des soins et</b></p>	<p>2023-033 Que la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique inclue dans leurs audits, le respect de l'article 50 du Règlement sur la certification lors de</p>		<p>En cours</p>

<b>services/non-déclaration</b>	leurs visites surprises à la RPA Village Riviera, et ce, jusqu'au 24 novembre 2024. Fournir à la commissaire les résultats des audits en même temps que la mise à jour du PACQ.		
<b>13. Accès dossiers /délais d'accès</b>	2023-057 Que la Direction générale prenne les moyens nécessaires pour s'assurer de la disponibilité, en temps requis, des dossiers des usagers au CISSS de l'Outaouais et ce, d'ici le 1 <sup>er</sup> mai 2024.  Informez la Commissaire adjointe aux plaintes des moyens préconisés ainsi que de l'état d'avancement des travaux, mensuellement du 1 <sup>er</sup> juin 2024 au 31 mai 2025.		En cours
<b>14. Accès au dossier de l'usager et dossier de plainte/ Dossier perdu ou égaré</b>	2023-068 Je recommande au directeur régional de All Seniors Care, pour la résidence Château Symmes de fournir une copie du dossier complet de votre mère en incluant les plans de travail des préposés et les feuilles d'administration de médicaments, pour votre mère couvrant la période de 1 <sup>er</sup> janvier 2024 au 11 mars 2024, et ce, d'ici le 31 mars 2024.		En cours
<b>Maltraitance (Loi)</b>			
<b>15. Par un dispensateur de services ou un usager/ Maltraitance organisationnelle/ négligence</b>	2023-001 Que le CISSS de l'Outaouais et la RI La Victorienne maintiennent un suivi mensuel des indices de maltraitance conformément à la Politique PRO-049 pour la Lutte contre la maltraitance envers les aînés et les personnes majeures en situation de vulnérabilité et les politiques qui en découlent, et ce, en vertu du Code des professions; Transmettre à la Commissaire que les moyens qui seront pris, d'ici le 5 mai 2023.	La RI a cessé ses activités.	Réalisée
<b>16. Par un dispensateur de services ou un usager/ Maltraitance organisationnelle/ négligence</b>	2023-002 Que le CISSS de l'Outaouais prennent les moyens nécessaires et pérennes pour s'assurer que les résidents reçoivent les soins et les services requis et en continu en vertu :  • Du Règlement sur la classification des services offerts par une ressource intermédiaire et une ressource de type familial;	La RI a cessé ses activités.	Réalisée

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• De la Loi sur le curateur public.</li> </ul> Transmettre à la Commissaire les moyens qui seront pris, d'ici le 5 mai 2023.		
<b>17. Par un dispensateur de services ou un usager/ Maltraitance organisationnelle/ négligence</b>	<b>un de un</b>	2023-003 Que le CISSS de l'Outaouais maintienne l'arrêt des admissions de nouveaux usagers à la RI La Victorienne jusqu'à ce que les soins et services respectent la classification des services pour chaque usager et à jour, qu'il n'y ait plus de maltraitance par les dispensateurs de soins et services selon les indicateurs suivis mensuellement.	Admissions cessées.	Réalisée
<b>18. Par un dispensateur de services ou un usager/ Maltraitance organisationnelle/ négligence</b>	<b>un de un</b>	2023-004 Que le CISSS de l'Outaouais maintienne une présence jusqu'à ce que la RI La Victorienne s'acquittent de ses obligations à l'égard de la prestation des soins et des services en vertu du Règlement sur la classification des services offerts par une ressource intermédiaire et une ressource de type familial.  Transmettre à la Commissaire les moyens qui seront pris, d'ici le 5 mai 2023.	Un gestionnaire du CISSS présent.	Réalisée
<b>19. Par un dispensateur de services ou un usager/ Maltraitance organisationnelle/ négligence</b>	<b>un de un</b>	2023-005 Que le CISSS de l'Outaouais, lors l'ouverture d'une nouvelle ressource intermédiaire, et ce, avant l'admission des résidents, s'acquittent de leurs obligations conformément au cadre de référence RI-RTF. Conformément à la procédure, vous avez accepté à priori ces recommandations, dont l'échéancier est fixé au 5 mai 2023.	La RI a cessé ses activités.	Réalisée
<b>20. Par un dispensateur de services ou un usager/ Maltraitance organisationnelle/ négligence</b>	<b>un de un</b>	2023-006 Que l'ensemble du personnel de la Ressource intermédiaire La Victorienne ait suivi la formation web Lutte contre la maltraitance sur l'Environnement numérique d'apprentissage (ENA), d'ici le 30 juin 2023, et ce, en débutant par le personnel offrant des soins à des personnes inaptes légalement.  Fournir une copie des preuves de formation à la Direction qualité, évaluation, performance et éthique, d'ici le 15 juillet 2023.	Liste du personnel formé.	Réalisée

<p><b>21.Par un usager/ Maltraitance physique/ violence</b></p>	<p>2023-007 Que la direction de la RPA du Groupe Cogir Immobilier effectue un audit de la pratique des grilles de comportement et des audits pour chaque résident de l'unité prothétique du 12 avril au 12 mai 2023 et qu'elle fournisse une copie de ces grilles à la certification des RPA, d'ici le 15 mai 2023 afin que la DQEPE s'assure du respect de la Politique sur la maltraitance (P-049) ainsi que le Règlement sur la certification des RPA. Que la DQEPE transmette à la Commissaire les résultats de l'audit effectué à la RPA, d'ici le 12 juin 2023.</p>	<p>Résultats de l'audit transmis.</p>	<p>Réalisée</p>
<p><b>22.Par un usager/ Maltraitance physique/ violence</b></p>	<p>2023-008 Que la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique s'assure que l'exploitant de la RPA du Groupe Cogir Immobilier respecte les articles 24, 50 et 54 du Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés, ainsi que du respect de la Politique lutte contre la maltraitance envers les aînés et les personnes majeures en situation de vulnérabilité (P-049) et des procédures qui en découle, par des visites surprises à la RPA, pour les résidents de l'unité de soins prothétique, et ce, d'ici le 6 juillet 2023.</p> <p>Conformément à la procédure, vous avez accepté à priori cette recommandation, dont l'échéancier est fixé au 12 juin 2023 et le 6 juillet 2023.</p>	<p>Visites non planifiées effectuées.</p>	<p>Réalisée</p>
<p><b>23.Par un proche ou un tiers/ Maltraitance physique/violence</b></p>	<p>2023-016 Que la Direction soutien à l'autonomie des personnes âgées demande à l'ensemble du personnel, incluant les gestionnaires du CHSLD Mansfield, de lire la P-049 et la PRO-103 à l'égard de la lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité afin de s'acquitter de leurs obligations et ce, d'ici le 15 novembre 2023. Informer la Commissaire de l'actualisation de la recommandation.</p>	<p>Le personnel a lu la politique et la procédure.</p>	<p>Réalisée</p>
<p><b>24.Adoption-révision-application des règles et</b></p>	<p>2023-046 Que la Direction du soutien à domicile, de la déficience et de la réadaptation (DSADDR) s'assure que la</p>	<p>Cessation du service Centre HébergeVac.</p>	<p>Réalisée</p>

<b>procédures/protocole administratif</b>	réserve d'un répit au Centre HébergeVac pour les personnes en perte d'autonomie, connue d'un intervenant social de la DSADDR, soit exclusivement effectuée par un intervenant assigné au dossier et que les besoins de la personne concernée soient mis à jour à chaque répit et ce, d'ici le 31 mars 2024.		
<b>25. Par un dispensateur de services ou un usager/Maltraitance organisationnelle/par négligence</b>	2023-047 Que la direction de Campus 3 réviser le formulaire de demande de répit du Centre HébergeVac et le rende disponible sur le site internet de Campus 3, d'ici le 31 mars 2024. Fournir une copie à la commissaire adjointe pour le 5 avril 2024.	Campus 3 a cessé d'offrir les services du Centre d'HébergeVac.	Réalisée
<b>26. Par un dispensateur de services/maltraitance organisationnelle/négligence</b>	2023-052 Que la Direction générale du CISSS de l'Outaouais prenne les moyens nécessaires et pérennes pour que cesse la maltraitance auprès des résidents de la Résidence de l'Île en vertu et ce, à partir de maintenant, et ce, conformément à:  <ul style="list-style-type: none"> <li>•Politique Lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité (P-049)</li> <li>•Procédure Gestion des situations de maltraitance (PRO-103)</li> </ul>	Campus 3 a cessé d'offrir les services du Centre d'HébergeVac.	En cours
<b>27. Droit à l'information/ Sur tout incident ou accident survenu</b>	2023-065 Je recommande à la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique de s'assurer que l'exploitant de la RPA Château Symmes ainsi que son personnel fassent la formation sur la maltraitance et qu'un soutien leur soit offert par la coordonnatrice régionale en maltraitance, et ce, d'ici le 30 avril 2024.		En cours
<b>28. Droit à l'information/ Sur tout incident ou accident survenu</b>	2023-066 Je recommande à la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique de fournir une copie du plan de formation, maltraitance pour les directions du CISSS de l'Outaouais et pour les partenaires externes, d'ici le 12 avril 2024.  Fournir copie du plan de communication pour le déploiement de la politique révisée Lutte contre la maltraitance envers les aînés		En cours

