

Rapport annuel

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



2023-2024

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

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

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

Format : PDF
ISBN : 978-2-550-98605-8

Format : Imprimé
ISBN : 978-2-550-98604-1

Tous droits réservés. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, ou la diffusion de ce document, même partielle, sont interdites sans l'autorisation préalable du CIUSSS MCQ. Cependant, la reproduction partielle ou complète de ce document à des fins personnelles et non commerciales est permise à la condition d'en mentionner la source.

Le rapport annuel a été adopté par le conseil d'administration le 13 juin 2024.

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

© CIUSSS MCQ, 2024

Table des matières

MOT DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES	7
LES FAITS SAILLANTS 2023 – 2024	9
PORTRAIT DE LA RÉGION DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC	15
INTRODUCTION LE RÉGIME D’EXAMEN DES PLAINTES ET SES ASSISES LÉGALES	16
CHAPITRE 1 LE RAPPORT DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES	20
1.1 La commissaire aux plaintes et à la qualité des services.....	21
1.2 Le bilan des dossiers de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services.....	25
1.3 Les motifs de plainte et d’intervention au CIUSSS MCQ.....	29
1.4 Bilan des dossiers traités en maltraitance.....	31
1.5 Protecteur du citoyen.....	36
CHAPITRE 2 LE RAPPORT D’ACTIVITÉS DES MÉDECINS EXAMINATEURS	37
2.1 Les médecins examinateurs.....	38
2.2 Mot des médecins examinateurs.....	38
2.3 Le bilan des activités des médecins examinateurs.....	39
2.4 Les motifs de plainte médicale au CIUSSS MCQ.....	41
2.5 Les mesures d’amélioration de la qualité des soins et des services ainsi que du respect des droits des usagers.....	41
CHAPITRE 3 LE RAPPORT DU COMITÉ DE RÉVISION	43
3.1 Le comité de révision.....	44
3.2 Bilan des activités du comité de révision.....	44
CHAPITRE 4 RAPPORT POUR LES CHSLD PRIVÉS CONVENTIONNÉS	46

Liste des figures

Figure 1	Bilan des dossiers de plainte selon les missions et instances visées	25
Figure 2	Bilan des dossiers d'intervention selon les missions et instances visées.....	27
Figure 3	Pourcentage des motifs de plainte et d'intervention	29
Figure 4	Nombre total des dossiers transmis au Protecteur du citoyen depuis 3 ans	36
Figure 5	Motifs des plaintes transmises au Protecteur du citoyen.....	36

Liste des tableaux

Tableau 1	Faits saillants au cours de l'exercice 2023-2024	9
Tableau 2	Activités relatives à l'exercice des autres fonctions de la commissaire.....	24
Tableau 3	Bilan des dossiers de plainte selon l'étape de l'examen	25
Tableau 4	Bilan des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu selon le délai d'examen	26
Tableau 5	Bilan des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu selon l'auteur.....	26
Tableau 6	Bilan des dossiers d'intervention selon l'étape de l'examen.....	27
Tableau 7	Comparatif des principaux motifs d'insatisfaction (tableau par catégories d'objet)	30
Tableau 8	Plaintes et interventions concernant des situations de maltraitance (loi 6.3)	32
Tableau 9	Mesures individuelles ou systémiques.....	32
Tableau 10	Type de maltraitance – Auteur de la maltraitance	32
Tableau 11	Formes de maltraitance	33
Tableau 12	Niveau de traitement des motifs de maltraitance	33
Tableau 13	Bilan des dossiers de plainte médicale selon l'étape de l'examen	39
Tableau 14	Bilan des dossiers de plainte médicale selon l'étape de l'examen et l'instance visée	39
Tableau 15	Bilan des dossiers de plainte médicale dont l'examen a été conclu selon le délai d'examen	40
Tableau 16	Bilan des dossiers de plainte médicale dont l'examen a été conclu selon l'auteur	40
Tableau 17	Bilan des dossiers de plainte médicale dont l'examen a été conclu selon le motif	41
Tableau 18	Dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires	42
Tableau 19	Bilan des dossiers de plainte selon l'étape de l'examen	44
Tableau 20	Évolution du bilan des dossiers de plainte selon l'étape de l'examen	45
Tableau 21	Bilan des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu selon le motif	45
Tableau 22	Bilan des dossiers de plainte, niveau et délai de traitement Foyer Sts-Anges de Ham-Nord	47
Tableau 23	Bilan des interventions CHSLD Sts_anges de Ham-Nord	48
Tableau 24	Bilan des dossiers de plainte, niveau et délai de traitement CHSLD Vigi Les Chutes	50
Tableau 25	Bilan des interventions CHSLD Vigi Les Chutes	50
Tableau 26	Ventilation des motifs de plainte et d'intervention conclues selon leur catégorie	51
Tableau 27	Exemples de recommandations pour les installations du CIUSSS MCQ	53
Tableau 28	Exemples de mesures d'amélioration formulées par les médecins examinateurs	69