		et les adultes vulnérables ainsi que pour le nouveau formulaire de signalement de maltraitance, d'ici le 30 avril 2024.		
<b>29. Droit à l'information/ Sur tout incident ou accident survenu</b>		2023-067 Je recommande que la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique s'assure que la RPA Château Symmes s'acquitte de ses obligations à l'égard des signalements de la maltraitance obligatoire, vérification des faits, de l'évaluation des besoins et des capacités ainsi que des suivis, d'ici le 30 avril 2024, en vertu de la politique-cadre.  Démontrer à la Commissaire adjointe les moyens utilisés.		En cours
<b>30. Par un dispensateur de services/ maltraitance organisationnelle/ négligence</b>		2023-084 Que la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique en collaboration avec la Direction du soutien à domicile, de la déficience et de la réadaptation de fournir une mise à jour du PAQ chaque premier lundi du mois et ce, jusqu'au 30 septembre 2024.  Faire parvenir le PAQ initial à la Commissaire d'ici le 9 avril 2024.		En cours
<b>Organisation du milieu et ressources matérielles</b>				
<b>31. Règles et procédures du milieu</b>		2022-045 Que la direction de la RPA Monastère d'Aylmer poursuive ses audits de la pratique des grilles de comportement et des audits pour chaque résident de l'unité prothétique du 1er février au 28 février 2023 et qu'elle fournisse une copie de ces grilles à la certification des RPA, d'ici le 15 mars 2023 afin que la DQEPE s'assure du respect de la Politique sur la maltraitance (P-049) ainsi que le Règlement sur la certification des RPA.	Demander à la coordonnatrice des soins de compléter une grille de comportement dès l'admission d'un résident atteint d'un trouble cognitif; Demander à la coordonnatrice de s'assurer de la qualité des soins en effectuant une grille d'audit de la qualité des services;	Réalisée
<b>32. Organisation spatiale/ Désuétude des lieux</b>		2023-009 Que la direction de la RPA La Gappe produise un horaire de sorties extérieures, pour les autres résidents qui désirent aller à l'extérieur ou dont leur proche souhaite des sorties extérieures, conformément à la mesure prise dans la plainte antérieure 2022-00511. Fournir une copie de l'horaire d'ici le 1 <sup>er</sup> mai 2023.	Horaire de sorties réalisé.	Réalisée

	Conformément à la procédure, vous avez accepté à priori cette recommandation, dont l'échéancier est fixé au 1 <sup>er</sup> mai 2023.		
<b>33. Alimentation/ respect des normes requises/guide alimentaire</b>	2023-018 Que la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique s'assure que l'exploitant de la RPA La Gappe prenne les moyens nécessaires afin de s'assurer du respect de l'article 53 du Règlement sur la certification des RPA d'ici le 31 décembre 2023. Fournir les résultats de 3 audits des visites d'inspection surprise et tout autre moyen mis en place d'ici le 15 janvier 2024.	Visites non planifiées effectuées par la DQEPE pour valider la qualité des repas.	Réalisée
<b>34. Alimentation/ personnalisation de l'alimentation/ diète</b>	2023-019 Que la Direction des programmes jeunesse effectue des audits pour s'assurer que lors de l'admission d'un enfant sur une unité de soins de l'Hôpital Pierre-Janet, atteint d'une maladie cœliaque, d'une intolérance alimentaire ou allergie, que les particularités alimentaires soient prises en compte pour leur garantir leur sécurité liée à leur condition de santé, et ce, d'ici le 30 janvier 2024.  Fournir les résultats des audits le 15 février 2024 à la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services.		En cours
<b>35. Personnalisation de l'alimentation/ allergie</b>	2023-020 Que la Direction des services techniques et de la logistique revoit l'offre alimentaire pour les personnes cœliaques ou intolérantes au gluten (enfant et adulte) au CISSS de l'Outaouais, d'ici le 31 janvier 2024.  Fournir à la Commissaire aux plaintes une copie du menu révisé.	Menu révisé pour les personnes cœliaques ou intolérantes au gluten.	Réalisée
<b>36. Alimentation/ personnalisation de l'alimentation/ diète</b>	2023-021 Que la Direction des services techniques et de la logistique s'assure que l'équipe de soins de la Direction des programmes jeunesse soit informée sur la procédure en place pour demander des menus pour des usagers avec des particularités alimentaires telles que la maladie cœliaque et intolérance au gluten lorsque le service alimentaire est fermé.	En attente de validation de la procédure par la Direction des programmes jeunesse.	En cours

	Fournir la procédure à la Commissaire aux plaintes d'ici le 30 novembre 2023.		
<b>37. Conditions d'intervention ou de séjour adapté/aux incapacités de la personne</b>	2023-024 Que la direction de la RPA Village Riviera fournisse le calendrier de loisirs actuels offerts pour la période d'août à décembre 2023 des unités de soins, à la commissaire aux plaintes d'ici le 24 décembre 2023.	Copie des calendriers de loisirs d'août à décembre 2023 fourni.	Réalisée
<b>38. Conditions d'intervention ou de séjour adapté/aux incapacités de la personne</b>	2023-025 Que la direction de la RPA Village Riviera fournisse le calendrier de loisirs des unités de soins et l'a prévu de l'année 2024 ainsi que le taux de participation, d'ici le 1er mars 2024.		En cours
<b>39. Conditions d'intervention ou de séjour adapté/aux incapacités de la personne</b>	2023-026 Que la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique fasse des visites surprises à divers moments prévus au calendrier de loisirs afin de valider si l'offre de service est offerte et que les résidents des unités de soins de la RPA Village Riviera y participent.  Fournir les résultats des visites surprises à la commissaire d'ici le 15 mars 2024.		En cours
<b>40. Confort et commodité/ Température des lieux</b>	2023-027 Que la direction de la RPA Village Riviera fournisse une copie de toute ordonnance, avis de correction ou autre document qui lui ont été délivrés par toute autorité depuis les cinq dernières années, à l'équipe de certification des RPA de la DQEPE, d'ici le 1er mars 2024 afin d'en vérifier la validité.		En cours
<b>41. Confort et commodité/ Température des lieux</b>	2023-028 Que la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique fournisse à la commissaire aux plaintes l'analyse de la conformité de l'article 45 pour la RPA Village Riviera d'ici le 15 mars 2024.	Analyse présentée.	Réalisée
<b>42. Règles et procédures du milieu/ Respect des règles</b>	2023-040 Que la Direction du soutien à domicile, de la déficience et de la réadaptation développe une procédure de fin de vie découlant de la politique et l'adapte à la réalité des milieux RNI, incluant la mise en place d'un plan d'intervention interdisciplinaire (PII) et ce, d'ici le 31 mars 2024.		En cours

	Fournir à la Commissaire aux plaintes la politique révisée ainsi que le PII.		
<b>43.Règles et procédures du milieu/ Respect des règles</b>	<p>2023-041 Que la Direction du soutien à domicile, de la déficience et de la réadaptation avec le soutien de la Direction des soins infirmiers, procède à des audits de dossiers du personnel infirmier et des intervenants sociaux aux 3 mois à l'égard de l'application des divers protocoles/règles/normes/politiques en place : tenue de dossiers, évaluation et examen clinique, chutes, soins palliatifs, évaluation de la douleur, PTI et gestion/suivi de la médication et ce, jusqu'au 31 mars 2025.</p> <p>Fournir le calendrier d'audits ainsi que les résultats et un plan d'action, le cas échéant, à la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Calendrier d'audits sera déployé dans les autres RI par la suite.</p>		En cours
<b>44.Adoption/révision /application des règles et procédures / Protocole clinique ou administratif</b>	<p>2023-044 Que la Direction des services techniques et logistiques fournisse un bilan de l'implantation du processus centralisé du service de répartition des appels pour les demandes d'intervention pour le nettoyage et désinfection des chambres, à l'Hôpital de Gatineau et ce, pour la période du 1<sup>er</sup> novembre 2023 au 30 janvier 2024.</p> <p>Fournir le bilan pour le 15 février 2024 et les mesures d'amélioration, le cas échéant.</p>	Bilans fournis	Réalisée
<b>45.Alimentation/allergies</b>	2022-044 Que la Direction des services techniques et de la logistique revoit le menu pédiatrique et s'assure de l'adapter aux différentes tranches d'âge, et ce, d'ici le 30 avril 2023.Faire parvenir à la commissaire le menu révisé.	Menu révisé.	Réalisée
<b>46.Règles et procédures/ respect des règles</b>	2023-051 Que la Direction générale du CISSS de l'Outaouais prenne les moyens nécessaires et pérennes pour s'assurer que les résidents de la Résidence de l'Île		En cours