Liste des annexes

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

Liste des acronymes

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

Droit de réserve

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

Remerciements

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

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



Il me fait plaisir de présenter le rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services. Ce rapport couvre l'ensemble de nos activités pour la période du 1^{er} avril 2023 au 31 mars 2024.

Encore une fois cette année, le nombre de demandes reçues à notre bureau a continué d'augmenter. On observe une augmentation de 31% du volume de plaintes et d'interventions amorcées et une augmentation de 32% du nombre de dossiers conclus en cours d'année.

Les signalements de situations de maltraitance ont augmenté de façon significative, soit de 170%. Ces signalements sont principalement transmis par des membres du personnel, ce qui témoigne du fait que ceux-ci connaissent mieux et appliquent l'obligation de signaler, tel que prévu à la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité.

Devant l'augmentation graduelle du nombre de dossiers ouverts depuis les dernières années et l'augmentation des responsabilités des commissaires, il avait été convenu l'année dernière avec l'établissement que trois postes de professionnels pouvaient s'ajouter à notre équipe, faisant passer notre structure de postes de 5 à 8 professionnels, en plus des 2 commissaires adjoints. En mars 2024, les postes supplémentaires n'étaient pas encore tous dotés et les démarches de recrutement se poursuivaient.

Par ailleurs, nous expérimentons diverses solutions sur le plan de l'organisation du travail pour parvenir à absorber ce fort volume et améliorer notre capacité à rendre des conclusions aux personnes plaignantes dans des délais raisonnables et répondant à nos obligations règlementaires.

Aussi au cours de l'année, le bureau de la vérificatrice générale du Québec (VGQ) a réalisé

des travaux d'audit sur le régime d'examen des plaintes (REP) dans 3 établissements, dont le CIUSSS MCQ, ainsi qu'auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux. Ces travaux se sont déroulés de juin 2023 à février 2024 et ont porté sur la période du 1^{er} avril 2019 au 31 mars 2023. L'objectif était de s'assurer que les établissements audités gèrent le REP de façon efficace pour qu'il soit accessible, équitable et transparent.¹ Les principaux constats nous ont été transmis à la fin mars 2024 dans un projet de rapport. Nous sommes en accord avec les recommandations formulées par le bureau de la VGQ et un projet de plan d'action sera transmis pour la fin août 2024. À noter que des actions sont déjà entreprises afin de renforcer nos processus.

Finalement, cette fin d'année s'inscrit comme étant une période de transition en raison de la création de Santé Québec et d'un poste de commissaire national aux plaintes et à la qualité des services. D'ici la fin de l'année 2024-2025, les commissaires aux plaintes et à la qualité des services de l'ensemble du Québec relèveront du commissaire national plutôt que des Conseils d'administration des établissements.

En terminant, je tiens à réitérer à quel point le traitement des plaintes des usagers et de leurs proches est un levier pour l'amélioration de la qualité des soins et des services. Ces témoignages font une réelle différence, tout comme les actions des comités d'usagers et de résidents en matière de promotion des droits des usagers.

Je transmets mes sincères remerciements à toutes les personnes qui s'impliquent dans ce processus d'amélioration de la qualité des soins et des services dispensés, notamment les membres du personnel, employés, gestionnaires, médecins, membres du comité de vigilance et de la qualité, ainsi que tous les membres du bureau de la commissaire.



Lucie Lafrenière
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

¹ https://www.vgg.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/208/VGQ_mai2024_ch5_RDP.pdf