	<p>reçoivent les soins et les services requis et en continu et ce, à partir de maintenant, en vertu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Du Règlement sur la certification résidences privées pour aînés</li> <li>•Des obligations professionnelles, des infirmiers et infirmiers-auxiliaires</li> </ul> <p>Transmettre à la Commissaire les moyens qui seront pris, d'ici le 17 avril 2024.</p>		
<b>47.Équipement et matériel/ Bris mécanique/autre</b>	2023-080 Que la Direction d'All Seniors Care respecte le droit des résidents d'être lavé dans un bain en s'assurant que quatre des six bains soient fonctionnels pour les résidents de la Résidence La Gappe et RI La Gappe, et ce, d'ici le 30 septembre 2024.		En cours
<b>48.Équipement et matériel/ Bris mécanique/autre</b>	2023-081 Que l'équipe qualité RI-RTF de la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique (DQEPE) fasse une visite surprise dans la semaine du 1er octobre 2024 afin de s'assurer que les bains sont fonctionnels et utilisés par les résidents.		En cours
<b>49.Organisation spatiale/désuétude des lieux</b>	2023-082 Que la Direction d'All Seniors Care s'assure que les balcons soient réparés et accessibles aux résidents de la Résidence et RI La Gappe, et ce, d'ici le 30 septembre 2024.		En cours
<b>50.Organisation spatiale/désuétude des lieux</b>	2023-083 Que la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique s'assure, auprès de la RI de la Gappe, que tous les balcons soient réparés, et ce, d'ici le 15 octobre 2024.		En cours
<b>51.Règles et procédures du milieu/respect des règles</b>	2022-051 Que la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique s'assure que l'exploitant de la RPA Shayla respecte l'ensemble des normes et des critères du Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés, prévus au plan d'amélioration de la qualité, et ce, d'ici le 31 mai 2023, sans quoi elle appliquera l'article 346.0.20.2 de la LSSSS. Conformément à la procédure, vous avez accepté à priori cette recommandation, dont l'échéancier est fixé au 31 mai 2023.	Visites effectuées à la RPA par la DQEPE.	Réalisée

Relations interpersonnelles			
<b>52.Communication/attitude/manque de compréhension</b>	2023-045 De procéder à une enquête clinique incluant l'approche thérapeutique pour l'épisode de soins de l'usagère d'ici le 15 janvier 2024.  Fournir à la commissaire l'analyse.	Enquête clinique effectuée.	Réalisée
<b>53.Négligence</b>	2023-048 Que la direction du Campus 3-volet Centre HébergeVac, s'assure de former son personnel à l'embauche et en continu sur la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité, afin qu'ils soient en mesure de prévenir et de dénoncer les situations suspectées ou observées de maltraitance envers ces personnes, et ce, d'ici le 31 mars 2024.  Fournir une copie de l'attestation de formation des employés formés à la commissaire adjointe d'ici le 5 avril 2024.	Cessation du service Centre HébergeVac.	Réalisée
<b>54.Négligence</b>	2023-049 Que le Conseil d'administration de Campus 3 mette en place un mécanisme pour s'assurer que la directrice s'acquitte de ses obligations à l'égard des ententes avec le CISSS de l'Outaouais pour le programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) et ce, d'ici le 31 mars 2024. Fournir une copie à la commissaire adjointe du mécanisme mis en place d'ici le 5 avril 2024.	Cessation du service Centre HébergeVac.	Réalisée
<b>55.Communication et attitude/ Manque d'écoute</b>	2023-062 Je recommande à la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique de fournir une mise à jour du plan d'amélioration de la qualité (PAQ) chaque dernier lundi du mois et ce, jusqu'en septembre 2024. Faire parvenir le PAQ initial à la Commissaire d'ici le 15 mars 2024.		En cours
Soins et services dispensés			
<b>56.Traitement/intervention/service/consentement</b>	2022-012 Que la Direction des soins infirmiers soumette à la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services un plan d'action sur les écarts de pratiques soulevées dans l'enquête clinique à	Plan d'action effectué.	Réalisée

	l'urgence de l'hôpital de Gatineau, d'ici 30 jours, soit le 7 août 2023.		
<b>57.Continuité/absence de suivi</b>	2022-046 Que la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique s'assure que l'exploitant de la RPA Monastère d'Aylmer respecte l'ensemble des normes et des critères du Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés, par des visites surprises à la RPA, et ce, principalement pour les résidents de l'unité de soins prothétique, et ce, d'ici le 31 mai 2023. Fournir une copie du plan d'amélioration de la qualité à la commissaire aux plaintes.	Plan d'amélioration de la qualité présenté.	Réalisée
<b>58.Traitement-intervention-services/soins (physiques)</b>	2022-047 Que la Direction des services professionnels et de la pertinence clinique (DSPPC) avec la Direction du programme santé mentale et dépendances (DSMD) et la Direction des soins infirmiers (DSI) révisent la trajectoire de soins lorsqu'un usager admis en psychiatrie nécessite des soins de santé physique durant son séjour, et ce, d'ici le 15 juin 2023. Fournir une copie de ladite trajectoire à la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services d'ici le 15 juin 2023.	Trajectoire révisée.	Réalisée
<b>59.Traitement-intervention-services/soins (physiques)</b>	2022-048 Que la Direction des services professionnels et de la pertinence clinique (DSPPC) avec la Direction du programme santé mentale et dépendances (DSMD) et la Direction des soins infirmiers (DSI) révisent la trajectoire de soins lorsqu'un usager admis en psychiatrie nécessite des soins de santé physique durant son séjour, et ce, d'ici le 15 juin 2023.Fournir une copie de ladite trajectoire à la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services d'ici le 15 juin 2023.	Copie de la trajectoire présentée.	Réalisée
<b>60.Traitement-intervention-services/soins (physiques)</b>	2022-049 Que la Direction du programme santé mentale et dépendances (DSMD) et la Direction des soins infirmiers (DSI) mettent en place un calendrier de formation continue annuel, pour le personnel infirmier en santé mentale, sur l'évaluation physique d'un usager, afin de reconnaître rapidement les situations nécessitant une intervention auprès du	Calendrier de formation.	Réalisée

	<p>médecin concerné, et ce, d'ici le 15 juin 2023.</p> <p>Fournir le calendrier à la Commissaire d'ici le 15 juin 2023.</p>		
<p><b>61.Compétence technique et professionnelle/Respect du Code des professions</b></p>	<p>2022-052 Que la Direction des soins infirmiers s'assure que le personnel infirmier assure la continuité des soins en documentant leur évaluation ainsi que l'ensemble des soins conformément aux normes de pratiques infirmières, remplisse un plan thérapeutique infirmier pour chaque patient de l'Hôpital de Hull, d'ici le 30 avril 2023.</p> <p>Fournir un audit de 30 dossiers de patients le 1er mai 2023 ainsi que le 1er juin 2023 à la commissaire aux plaintes et à la qualité des services.</p>	<p>Capsule des nouvelles normes de l'OIIQ présenté au personnel infirmier des hôpitaux de Hull et Gatineau</p> <p>Audit à venir la semaine du 12 juin.</p>	<p>Réalisée</p> <p>En cours</p>
<p><b>62.Décision clinique/évaluation et jugement professionnel</b></p>	<p>2022-061 Que la Direction des soins infirmiers en collaboration avec la Direction des services professionnels et de la pertinence clinique développe un tableau de bord afin d'assurer une vigie de ce qui est attendu, tant par le personnel médical que le personnel infirmier et ce d'ici 60 jours, soit le 4 août 2023.</p>	<p>Tableau de bord effectué.</p>	<p>Réalisée</p>
<p><b>63.Compétence technique et professionnelle/habilité technique et professionnelle</b></p>	<p>2022-062 Que la Direction des soins infirmiers effectue des audits d'observation sur l'ouverture d'épisode de soins ainsi que sur la qualité des notes au triage à l'urgence de l'hôpital de Gatineau (lors des évaluations et réévaluations) et en cours d'épisode de soins d'ici 30 jours, soit le 23 juin 2023.</p> <p>Faire parvenir les résultats de ces audits et les mesures mises en place à la Commissaire aux plaintes.</p> <p>Répéter les audits dans 3 mois, 6 mois et un an et transmettre à la Commissaire l'analyse des résultats des audits et les mesures mises en place à la suite de ceux-ci.</p>	<p>Audits effectués.</p>	<p>Réalisée</p>
<p><b>64.Organisation des soins et services (systémique)/</b></p>	<p>2022-063 Que la Direction des soins infirmiers procède à une mise à jour du plan d'amélioration continue de la pratique infirmière d'ici le 23 juin 2023.</p>		<p>En cours</p>

<b>propre à l'installation</b>	Faire parvenir la mise à jour du plan d'amélioration continu à la Commissaire.		
<b>65. Traitement/ Intervention/ services (action faite) /évaluation</b>	2022-064 Que la Direction des soins infirmiers procède à une révision du dossier de l'usagère afin d'analyser les pratiques professionnelles et d'émettre des recommandations et ce, d'ici 30 jours, soit d'ici le 23 juin 2023. Transmettre les résultats de l'analyse et les recommandations à la Commissaire.	Révision du dossier effectué.	Réalisée
<b>66. Traitement/intervention/service/Coattention</b>	2023-012 Que la Direction des soins infirmiers soumette à la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services un plan d'action sur les écarts de pratiques soulevées dans l'enquête clinique à l'urgence de l'hôpital de Gatineau, d'ici 30 jours, soit le 7 août 2023.	Plan d'action soumis démontrant qu'il est réalisé.	Réalisée
<b>67. Organisation des soins et services/ Propre à l'établissement</b>	2023-013 Que la direction des soins infirmiers et la direction des services professionnels et de la pertinence clinique évaluent la pertinence clinique d'offrir les examens pour débitmétrie urinaire, et ce, d'ici le 8 janvier 2024.		En cours
<b>68. Insuffisance de service ou ressources</b>	2023-031 Que la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique effectue des visites surprises des unités de soins afin de valider le respect du seuil minimal de présence et surveillance mensuellement jusqu'au 24 novembre 2024.  Fournir à la commissaire les résultats des audits en même temps que la mise à jour du PACQ.		En cours
<b>69. Insuffisance de service ou ressources</b>	2023-032 Que la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique fournisse les attestations de formations requises pour assurer le seuil minimal des employés de la RPA d'ici le 31 janvier 2024.		Réalisée
<b>70. Encadrement intervenant/ Ajustement des activités professionnelles</b>	2023-034 Que la Direction du soutien à domicile, de la déficience et de la réadaptation développe un tableau de bord pour le suivi des indicateurs de processus incluant la mise à jour des outils cliniques et ce, d'ici le 30 janvier 2024.		En cours
<b>71. Continuité/absence de suivi</b>	2023-035 Que la Direction du soutien à domicile, de la déficience et de la réadaptation développe une procédure pour coordonner la fermeture d'une RI et la relocalisation des usagers incluant la mise à jour des dossiers, des		En cours

	communications avec les usagers et leurs proches ainsi que la transmission sécuritaire d'information lors d'un transfert et ce, d'ici le 31 mars 2024.		
<b>72. Continuité/ Absence de suivi</b>	2023-036 Que la Direction du soutien à domicile, de la déficience et de la réadaptation revoit les pratiques des infirmières en RNI à l'aide d'audits, à l'égard de l'évaluation/examen clinique des usagers, et ce, d'ici le 30 janvier 2024.  Fournir les résultats d'audits à la Commissaire.	Des audits ont été effectués et se poursuivent (voir fichier Excel Audits processus cliniques).	Réalisée
<b>73. Continuité/ Coordination entre les services/réseau</b>	2023-037 Que la Direction du soutien à domicile, de la déficience et de la réadaptation mette sur pied un comité qualité RNI qui s'inscrit dans un processus d'amélioration continue de la qualité des soins et services et ce, d'ici le 30 janvier 2024.  Fournir à la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services, le mandat de ce comité, les objectifs, le calendrier des rencontres et les comptes-rendus des rencontres jusqu'en janvier 2025.	Comité qualité RNI mis en place.	Réalisée
<b>70. Continuité/ Coordination entre les services/réseau</b>	2023-038 Que la Direction du soutien à domicile, de la déficience et de la réadaptation revoit avec les infirmiers en RNI, la règle de soins infirmiers-RSI 0-14 à l'égard du dépistage et de l'évaluation de la douleur et ce, d'ici le 30 janvier 2024.  Fournir à la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services, le plan de formation et la liste des personnes ayant suivi la formation et les outils développés, le cas échéant.	La règle de soins a été revue. Vous trouverez 3 pièces jointes : Ordre du jour des rencontres cliniques (qui comprend le plan de formation); 2 feuilles de présence (24 et 25 janvier).	Réalisée
<b>71. Compétence technique et professionnelle/Respect du Code des professions</b>	2023-039 Que la Direction du soutien à domicile, de la déficience et de la réadaptation développe des outils pour soutenir les intervenants dans la tenue de dossier et ce, d'ici le 29 février 2024.		En cours

<b>72. Continuité/ Absence de suivi</b>	<p>2023-042 Que la Direction du soutien à domicile, de la déficience procède à des audits de dossiers du personnel infirmier et des intervenants sociaux aux 3 mois à l'égard de l'application des divers protocoles/règles/normes/politiques en place : tenue de dossiers, évaluation et examen clinique, chutes, soins palliatifs, évaluation de la douleur, PTI et gestion/suivi de la médication, et ce, jusqu'au 31 mars 2025. Fournir le calendrier d'audits ainsi que les résultats et un plan d'action, le cas échéant, à la Commissaire aux plaintes.</p>		En cours
<b>73. Continuité des soins/ Coordination entre les services/ Réseau</b>	<p>2023-043 Que la direction des soins infirmiers fasse parvenir le plan de formation pour la clientèle pédiatrique pour les infirmières du triage de l'urgence de Papineau, à la commissaire aux plaintes d'ici le 22 décembre 2023.</p>	Plan de formation réalisation démontrant que les formations du personnel ont débutées.	Réalisée
<b>74. Continuité/absence de suivi</b>	<p>2023-050 Que la Direction de la fluidité mette en place un mécanisme permettant au personnel infirmier au triage de respecter les normes de réévaluations et de surveillance des usagers et usagères sous leur responsabilité avant la prise en charge médicale et ce, d'ici le 31 mars 2024.</p>		En cours
<b>75. Compétence technique et professionnelle/ Respect du Code des professions</b>	<p>2023-053 Que la Direction générale du CISSS de l'Outaouais demande une inspection à l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec (OIIQ) et à l'Ordre des infirmiers et infirmières auxiliaires du Québec (OIIAQ) pour le personnel impliqué tant pour le CISSS de l'Outaouais que la Résidence de l'Île, d'ici le 17 février 2024.</p> <p>Informers la Commissaire adjointe aux plaintes des résultats de chaque signalement aux ordres professionnels.</p>	Inspections demandées par la DSI.	Réalisée
<b>76. Organisation des soins et services (systémique)/ Propre à l'établissement</b>	<p>2023-056 Que la Résidence de l'Île cesse toute forme de répit, et ce, dès maintenant. Le 31 janvier 2024.</p>		En cours

<b>77. Traitement intervention services/ Plan de services-Plan d'intervention/ application-suivi</b>	<p>2023-058 Que la DSADDR et la RI revoient leur mécanisme de communication afin de s'assurer que l'information contenue au dossier du résident est conforme au formulaire NIM du respect du NIM des résidents en RI.</p> <p>Informé la Commissaire adjointe aux plaintes des moyens utilisés d'ici le 14 avril 2024.</p>		En cours
<b>78. Compétence/ Respect Code des professions</b>	<p>2023-061 Que la Direction des services à domicile et déficience et réadaptation, en collaboration avec la Direction des soins infirmiers, effectue des audits de la pratique infirmière auprès d'utilisateurs porteurs de sondes urinaires à long terme d'ici le 14 avril 2024.</p> <p>Fournir une copie des audits à la Commissaire adjointe aux plaintes et à la qualité des services d'ici le 14 avril 2024 et fournir les résultats des évaluations aux 3 mois jusqu'au 14 avril 2025.</p>		En cours
<b>79. Organisation des soins et services (systémique)/ Propre à une ressource non institutionnelle (RI, RTF, etc.)</b>	<p>2023-063 Je recommande à la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique en collaboration avec la Direction du soutien à domicile, de la déficience et de la réadaptation de fournir les indicateurs utilisateurs qui seront suivis, notamment en projet pilote, afin de s'assurer que le milieu demeure sécuritaire pour les utilisateurs, et ce, d'ici le 12 avril 2024.</p> <p>Fournir le suivi des résultats à la Commissaire.</p>		En cours
<b>80. Organisation des soins et services (systémique)/ Propre à une ressource non institutionnelle (RI, RTF, etc.)</b>	<p>2023-064 Je recommande que la DSADDR dépose un plan de contingence pour le transfert des utilisateurs avec des profils de perte d'autonomie élevés, et ce, d'ici le 30 septembre 2024.</p>		En cours
<b>81. Organisation des soins et services (systémique)/ Propre à une ressource non institutionnelle (RI, RTF, etc.)</b>	<p>2023-085 Que la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique en collaboration avec la Direction du soutien à domicile, de la déficience et de la réadaptation de fournir les indicateurs utilisateurs qui seront suivis, notamment en projet pilote, afin de s'assurer que le milieu demeure sécuritaire pour les utilisateurs, et ce, d'ici le 12 avril 2024.</p>		En cours

	Fournir le suivi des résultats à la Commissaire.		
<b>82. Organisation des soins et services (systémique)/ Propre à une ressource non institutionnelle (RI, RTF, etc.)</b>	2023-086 Que la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique de s'assurer que l'exploitant de la RPA Martha ainsi que son personnel fassent la formation sur la maltraitance et qu'un soutien leur soit offert par la coordonnatrice régionale en maltraitance et ce, d'ici le 30 avril 2024.		En cours

### Le médecin examinateur

#### **Aperçu des thématiques abordées par les recommandations des médecins examinateurs et résumé des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations**

En 2023-2024, de l'analyse et du traitement des 179 dossiers de plaintes portés à l'attention des médecins examinateurs, 5 dossiers, ont mené à la formulation de recommandations adressées à l'Établissement, qui constituent des mesures d'amélioration de la qualité des soins et services.