Les faits saillants |
2023 – 2024

Légende

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

Tableau 1 – Faits saillants au cours de l'exercice 2023-2024

↑ de 32,1%	2023-2024 1927	2022-2023 1459	Nombre de dossiers conclus (plaintes et interventions)
↑ de 26,7 %	1167	921	Plaintes reçues en première instance par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services
↑	1048	1046	Nombre de motifs des plaintes conclues
↑	525	418	Nombre de mesures correctives
↑	137	121	- à portée individuelle
↑	388	297	- à portée systémique
↑	46	41	Dossiers transmis au 2 ^e palier au Protecteur du citoyen
↑	6	3	Dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires
↑ de 35,9 %	958	705	Interventions amorcées par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services à la suite d'un signalement ou sur son initiative
↑	986	855	Nombre de motifs d'intervention conclus
↑	628	489	Nombre de mesures correctives
↑	219	147	- à portée individuelle
↑	409	342	- à portée systémique
↑	43	18	Dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires
↓ de 5,2 %	1888	1992	Assistances
↓ de 20 %	80	100	Consultations
↑ de 23,5 %	168	136	Plaintes reçues en première instance par les médecins examinateurs
↑	263	216	Nombre de motifs des plaintes conclues
↑	67	60	Nombre de mesures correctives
↓	3	10	Dossiers transmis au comité de révision
=	2	2	Dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires

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

La section qui suit présente certains secteurs d'activité ayant fait l'objet d'une vigilance accrue, de la part de l'équipe de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services, pour l'année 2023-2024, et attire l'attention sur des défis à relever au cours de la prochaine année.

Accès à un médecin

En 2022-2023, les plaintes concernant les difficultés à obtenir un rendez-vous avec un médecin avaient été très nombreuses, notamment en raison des difficultés rencontrées avec l'utilisation du Guichet d'accès à la première ligne (GAP). En 2023-2024, le nombre de plaintes relatives au GAP a continué d'augmenter.

Au courant de l'année, un plan d'action a été mis en œuvre par ce service. Parmi les problématiques rapportées l'an dernier et qui se sont améliorées, nous notons entre autres celles-ci :

- Les personnes ayant obtenu un rendez-vous et qui doivent être revues pour un même problème ponctuel de santé (arrêt de travail, blessure...) n'ont pas à refaire tout le processus; un rendez-vous leur sera donné pour un suivi. À noter qu'il ne s'agit pas d'une prise en charge pour une problématique à long terme;
- La diminution du temps d'attente en ligne pour parler à une infirmière à la suite de l'implantation du GAP numérique;
- L'amélioration de l'orientation des usagers vers les ressources pouvant répondre à leur besoin;
- Des plages de rendez-vous sont prévues par les cliniques pour la clientèle P4-P5 qui se présente à l'urgence et qui peut être réorientée.

Par contre, certaines insatisfactions mentionnées l'an dernier dans le rapport annuel nous sont encore régulièrement rapportées :

- L'impossibilité d'obtenir un rendez-vous parce que plus aucune plage horaire n'est disponible dans les cliniques de la région. La personne se voit contrainte de recommencer le processus jusqu'à ce que de nouvelles plages horaires soient rendues disponibles;
- Les invitations, par le personnel du GAP, à consulter au privé ou à l'urgence en l'absence de plages horaires disponibles;
- La contrainte de s'en tenir à un seul problème de santé lorsqu'un rendez-vous est obtenu;
- La difficulté à obtenir un rendez-vous pour un renouvellement de prescription ou pour le renouvellement de formulaires nécessitant une attestation médicale (Ex : SAAQ).

Aussi, de nouvelles problématiques nous ont également été rapportées dans les plaintes soit :

- L'impossibilité pour l'utilisateur de connaître le délai de rappel d'une infirmière, car cela varie en fonction du nombre de demandes en attente et de la priorité accordée à chacune;
- La difficulté d'être joint pour certains usagers qui n'ont pas de téléphone cellulaire ou de répondeur puisqu'après trois tentatives d'appels sans réponse, la demande est fermée sans nécessairement que l'utilisateur en soit informé;
- Certains patients inscrits à une clinique (et non à un médecin) constatent qu'ils ont davantage de difficulté à obtenir un rendez-vous puisque l'infirmière cherche des disponibilités uniquement dans la clinique où ils sont inscrits. Certains songent même à se désinscrire des cliniques.

- Des enjeux relationnels alors que certains usagers disent avoir l'impression de se retrouver dans un système où ils ne se sentent pas écoutés et ne trouvent pas réponse à leurs besoins;
- Certains usagers disent avoir été contraints d'aller consulter au privé et estiment qu'ils devraient être remboursés;

L'examen de ces dossiers peut mener à des recommandations telles que de s'assurer que le profil des besoins de la personne est bien à jour et que la cote de priorité attribuée est adéquate ou encore d'apporter un soutien et de bien orienter la personne afin qu'elle puisse obtenir des réponses à ses besoins sur le plan de sa santé et aussi, s'assurer de présenter aux usagers toutes les autres opportunités possibles lorsqu'il n'y a pas de rendez-vous disponibles. Rappelons toutefois que ce sont les cliniques médicales privées qui déterminent le nombre de plages horaires allouées pour la clientèle du GAP et la commissaire n'a pas juridiction sur le fonctionnement des cliniques médicales privées.

Qualité des services et respect des droits en RI et RPA

En cours d'année, plusieurs personnes ont formulé des plaintes alléguant des abus financiers de la part de responsables de Résidences privées pour aînés (RPA), plus particulièrement en lien avec un programme de soutien financier appelé Mesure d'accompagnement à la pertinence et la planification des services (MAPPS). Il s'agit d'une allocation financière octroyée par le CIUSSS, à un résident d'une RPA et en fonction de ses besoins, dans le but de favoriser son maintien à domicile (en RPA). Les services requis pour cette personne sont offerts par du personnel de la RPA et doivent être inscrits à son bail avec la RPA. L'utilisateur ou son représentant doit signer un « plan de coordination des services », conjointement avec la RPA et l'intervenant du CIUSSS assigné au dossier de l'utilisateur; dans les dossiers que nous avons examinés, nous n'avons pas trouvé d'entente signée entre les parties, mis à part le bail. Des personnes nous ont rapporté avoir appris par hasard que le CIUSSS versait des montants d'argent à la RPA pour défrayer le coût des services, d'autres n'étaient pas au courant de ces montants.

Il est à noter que tout résident d'une RPA qui est admissible à l'aide financière du CIUSSS MCQ peut aussi avoir recours à un autre prestataire de service, comme par exemple, une entreprise d'économie sociale d'aide à domicile (EESAD). Toutefois, les personnes qui nous ont interpellés affirment ne pas en avoir été informées, ce qui remet en question le respect du droit à l'information sur les services et les ressources disponibles (LSSS art. 4) ainsi que le droit de choisir un prestataire de services (LSSSS art. 6) et la notion de consentement libre et éclairé (LSSSS art. 9).

Selon le fonctionnement du programme MAPPS, le montant de l'allocation financière est remis à la RPA qui doit, chaque mois, déposer les montants dans le compte bancaire de la personne, afin de diminuer les coûts au bail. Pour certaines personnes qui se sont adressées au bureau de la commissaire, une partie seulement du montant d'allocation, payé par le CIUSSS à la RPA, leur avait été remise (déposée à leur compte); des montants pouvant s'élever à quelques milliers de dollars étaient manquants. Aussi, dans plusieurs cas, lors du renouvellement du bail, la RPA avait augmenté le montant du loyer à la hauteur de l'aide financière octroyée par le CIUSSS et même davantage. Certains exploitants ont demandé à des résidents de signer un renouvellement de bail, quelques mois seulement après la signature d'un premier renouvellement; la loi interdit pourtant la modification d'un bail en cours, à moins bien sûr, que les deux parties y consentent. Mais plusieurs personnes rapportent avoir subi des pressions pour signer ce nouveau bail, sous peine de devoir déménager. Il faut comprendre que si le CIUSSS cesse les paiements de l'allocation financière, comme c'est le cas par exemple si la personne est absente de la résidence pour une période de plus de 72 heures en raison d'une hospitalisation, celle-ci doit quand même continuer de payer le coût total du loyer auquel elle s'est engagée en signant le bail. La décision d'accepter de fortes hausses du coût de loyer peut donc être lourde de conséquences pour la personne et doit être prise en toute connaissance de cause. Toutefois, nous

pouvons constater que les droits des locataires en RPA demeurent bien souvent méconnus par les principaux intéressés. Dans le cas présent, le locataire assume donc seul l'engagement à l'égard des coûts du loyer et des services ainsi majorés substantiellement, au-delà de la capacité de payer pour plusieurs qui deviennent ainsi dépendants du CIUSSS pour pouvoir honorer cet engagement contractuel. C'est pourquoi le recours au bail, dans le cadre de l'application de ce programme dont les objectifs sont tout à fait louables, mériterait selon nous d'être remis en question.

Il faut rappeler que plusieurs personnes âgées vivant en RPA constituent une clientèle vulnérable. Ces personnes ont besoin du propriétaire de la résidence pour obtenir des soins et des services qui leur sont nécessaires ainsi que pour assurer leur sécurité. Plus la personne est vulnérable, plus ce lien de dépendance est important. Il est donc primordial qu'un lien de confiance existe entre le locataire et le personnel d'une résidence. Dans un tel contexte, les personnes qui souhaitent exprimer une insatisfaction, une objection quelconque, craignent habituellement de subir des représailles. De plus, certaines personnes peuvent ne pas se sentir en mesure de faire valoir leurs droits, que ce soit pour des raisons de santé ou parce qu'elles sont isolées et manquent de soutien. On observe d'ailleurs que dans la plupart des dossiers ouverts au bureau de la commissaire, l'usager est représenté par un proche ou un tiers.