<b>Motifs</b>	<b>Recommandation</b>	<b>Mesure (s)</b>	<b>Réalisation</b>
<b>Soins et services dispensés</b>			
<b>83. Soins et services dispensés/ Traitement / intervention / services (action faite) /Approche thérapeutique</b>	México-administrative 2022-055 Que le CISSS de l'Outaouais prenne des mesures pour que les délais de prise en charge des enfants fébriles de moins de 3 mois soient réduits, et ce, d'ici le 15 juin 2023.		Réalisée
<b>84. Soins et services dispensés \ Décision clinique \ Évaluation et jugement professionnels</b>	2023-017 Qu'un feuillet d'information soit distribué aux usagers après avoir une cystoscopie.  Recomm du Mé devenu CPQS	Feuillet disponible.	Réalisée
<b>85. Soins et services dispensés \ Décision clinique \ Évaluation et jugement professionnels</b>	2023-054 Que le CISSS de l'Outaouais réalise une analyse du taux de complications postopératoires rencontrées par le Dr xxx au cours des deux dernières années et ce, d'ici le 24 juin 2024.		Réalisée
<b>86. Soins et services dispensés \ Décision clinique \ Évaluation et</b>	2023-055 Si le taux de complication du Dr xxx s'avère plus élevé que la normale, des mesures appropriées devront prises pour protéger la santé du public et maintenir la qualité des		Réalisée

<b>jugement professionnels</b>	soins au CISSS de l'Outaouais et ce, d'ici le 24 juin 2024.		
<b>87. Relations interpersonnelles \ Communication \ attitude \ Manque d'empathie</b>	2023-069 Que le CISSS de l'Outaouais supporte les démarches du Dr. xxx pour le transfert des dossiers xxx ET xxx à un autre médecin de famille sur le territoire du CISSS de l'Outaouais pour leur prise en charge et ce, d'ici le 15 juin 2024.		En cours

## Le Protecteur du citoyen

### Liste des recommandations adressées à l'établissement par le Protecteur du citoyen et résumé des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations

Au cours de la dernière année, le Protecteur du Citoyen a traité 28 dossiers en 2<sup>e</sup> recours. De ces 28 dossiers, 14 recommandations ont été formulées à l'Établissement dont 10 portants sur le même dossier. Ces recommandations, présentées au comité de vigilance et de la qualité, ont amené les mesures correctives suivantes.

<b>Direction</b>	<b>Recommandations</b>	<b>Mesures mises en place</b>	<b>Réalisation</b>
<b>87. Direction de la protection de la jeunesse (DPJ-2)</b>	2022-025 Fournir aux personnes autorisées à l'É/O, dont celle concernée dans ce dossier, une formation sur la nouvelle version de l'Entente multisectorielle;  Confirmer au Protecteur du citoyen que cet objectif a été réalisé, en lui transmettant le document à l'appui de la formation, ainsi qu'une liste des personnes ayant suivi cette formation, d'ici le 5 juillet 2023.	Visé seulement l'employée concernée qui a été formée.	Réalisée

<p><b>88.Direction de la protection de la jeunesse (DPJ-5)</b></p>	<p>2022-028 Conformément aux bonnes pratiques en vigueur, lors du retrait d'un enfant de son milieu familial, rappeler aux personnes autorisées à l'É/O de toujours se faire objectiver dans ses décisions, avant de planifier son hébergement; Confirmer au Protecteur du citoyen que ce rappel a bien été effectué, d'ici le 5 juillet 2023.</p>	<p>Discussion des attentes en rencontre d'équipe concernant la note sur les discussions cliniques lorsqu'un intervenant consulte son gestionnaire.</p> <p>Vérification des notes dès qu'un intervenant lui soumet un rapport pour valider que c'est bien fait.</p>	<p>Réalisée</p>
<p><b>89.Direction de la protection de la jeunesse (DPJ-7)</b></p>	<p>2022-030 S'assurer par des audits de dossiers que la personne autorisée à l'É/O concernée, réalise les bonnes pratiques concernant l'évaluation/orientation dans ses dossiers en ce qui a trait à l'aide, conseil et assistance ; Informé le Protecteur du citoyen, d'ici le 5 juillet 2023, du résultat de cet audit et, s'il y a lieu, des mesures qui sont prises pour se conformer à la loi.</p>	<p>Atelier avec la Superviseure d'activités cliniques (SAC) pour s'assurer des bonnes pratiques.</p> <p>Rencontre mensuelle avec la SAC.</p>	<p>Réalisée</p>
<p><b>90.Direction de la protection de la jeunesse (DPJ-8)</b></p>	<p>2022-031 S'assurer que la chef de service à l'É/O concernée, analyse sa stratégie de supervision des personnes autorisées à sa charge, en tire des constats et, s'il y a lieu, mette en place une stratégie différente pour superviser ou déléguer cette supervision, afin de maintenir un encadrement suffisant, autant pour les nouvelles recrues que pour les personnes autorisées avec expérience ; Transmettre une copie de cette analyse au Protecteur du citoyen et l'informer des mesures mises en place afin d'atteindre cet objectif d'ici le 5 juillet 2023.</p>	<p>Une recension des activités d'encadrement effectuées par la gestionnaire a été effectuée.</p>	<p>Réalisée</p>
<p><b>91.Direction de la protection de la jeunesse (DPJ-9)</b></p>	<p>2022-032 S'assurer que la personne autorisée à l'É/O concernée connaisse bien les critères du passage de l'étape de l'évaluation à celle de l'orientation des dossiers DPJ ; Indiquer au Protecteur du citoyen les mesures prises afin d'atteindre cet objectif, d'ici le 5 juillet 2023.</p>	<p>Mise en place d'un accompagnement par la SAC (organisation, manuel de référence, etc.).</p>	<p>Réalisée</p>

		Vérification par la gestionnaire à chaque 2 semaines ou aléatoirement des dossiers de l'intervenante (rapports, notes, etc.)	
<b>92.Direction de la protection de la jeunesse (DPJ-11)</b>	2022-034 En prévision des visites supervisées, rappeler aux personnes autorisées de bien expliquer le contrat d'engagement, le faire signer au parent qui doit être supervisé et le déposer au dossier, et cela, autant à l'évaluation, à l'orientation qu'à l'application des mesures ; Confirmer au PDC les mesures prises pour atteindre cet objectif d'ici le 1er mars 2023.	Note de service produite. La note de service reprend les consignes en lien avec le contrat d'engagement ainsi que le délai pour procéder à la révision des critères pour le maintien ou non des visites supervisées.	Réalisée
<b>93.Direction de la protection de la jeunesse (DPJ-12)</b>	2022-035 Rappeler aux personnes autorisées que lorsqu'une ordonnance dicte que l'entente pour les visites supervisées doit s'effectuer entre elles et un parent, l'autre parent doit s'y conformer ou en saisir le tribunal en cas de désaccord; Confirmer au PDC les mesures prises pour atteindre cet objectif d'ici le 1er mars 2023.	Rappel des bonnes pratiques à l'intervenante le 31 janvier et lors de son évaluation de contribution.  Atelier avec la SAC pour s'assurer de la compréhension de l'entente des visites supervisées.	Réalisée
<b>94.Direction de la protection de la jeunesse (DPJ-13)</b>	2022-036 Informer la personne autorisée à l'É/O concernée qu'afin de ne pas placer un jeune enfant en conflit de loyauté pour les visites entre ses parents, un calendrier de visites devrait être produit et approuvé par les parties ; Informer le Protecteur du citoyen des mesures prises pour atteindre cet objectif d'ici le 5 juillet 2023.	Présenter à l'intervenante les bonnes pratiques le guide d'une visite supervisée (organisation, préparation, etc.)  Le guide de pratique sur les visites supervisées a été révisé.	Réalisée
<b>95.Direction de la protection de la jeunesse (DPJ-14)</b>	2022-037 Informer les personnes autorisées que conformément au guide, elles doivent procéder à la révision des	Développer une procédure qui reprend l'ensemble	Réalisée

	critères pour le maintien ou non des visites supervisées, en respectant un délai minimal de trois mois; Le CISSS doit, d'ici au 1 <sup>er</sup> mars 2023, informer le PDC des mesures prises pour atteindre cet objectif.	des étapes à actualiser pour la mise en place de visites supervisées ainsi que les documents à compléter.  L'ensemble des gestionnaires, spécialistes en activités cliniques ainsi que les réviseurs ont tous reçu la formation <i>pour des visites supervisées bienveillantes en protection de la jeunesse.</i>	
<b>96.Direction de la protection de la jeunesse (DPJ-15)</b>	2022-038 Prendre les mesures nécessaires afin que la personne autorisée à l'É/O concernée respecte son Code de déontologie ; Informer le Protecteur du citoyen, d'ici le 5 juillet 2023, concernant les différentes démarches effectuées (Audits, formations, etc.).	Demander à l'intervenante de relire le Code de déontologie. Atelier avec la SAC pour s'assurer de compréhension et du respect du Code de déontologie.	Réalisée
<b>97.Direction de la protection de la jeunesse (DPJ-16)</b>	2022-039 Lorsqu'un enfant réside ailleurs que dans son milieu familial, s'assurer que la personne autorisée à l'É/O concernée tienne régulièrement informée les parents de son évolution, soit lors de rencontres, de conversations téléphoniques ou, au besoin, par des textos ou des courriels et, enfin, inscrire ce suivi au dossier du ou des enfants ; Démontrer au Protecteur du citoyen, d'ici le 5 juillet 2023, que la recommandation a été Réalisée, en lui indiquant les mesures (formations, audits, etc.) prises pour y parvenir.	Vérification mensuelle des notes évolutives de l'employée complétée par la gestionnaire.	Réalisée
<b>98.Direction de la protection de la jeunesse (DPJ-18)</b>	2022-041 Rappeler à la personne autorisée à l'É/O concernée que lors du transport des enfants de la DPJ, elle doit toujours suivre le Code de la sécurité routière quant à l'installation de bancs adaptés aux enfants	Mini atelier sur les meilleures pratiques et diverses informations en lien avec l'installation des	Réalisée