L'examen des dossiers de plainte a révélé que les résidents et leurs proches ne saisissaient pas bien le fonctionnement du programme en question et il en allait de même pour certains propriétaires de RPA et certains intervenants du CIUSSS MCQ. Dans un tel contexte, il est raisonnable de douter du caractère libre et éclairé des décisions prises par ces locataires de RPA. Le Centre d'Assistance et d'Accompagnement aux Plaintes (CAAP) rapporte d'ailleurs que dans le cadre de son mandat d'accompagnement des locataires en RPA, plusieurs personnes, propriétaires ou résidents, se sont adressées à eux afin d'obtenir des explications sur ce programme; ce sont des employés du CIUSSS qui les avaient référés.

Dans ses conclusions, la commissaire a formulé à l'établissement plusieurs recommandations :

- Vérifier pour chacune des personnes plaignantes, si celles-ci ont bien reçu l'entièreté des montants auxquels elles avaient droit et dans le cas contraire, s'assurer que les montants leur soient remis.
 - Tous les dossiers ont été vérifiés et lorsque requis, les personnes ont reçu les remboursements des sommes qui leur étaient dues. La gestionnaire concernée a rencontré chacune des personnes plaignantes et leurs proches afin de leur fournir les explications nécessaires et répondre à leurs questions.
- S'assurer, concernant une RPA en particulier, pour chacun des résidents qui bénéficient de ce type d'aide financière, que chacun reçoit bien les montants auxquels il a droit. Dans le cas contraire, s'assurer que les montants leur soient remis.
 - On nous a confirmé la réalisation de ces vérifications et ajustements lorsque requis.
- Revoir la formulation de ce type d'entente afin de s'assurer que les modalités ne permettent pas à une RPA de retenir de l'argent qui est dû à un résident.
 - Un guide à l'intention des résidents a été élaboré et un autre à l'intention des propriétaires de RPA et le modèle d'entente a été révisé. Du travail a été réalisé auprès de propriétaires de RPA par les responsables des services à domicile du CIUSSS afin de s'assurer de leur bonne compréhension de l'application de cette allocation financière.

Par la suite, d'autres personnes se sont adressées au CAAP, sans vouloir déposer une plainte formelle, par crainte de représailles de la part de leur RPA. Le CAAP a déposé auprès de la commissaire une demande d'intervention où plusieurs situations étaient décrites, touchant des résidents de 9 RPA différentes. Les situations exposées faisaient état d'atteintes au consentement libre et éclairé, d'abus financier, d'intimidation. Considérant que l'application actuelle du programme nous semble ouvrir la porte à des situations d'abus financier et de maltraitance, la commissaire a recommandé au Directeur du continuum SAPA - Services dans la communauté et services spécialisés gériatriques de :

- Prendre les moyens nécessaires pour s'assurer de vérifier et de confirmer les assises légales du programme MAPPS et de sa mise en application.
 - En suivi, on nous a informés que « *des adaptations avaient été amenées afin de s'assurer d'une compréhension commune à tous.* » Au moment de terminer l'année 2023-2024, des vérifications se poursuivaient en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Soins de fin de vie en CHSLD - Disponibilité d'une chambre privée

Nous avons traité en cours d'année des plaintes concernant la non-disponibilité de chambres privées pour des résidents de CHSLD nécessitant des soins de fin de vie. La loi concernant les soins de fin de vie prévoit que « pour la période précédant de quelques jours le décès d'une personne qui reçoit des soins de fin de vie, tout établissement doit lui offrir une chambre qu'elle est seule à occuper » (Art. 12). Dans les situations que nous avons examinées, la chambre prévue pour les soins de fin de vie avait été attribuée à une personne qui n'était pas en fin de vie. L'examen de ces situations nous a permis de constater que les enjeux relatifs à la continuité et fluidité des épisodes de soins entraînent des impacts sur le secteur de l'hébergement. Lorsque des personnes ne requièrent plus de soins de courte durée en centre hospitalier, le fait d'attendre une orientation vers un service en externe (hébergement, réadaptation...) comporte des risques pour ces personnes (plaies de pression, infections nosocomiales, déclin fonctionnel...²) et a un impact sur les possibilités d'hospitaliser d'autres patients qui requièrent des soins aigus. L'ensemble des CHSLD de la région ont dû composer avec une pression importante lors d'alertes de mise sous tension en provenance des centres hospitaliers, impliquant donc, dans certains cas, l'utilisation de chambres destinées aux résidents en fin de vie.