	<p>qu'ils doivent conduire, il en va de la sécurité de ces enfants ;          Informer le Protecteur du citoyen des mesures prises pour atteindre cet objectif d'ici le 5 juillet 2023.</p>	<p>bancs d'auto et la sécurité des enfants passagers, par une technicienne certifiée en sécurité des enfants passagers par l'association canadienne sur la sécurité des enfants passagers de l'Association canadienne de la sécurité des enfants passagers.</p>	
<p><b>99. Direction de la protection de la jeunesse (DPJ-19)</b></p>	<p>2022-042 Procéder à l'audit des suivis d'activités de l'évaluation et de l'orientation de ce dossier afin d'identifier les manquements et déterminer quelle formation pourra soutenir la personne autorisée à l'É/O concernée, afin qu'elle se conforme aux normes de pratique en vigueur concernant les notes au dossier d'un usager et lui offrir cette formation ;          Transmettre au Protecteur du citoyen une copie des résultats de cet audit et l'informer de la formation offerte, d'ici le 5 juillet 2023.</p>	<p>Formation sur les bonnes pratiques concernant les standards de pratiques l'évaluation-orientation (Transfert délai, remise de rapports, etc.);</p>	Réalisée
<p><b>100. Direction de la protection de la jeunesse (DPJ-20)</b></p>	<p>2022-043 Que la personne autorisée à l'AM, nouvellement mandatée, procède à une analyse exhaustive du dossier et produise un rapport avec recommandations appropriées, pour l'audience prévue le 21 février 2023 ;          Transmettre une copie de ce rapport au Protecteur du citoyen d'ici au 10 février 2023.</p>	<p>Réception des rapports de révision (un pour chaque enfant).</p>	Réalisée
<p><b>101. Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique (DQEPE) et RPA Village Riviera</b></p>	<p>2022-056 Poursuivre la collaboration à la mise en place de mesures correctrices à l'égard de lacunes soulevées par tout observateur et par les recommandations de la commissaire aux plaintes et la qualité des services du CISSSO, et ce, afin d'offrir un milieu sécuritaire et des services appropriés à l'ensemble des résidents.</p>		Réalisée

	<p>Informer le Protecteur du citoyen des mesures prises pour atteindre cet objectif d'ici le 31 mars 2023.</p>		
<b>102. Direction des soins infirmiers (DSI)</b>	<p>2023-010 Rappeler au personnel infirmier au triage à l'urgence de l'Hôpital de Hull, que lorsqu'une personne atteinte de cancer se présente pour des symptômes liés à ses traitements ou à l'évolution de son cancer : une attention particulière doit être portée aux médicaments et aux traitements en cours, de même qu'à l'état de son système immunitaire; tous les constats faits lors de l'évaluation au triage doivent être notés au dossier. Confirmer au Protecteur du citoyen, d'ici le 15 septembre 2023, que ce rappel a été fait et lui indiquer le moyen qui a été utilisé pour le réaliser.</p>		Réalisée
<b>103. Direction des soins infirmiers (DSI)</b>	<p>2023-011 Rappeler au personnel infirmier de l'aire ambulatoire à l'urgence de l'Hôpital de Hull qu'il est tenu de respecter les mêmes normes de réévaluation et de surveillance qu'au triage pour les usagers et usagères qu'il a sous sa responsabilité avant la prise en charge médicale.</p> <p>Confirmer au Protecteur du citoyen, d'ici le 15 septembre 2023, que ce rappel a été fait et lui indiquer le moyen qui a été utilisé pour le réaliser.</p>		Réalisée
<b>104. Direction des programmes jeunesse (DJ)</b>	<p>2023-014 S'assurer que le Rallye élabore une procédure d'expulsion/non-réintégration basée sur les principes de justice naturelle tels que la neutralité, la gradation des sanctions et du droit d'être entendu;</p> <p>Informer le Protecteur du citoyen de la reprise des activités du Rallye et lui fournir une copie de la procédure dans les deux (2) mois suivant la reprise des activités.</p>		En cours
<b>105. Direction des programmes jeunesse (DJ)</b>	<p>2023-015 Prendre les moyens nécessaires afin de s'assurer que les intervenants du Rallye soient informés adéquatement des situations devant être signalées à la protection de la jeunesse;</p> <p>Informer le Protecteur du citoyen des mesures prises pour atteindre cet objectif dans les deux (2) mois suivant la reprise des activités du Rallye.</p>		En cours

<b>106. CISSS de l'Outaouais/ RI la Victorienne</b>	2023-070 S'assurer qu'un encadrement adéquat et sécuritaire est offert par le personnel de la RI aux usagers hébergés à la résidence intermédiaire La Victorienne;		En cours
<b>107. CISSS de l'Outaouais/ RI la Victorienne</b>	2023-071 Nommer un cadre supérieur en autorité afin d'assurer la coordination de l'ensemble des directions impliquées dans les démarches associées au redressement et à l'amélioration des services dans la RI.		En cours
<b>108. CISSS de l'Outaouais/ RI la Victorienne</b>	2023-072 S'assurer que le personnel présent dans la RI est suffisant en tout temps pour répondre aux besoins spécifiques des résidents dont notamment lorsqu'un accompagnement « un pour un » est requis.		En cours
<b>109. CISSS de l'Outaouais/ RI la Victorienne</b>	2023-073 Déterminer les formations prioritaires liées aux enjeux comportementaux et cliniques nécessaires au personnel de la RI et prévoir un calendrier de formation.		En cours
<b>110. CISSS de l'Outaouais/ RI la Victorienne</b>	2023-074 S'assurer que le personnel affecté aux résidents présentant des troubles de comportement dispose des connaissances, de l'expertise et des formations adéquates pour répondre aux besoins spécifiques de ce type de profil.		En cours
<b>111. CISSS de l'Outaouais/ RI la Victorienne</b>	2023-075 Cesser toute nouvelle admission d'utilisateur dont le profil requiert un niveau d'encadrement particulier sur le plan comportemental, tant et aussi longtemps que le redressement ne sera pas suffisant et sécuritaire pour les usagers		En cours
<b>112. CISSS de l'Outaouais</b>	2023-076 Maintenir le personnel du CISSSO sur place tant et aussi longtemps qu'une amélioration significative n'aura pas été constatée et documentée		En cours
<b>113. CISSS de l'Outaouais</b>	2023-077 Compléter la mise à jour des instruments de classification pour l'ensemble des usagers hébergés dans la RI		En cours
<b>114. CISSS de l'Outaouais</b>	2023-078 À défaut d'un redressement significatif dans un délai de six mois des soins et des services dispensés aux usagers hébergés dans la RI, réviser l'entente contractuelle avec celle-ci afin de modifier le type de clientèle qui y est orientée, ou ultimement pour résilier l'entente		En cours

<b>115. CISSS de l'Outaouais</b>	2023-079 Réviser la procédure régissant les critères d'évaluation d'un postulant à titre de ressource intermédiaire préalablement à la signature d'un lien contractuel		En cours
----------------------------------	--	--	----------

## RAPPORT DES MÉDECINS EXAMINATEURS

CISSS de l'Outaouais

# Rapport annuel du médecin examineur 2023-2024

(du 1<sup>er</sup> avril 2023 au 31 mars 2024)

Présenté au comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et au conseil  
d'administration du CISSS de l'Outaouais le 20 juin 2024

## Équipe

Le traitement des plaintes médicales est assuré par une équipe de médecins examinateurs expérimentés, le tout sous la supervision d'un coordonnateur. La commissaire aux plaintes et à la qualité des services assure la gestion de la structure et du soutien administratif. Au 31 mars 2024, l'équipe de médecins examinateurs se constitue des membres actifs suivant :

- Dr Sylvain Croteau
- Dr Marc Gaudet
- Dr Martin Pham Dinh
- Dr Mark Saul

## Préambule

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

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

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

Un des rôles du médecin examinateur est de veiller à ce que la qualité des soins donnés par les médecins, dentistes, pharmaciens et résidents d'un établissement soit le meilleur possible.

S'il s'agit d'une plainte d'ordre administratif ou organisationnel, qui touche des services médicaux, celle-ci est traitée par la commissaire locale, après consultation avec le médecin examinateur.

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

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

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

- Pendant ou après l'étude de l'examen de la plainte, décider de l'acheminer vers le CMDP pour étude à des fins disciplinaires.

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

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

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

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

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

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

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

Le Comité de révision peut :

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

La conclusion retenue dans son avis est donc finale.

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

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

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

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

Si le Comité exécutif est d'avis qu'il n'y a pas lieu d'imposer des mesures disciplinaires, il informe le médecin examinateur de ses conclusions motivées. Le médecin examinateur doit en informer le plaignant et la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.