Parce que l'utilisation de ces chambres entraîne un non-respect des droits des résidents de CHSLD en fin de vie, le commissaire adjoint avait émis à deux reprises des recommandations à la direction Hébergement – SAPA :

- Prendre les mesures requises afin que chaque résident en fin de vie en CHSLD puisse avoir accès, en temps opportun, à une chambre individuelle comme prévu à l'article 12 de la Loi sur les soins de fin de vie.
 - La directrice s'est engagée activement dans une recherche de solution tout en tenant compte des enjeux de fluidité. Ainsi, une nouvelle procédure a été adoptée et permet désormais d'admettre, dans une chambre double, une personne en provenance d'un centre hospitalier en surcapacité et de conserver la disponibilité de la chambre prévue pour les soins de fin de vie.

Il s'agit d'un bon coup de l'organisation que nous tenons à souligner.

² INESSS, juin 2021, Repères - Organisation des soins et services en lien avec les niveaux de soins alternatifs (NSA), page 1.
Rapport annuel 2023-2024 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes
et de l'amélioration de la qualité des services

Déplacements des usagers

L'année dernière, l'examen d'une plainte avait permis de faire ressortir un besoin d'uniformiser les procédures relatives au transport en Mauricie-Centre-du-Québec. Dans certaines circonstances et selon l'installation, les frais de transport pour le retour à domicile des usagers peuvent être payés par l'établissement et il y avait une iniquité entre les différents centres hospitaliers. La commissaire avait recommandé de faire entériner/adopter le projet intitulé « *Optimisation du transport des usagers* », de façon à harmoniser les procédures relatives au transport pour l'ensemble du CIUSSS MCQ. La politique relative au déplacement médical des usagers a été révisée ainsi que les procédures qui en découlent; celles-ci entrent en vigueur en 2024-2025. L'harmonisation des procédures a donc été réalisée.

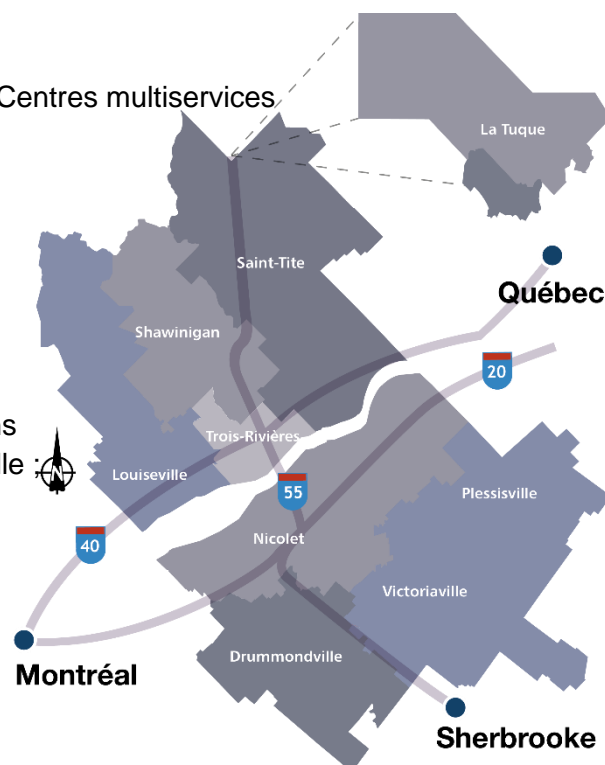
Portrait de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Le CIUSSS MCQ regroupe 140 installations. Les établissements du réseau public de la région sont répartis sur un territoire dont la superficie est de 47 000 km².

Juridiction de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité

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

- 6 Hôpitaux
- 8 Urgences
- 27 Centres d'hébergement publics
- 2 Centres d'hébergement privés conventionnés
- 32 Centres locaux de services communautaires (CLSC) et Centres multiservices
- 16 Centres de protection et de réadaptation pour les jeunes et les mères en difficulté d'adaptation
- 24 Points de services de proximités DI-TSA-DP (AEOL, SAT, services externes et autres)
- 5 Unités de réadaptation fonctionnelle intensive DP
- 4 Résidences assistance continue (RAC) réadaptation intensive DI-TSA et hébergement DI-TSA
- 1 Réadaptation comportementale intensive pour 8 – 14 ans
Conjoint à la Direction des programmes Jeunesse-Famille : le Service de réadaptation intensif la Maisonnée (SRIM)
- 12 Services de réadaptation en dépendance
- 7 Centres d'activités de jour et
- 4 Centres d'intégration communautaire
- 27 Groupes de médecine de famille (GMF)
- 2 Groupe de médecine de famille accès (GMFA)
- 1 Groupe de médecine de famille réseau (GMF-R)
- 4 Groupes de médecine de famille universitaire (GMF-U)
- 64 Ressources intermédiaires (RI) liées par entente avec l'établissement
- 835 Ressources de type familial (RTF) liées par entente avec l'établissement
- 252 Organismes communautaires reconnus en santé et services sociaux
- 139 Résidences privées pour aînés (RPA)
- 8 Ressources privées ou communautaires certifiées offrant de l'hébergement en dépendance (RPCCHD)
- 29 Groupes de premiers répondants
- 7 Entreprises ambulancières
- 1 Centre de communication santé de la Mauricie et du Centre-du-Québec
- 1 Maison des naissances
- 1 Le service régional Info-Santé et Info-Social 811



Introduction |
Le régime d'examen des plaintes
et ses assises légales

Régime d'examen des plaintes

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

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

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

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

Autorité responsable

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

Commissaires locaux adjoints

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

Fonctions, pouvoirs et immunités

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

Autorité du commissaire local

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

Art. 33. Responsabilités

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

Fonctions

À cette fin, il exerce notamment les fonctions suivantes :

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

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

Assistance et accompagnement des usagers

Selon la LSSSS³, le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP) MCQ est mandaté par le MSSS pour assister et pour accompagner les usagers qui souhaitent porter plainte auprès d'un établissement du réseau de la santé et des services sociaux, du Protecteur du citoyen en matière de santé et de services sociaux ou dont la plainte est acheminée au CMDP d'un établissement.

Le CAAP MCQ intervient en amont du dépôt de la plainte, pendant le traitement de la plainte et après qu'elle soit conclue à l'établissement (par la CPQS, le médecin examinateur, le comité de révision ou le Conseil des médecins dentistes et pharmaciens) ou par le Protecteur du citoyen. 136 accompagnements ont été effectués en 2023-2024 comparativement à 181 l'année précédente.

³ Articles 76,6 et 76,7

Chapitre 1 |
Le rapport de la commissaire aux plaintes
et à la qualité des services

1.1 La commissaire aux plaintes et à la qualité des services

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

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

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

Examen d'un dossier

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

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

Motifs d'insatisfaction

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

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

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

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

Traitement non complété ou complété

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

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

Dossiers conclus ou fermés

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

Deuxième instance

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

- **Protecteur du citoyen**

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

Engagement sur le plan provincial

La CPQS est membre du Regroupement des commissaires aux plaintes et à la qualité des services du Québec. Ce regroupement a été mis sur pied afin de favoriser, notamment, l'échange d'expertise et le développement de la pratique, et d'améliorer, par le fait même, la qualité des interventions des commissaires aux plaintes et à la qualité des services du réseau de la santé.

Comité de vigilance et de la qualité

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

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

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

Séances au conseil d'administration du CIUSSS MCQ

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

Autres fonctions de la commissaire

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

Tableau 2 – Activités relatives à l'exercice des autres fonctions de la commissaire
Période du 1^{er} avril 2023 au 31 mars 2024

Autres fonctions de la commissaire	Nombre	Pourcentage (%)
Promotion / information		
Droits et obligations des usagers	20	2,01
Loi de lutte contre la maltraitance	40	4,02
Code d'éthique (employés, professionnels, stagiaires)	21	2,11
Régime et procédure d'examen des plaintes	49	4,93
Autres	6	0,60
Sous-total	136	13,68 %
Communication au conseil d'administration (en séance)		
Bilan des dossiers des plaintes et des interventions	3	0,30
Attentes du conseil d'administration	2	0,20
Présence en séance du Conseil	7	0,70
Sous-total	12	1,20 %
Participation au comité de vigilance et de la qualité		
Participation au comité de vigilance et de la qualité	5	0,50
Sous-total	5	0,50 %
Collaboration au fonctionnement du régime des plaintes		
Collaboration à l'évolution du régime d'examen des plaintes	307	30,89
Collaboration avec les comités des usagers / résidents	4	0,40
Soutien aux commissaires locaux	294	29,58
Autres	236	23,74
Sous-total	841	84,61 %
Total	994	100,00 %

* Le pourcentage est relatif au total de la colonne.