Si le Conseil d'administration décide d'imposer des mesures disciplinaires à la suite des recommandations du CMDP, le directeur général doit en avertir le professionnel visé et le médecin examinateur. Ce dernier doit en informer le plaignant et la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.

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

## Traitement des plaintes

Tableau 17. Bilan des dossiers de plainte selon l'étape de l'examen

Période du 2023-04-01 au 2024-03-31

EXERCICE	En cours d'examen au début de l'exercice		Reçus durant l'exercice		Conclus durant l'exercice		En cours d'examen à la fin de l'exercice		Transmis au 2e palier	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
2023 - 2024	11	-15	179	37	170	28	20	82	11	57
2022 - 2023	13	-28	131	7	133	5	11	-15	7	-46
2021 - 2022	18	-5	122	22	127	26	13	-28	13	86

Le pourcentage est relatif à l'année précédente.

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

Tableau 18. Bilan des dossiers de plainte selon l'étape de l'examen et l'instance visée

Période du 2023-04-01 au 2024-03-31

MISSION / CLASSE / TYPE	En cours d'examen au début de l'exercice	Reçus durant l'exercice		Conclus durant l'exercice		En cours d'examen à la fin de l'exercice	Transmis au 2e palier
		Nombre	%	Nombre	%		
<b>CH</b>							
CHSGS	11	149	83.24	142	83.53	18	9
CHSP	0	7	3.91	6	3.53	1	0
CHSLD	0	10	5.59	10	5.88	0	1
CLSC	0	13	7.26	12	7.06	1	1
<b>TOTAL</b>	11	179	100.00	170	100.00	20	11

87 % de nos plaintes proviennent de nos hôpitaux.

11 dossiers ont été transférés au Comité de révision.

Nous avons un taux de demande de révision qui est d'environ 6 %.

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

### État des dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires

**Tableau 19. Dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires**

DOSSIERS TRANSMIS POUR ÉTUDE À DES FINS DISCIPLINAIRES	Nombre
Transmission CMDP	2

En 2023-2024, deux dossiers ont été transmis au CMDP pour étude à des fins disciplinaires.

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

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

**Tableau 20. Plaintes conclues selon le motif**

Motif d'insatisfaction	% par motif
Accessibilité	9%
Aspect financier	0%
Droits particuliers	0%
Organisation du milieu et ressources matérielles	0%
Relations interpersonnelles	27%
Soins et services dispensés	64%

Les principales causes d'insatisfaction se répartissent en 2 catégories : les soins et services dispensés et les relations interpersonnelles. Concernant le volet des soins et services dispensés, il inclut l'absence de suivi, la qualité des interventions ainsi que la continuité des services et des soins lors des congés hospitaliers. Quant aux relations interpersonnelles, elles englobent les problèmes tels que les commentaires inappropriés, l'attitude désinvolte, le manque d'écoute, d'empathie et de politesse ainsi que le manque d'informations transmises aux patients.

En 2023-2024, il n'y a pas eu de plainte de harcèlement visant des médecins.

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

**Tableau 21. État des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu selon le délai d'examen**

Période du 2023-04-01 au 2024-03-31

DÉLAI D'EXAMEN	Moyenne	Nombre	%
Moins de 3 jours	1	4	2.35
4 à 15 jours	9	9	5.29
16 à 30 jours	22	36	21.18
31 à 45 jours	38	41	24.12
<b>Sous-total</b>	<b>27</b>	<b>90</b>	<b>52.94</b>
46 à 60 jours	52	17	10.00
61 à 90 jours	75	37	21.76
91 à 180 jours	127	21	12.35
181 jours et plus	256	5	2.94
<b>Sous-total</b>	<b>95</b>	<b>80</b>	<b>47.05</b>
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>170</b>	<b>100.00</b>

En termes des délais de prise en charge, l'année 2023-2024 fut plus difficile.

Le nombre de plaintes est en augmentation significative, les ressources sont limitées et nous avons dû nous adapter à un roulement de personnel, ce qui affecte l'efficacité du bureau. Nous sommes conscients que ces défis sont partagés par de nombreux secteurs dans notre réseau.

Heureusement, nous avons pu recruter un nouveau médecin examinateur durant la dernière année, le Dr Sylvain Croteau.

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

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

### **Recommandations des médecins examinateurs**

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

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

En 2023-2024, les médecins examinateurs ont émis plusieurs recommandations individuelles et une recommandation de nature systémique :

- 2023-017 Qu'un feuillet d'information soit distribué aux usagers après une cystoscopie.

La nature des recommandations individuelles reste confidentielle, elles ne sont donc pas publiées dans le Rapport annuel.

En 2023-2024, les médecins examinateurs ont émis deux avis de vigilance :

- 2023-00937 *Avis sur les scans de contrôle multiples avec contraste et le risque d'insuffisance rénale.*
- 2023-00838 *Avis aux endoscopistes sur la vérification du profil pharmacologique des usagers pour prévoir la tolérance aux sédatifs et aux analgésiques.*

Enfin, de manière générale, la procédure de traitement des plaintes permet une sensibilisation des médecins à la perception de l'utilisateur vis-à-vis la qualité des soins dispensés.

### **Conclusions**

Durant l'exercice 2023-2024, les médecins examinateurs ont conclu le traitement de 170 dossiers de plaintes.

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

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

### **Objectifs pour l'année à venir**

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

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

Pour l'instant, nous n'envisageons pas de recrutement pour l'année à venir, mais la situation sera réévaluée en fonction du volume de plaintes. La gestion d'une petite équipe efficace et performante est appréciée.

## **Mot des médecins examinateurs**

Le rôle du médecin examinateur est fondamental dans le système de santé. Il doit incarner l'excellence en matière de professionnalisme, de discernement et de connaissances médicales. Ses compétences et son expérience sont essentielles pour la crédibilité et l'efficacité du processus de traitement des plaintes. La capacité à communiquer de manière efficace joue un rôle dans l'établissement d'un climat de confiance avec les patients et leurs familles et avec les médecins visés, ce qui est crucial pour sa fonction de médiateur et de conciliateur.

Le médecin examinateur est une pierre angulaire dans l'effort constant d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins médicaux. En remplissant ses fonctions avec dévouement et intégrité, il devient une force motrice propulsant l'ensemble du système de santé vers des soins de qualité. Le cadre juridique qui soutient son action lui confère une indépendance et une immunité légales, lui permettant d'agir sans pression, dans l'intérêt des patients et dans le respect des médecins.

Le processus de réception et de gestion des plaintes, bien que potentiellement source de frustration pour les médecins, est traité par le bureau des médecins examinateurs avec une approche qui humanise et rend accessible ce mécanisme essentiel de retour d'information. En reconnaissant et en mettant en valeur les médecins qui se distinguent, en démythifiant les résultats inattendus et en accompagnant avec empathie les médecins, nous favorisons un processus de conciliation constructif et équitable.

La collaboration étroite entre les médecins examinateurs, la commissaire aux plaintes, les professionnels de notre bureau et nos partenaires au sein de l'organisation souligne un engagement collectif et une volonté de travailler ensemble pour relever des défis complexes. Cette synergie permet de prévenir et de corriger les erreurs, en plus d'optimiser les résultats pour garantir la sécurité des patients.

Notre reconnaissance va à l'ensemble de ces acteurs dévoués, dont la coopération renforce incontestablement la qualité des soins fournis.

Ensemble, nous œuvrons à la réalisation d'une mission essentielle : offrir aux usagers du CISSS de l'Outaouais des soins de qualité supérieure, sûrs et conformes aux standards de la profession médicale.

Merci.



Martin Pham Dinh

## RAPPORT DU COMITÉ DE REVISION

### Comité de révision du CISSS de l'Outaouais

RAPPORT ANNUEL 2023-2024

#### Mandat et responsabilités

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

#### Composition du comité de révision des plaintes médicales

Le Comité de révision du CISSS de l'Outaouais était formé au 31 mars 2024 des membres suivants:

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

Le Comité s'est rencontré à six reprises, soit :

- 19 avril 2023
- 24 mai 2023
- 27 septembre 2023
- 11 octobre 2023
- 15 novembre 2023
- 13 décembre 2023

Au total, 11 demandes de révision de plaintes ont été traitées dans l'année :

- 1 dossier reçu dans l'année financière 2022-2023 et conclu au cours de l'année 2023-2024.
- 7 dossiers reçus et conclus en cours de l'année.
- 3 dossiers reçus au cours de l'année 2023-2024 et conclus dans le prochain exercice.

Les motifs, conclusions, et délais de traitement des dossiers figurent dans le tableau suivant :

**Tableau 22. Les motifs, conclusions et délais de traitement des dossiers**

Dossier	Motif de la demande	Conclusions	Respect du délai (60 jours)
<b>Plaintes déposées dans l'année financière 2022-2023 et conclues dans l'année 2023-2024</b>			
1	Accessibilité	Confirmation des conclusions du médecin examinateur	Oui (42 jours)
<b>Plaintes déposées et conclues dans l'année financière 2023-2024</b>			
2	Accessibilité/relations interpersonnelles	Confirmation des conclusions du médecin examinateur	Oui (39 jours)
3	Accessibilité/relations interpersonnelles	Confirmation des conclusions du médecin examinateur	Oui (45 jours)
4	Évaluation et jugement professionnels	Confirmation des conclusions du médecin examinateur	Oui (45 jours)
5	Maltraitance	Confirmation des conclusions du médecin examinateur	Oui (43 jours)
6	Évaluation et jugement professionnels	Confirmation des conclusions du médecin examinateur	Oui (57 jours)
7	Évaluation et jugement professionnels	Confirmation des conclusions du médecin examinateur	Oui (57 jours)
8	Évaluation et jugement professionnels	Confirmation des conclusions du médecin examinateur	Oui (42 jours)
<b>Plaintes déposées dans l'année financière 2023-2024 et qui seront conclues dans l'année 2024-2025</b>			
9	Accessibilité	Cette plainte sera traitée à l'exercice 2023-2024	
10	Accessibilité	Cette plainte sera traitée à l'exercice 2023-2024	
11	Relations interpersonnelles	Cette plainte sera traitée à l'exercice 2023-2024	

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

**Tableau 23. État des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu selon le délai d'examen**

DÉLAI D'EXAMEN	Moyenne (jours)	Nombre de dossiers
Moins de 60 jours	46	8
61 à 90 jours	--	--
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>8</b>

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

## **Conclusion et objectifs pour l'année 2024-2025**

Pendant l'année financière 2023-2024, le Comité de révision a traité un total de 11 demandes, ce qui se situe dans la moyenne annuelle des dernières années.

Le Comité de révision désire reconnaître le travail de l'équipe des médecins examinateurs du CISSS de l'Outaouais et spécifiquement du médecin examinateur coordonnateur, qui offrent une pleine collaboration pendant le traitement des dossiers de révision.

L'adoption de la Loi 15 qui a pour objectif de revoir l'organisation du réseau de la santé et des services sociaux en visant une efficacité accrue prévoit que les comités de révisions des établissements soient sous la gouverne de Santé Québec. Dans l'attente des changements à venir, le Comité de révision du CISSS de l'Outaouais se concentrera dans la prochaine année à traiter avec la même diligence les demandes de révision de plaintes médicales et à respecter le délai légal de 60 jours.



---

M. Michel Roy, président

## Centre d'hébergement Champlain-de-Gatineau

## 5.1 BILAN DES DOSSIERS DE PLAINTES 2023-2024

Tableau 24. Bilan des dossiers de plaintes 2023-2024 Champlain

EXERCICE	En cours d'examen au début de l'exercice		Reçus durant l'exercice		Conclus durant l'exercice		En cours d'examen à la fin de l'exercice		Transmis au 2e palier	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
2023-2024	1	100	0	-100	1	100	0	-100	0	0
2022-2023	0	0	1	100	0	0	1	100	0	0
2021-2022	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Nous avons traité une plainte pour ce CHSLD qui avait été amorcée en 2022-2023.

**Motifs de plaintes et mesures d'amélioration**

Les principaux motifs sont :

- Relations interpersonnelles sous forme d'abus d'autorité par un employé ;
- Soins et services sous forme d'organisation des soins et des services de l'installation ;
- Maltraitance psychologique sous forme de violence par un membre du personnel.

L'analyse permet de constater que cette plainte a mené à des mesures individuelles d'ajustement professionnel.

**5.2 BILAN DES DOSSIERS D'INTERVENTION**

Cette année, nous avons reçu 4 signalements de maltraitance comparativement à 2 l'an dernier.

Une analyse plus approfondie des éléments principaux donne ce portrait :

- Maltraitance à déclaration obligatoire (4 dossiers)
  - 1 dossiers de maltraitance organisationnelle sous forme de négligence par un employé ;
  - 1 dossier de maltraitance sexuelle sous forme de violence par un employé ;
  - 2 dossiers de maltraitance matérielle et financière par un proche.

**Tableau 25. Évolution des dossiers d'intervention**

EXERCICE	En cours de traitement au début de l'exercice		Amorcés durant l'exercice		Conclus durant l'exercice		En cours de traitement à la fin de l'exercice	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
2023-2024	1	100	4	-20	4	0	1	0
2022-2023	0	0	5	67	4	33	1	100
2021-2022	0	0	3	300	3	300	0	0

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

Ces signalements étaient fondés et ont mené aux mesures suivantes :

- Encadrement, information et sensibilisation des intervenants ;
- Respect des droits ;
- Évaluation ou réévaluation des besoins ;
- Amélioration des mesures de sécurité et protection ;
- Conciliation, précision et liaison.

### **5.3 BILAN DES DEMANDES D'ASSISTANCE**

L'assistance est souvent le premier niveau d'action pour répondre à l'insatisfaction exprimée par l'utilisateur. L'attente à l'égard du partenaire est une collaboration et une implication rapides ainsi que la mise en place des mesures qui doivent être prises pour assurer la confidentialité et la sécurité des renseignements communiqués.

Pour l'année 2023-2024, aucune demande d'assistance a été reçue à l'égard des droits particuliers pour de l'information concernant de l'aide pour l'obtention d'un soin ou service, comparativement à 1 l'an dernier où la demande était de l'aide pour la formulation d'une plainte et 3 en 2021-2022.

### **5.4 BILAN DES DOSSIERS TRANSMIS POUR ÉTUDE À DE FINS DISCIPLINAIRES**

Un dossier a été transmis pour une étude à de fins disciplinaires.

### **5.5 LE RECOURS AU PROTECTEUR DU CITOYEN**

Aucun dossier.

## 5.6 BILAN DES CONSULTATIONS

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

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

2 consultations ont été faites par des gestionnaires de l'établissement, soit une diminution de 4 consultations par rapport à l'an dernier.

Une analyse plus approfondie des éléments principaux donne ce portrait :

- 1 consultation à l'égard de motifs de maltraitance ;
- 1 consultation concerne des situations préjudiciables pour les résidents à l'égard de leurs droits, dont une situation sur le consentement libre et éclairé d'un résident et une portant sur la participation de l'utilisateur ou de son représentant aux décisions affectant son bien-être ;
- 1 consultation portant sur le motif de relations interpersonnelles, d'abus sous forme de négligence.

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

Les participations statutaires de la commissaire :

- **Engagement au niveau provincial**
  - Participation mensuelle aux rencontres de la table ministérielle des commissaires
- **Autres fonctions**
  - Envoi de statistiques périodiques du nombre de dossiers de plainte, d'intervention et d'assistance et de leurs motifs pour le Comité de vigilance et de la qualité du Groupe Champlain.

## 5.8 RAPPORT DU MÉDECIN EXAMINATEUR

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

Il n'y eut aucune plainte déposée en 2023-2024 à l'encontre d'un médecin, ou pharmacien au Centre d'hébergement Champlain-de-Gatineau.

## Partie 6

### VIGI de L'Outaouais

#### 6.1 BILAN DES DOSSIERS DE PLAINTES 2023-2024

Cette année nous n'avons reçu aucune plainte ni intervention, tout comme l'an dernier.

#### 6.2 BILAN DES DOSSIERS D'INTERVENTION

Cette année, 2 situations de maltraitance ont été conclues provenant de l'exercice 2022-2023.

**Tableau 26. Évolution des dossiers d'intervention**

EXERCICE	En cours de traitement au début de l'exercice		Amorcés durant l'exercice		Conclus durant l'exercice		En cours de traitement à la fin de l'exercice	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
2023-2024	3	50	0	-100	2	-33	1	-67
2022-2023	2	200	4	-43	3	-40	3	50
2021-2022	0	0	7	250	5	150	2	200

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

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

- 1 motif de maltraitance organisationnelle sous forme de négligence par le dispensateur de services ;
- 1 motif de maltraitance physique sous forme de violence par un usager.

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

- Impliquer la psychoéducatrice pour une évaluation de la situation ;
- Augmenter la surveillance de la résidente ;
- Présenter la situation de comité de gestion des risques.

#### 6.3 BILAN DES DEMANDES D'ASSISTANCE

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

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

Pour l'année 2023-2024, aucune demande d'assistance n'a été reçue, tout comme en 2022-2023. comparativement à 11 en 2021-2022.

#### **6.4 BILAN DES DOSSIERS TRANSMIS POUR ÉTUDE À DE FINS DISCIPLINAIRES**

Aucun dossier.

#### **6.5 LE RECOURS AU PROTECTEUR DU CITOYEN**

Aucun dossier.

#### **6.6 BILAN DES CONSULTATIONS**

Aucun dossier, contrairement à 6 en 2022-2023 et 3 en 2021-2022.

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

##### **Les participations statutaires de la commissaire**

- **Engagement au niveau provincial**
  - Participation mensuelle aux rencontres de la table ministérielle des commissaires
- **Autres fonctions**
  - Envoi de statistiques périodiques du nombre de dossiers de plainte, d'intervention et d'assistance et de leurs motifs pour le Comité de vigilance et de la qualité de VIGI Santé.

#### **6.8 RAPPORT DU MÉDECIN EXAMINATEUR**

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

Il n'y eut aucune plainte déposée en 2023-2024 à l'encontre d'un médecin, ou pharmacien au CHSLD Vigi de l'Outaouais, tout comme en 2022-2023.