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

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

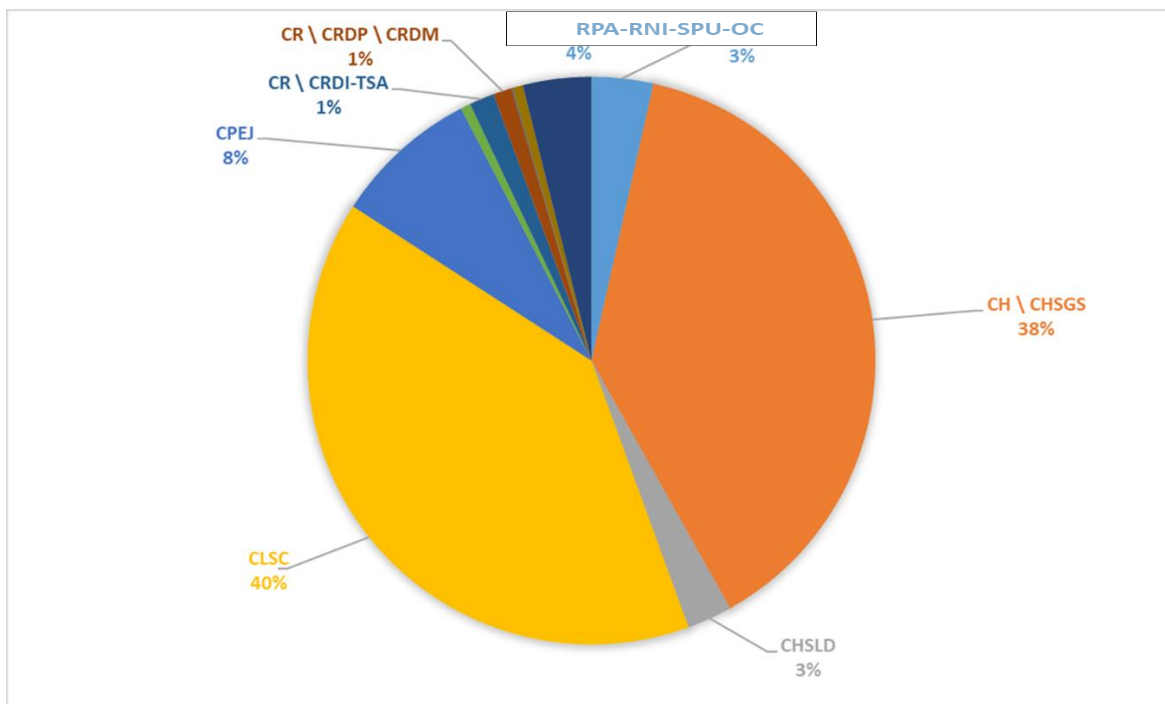
Les prochaines pages présentent les résultats des dossiers de plaintes ou d'interventions conclus par l'équipe du bureau de la commissaire aux plaintes, au cours de l'année 2023-2024, selon la mission ou l'instance visée.

Plaintes

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

Exercice	En cours d'examen au début de l'exercice		Reçus durant l'exercice		Conclus durant l'exercice		En cours d'examen à la fin de l'exercice		Transmis au 2 ^e palier	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
2023-2024	192	70	1167	26	1048	24	311	62	46	12
2022-2023	113	16	923	11	844	4	192	70	41	41
2021-2022	97	-4	831	9	815	6	113	16	29	-36

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



On constate que 40 % des plaintes déposées visaient des services en CLSC. Viennent ensuite dans l'ordre, les services en centre hospitalier, en centre jeunesse, en résidence privée pour aînés – résidence non institutionnelle - organisme communautaire - soins préhospitaliers d'urgence (RPA-RNI-OC-SPU).

Tableau 4 – Bilan des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu selon le délai d'examen^(1H)

Délai d'examen	Délai moyen (en jours)	Nombre de dossiers	Taux de respect du délai de 45 jours (%)
Moins de 3 jours	1	36	3,44
De 4 à 15 jours	9	178	16,98
De 16 à 30 jours	23	156	14,89
De 31 à 45 jours	39	157	14,98
Sous-total	21	527	50,29
De 46 à 60 jours	51	116	11,07
De 61 à 90 jours	75	155	14,79
De 91 à 180 jours	125	164	15,65
181 jours et plus	262	86	8,21
Sous-total	116	521	49,72
Total	69	1048	100,00 %

Le délai prévu par la loi pour l'examen des plaintes est de 45 jours. Il n'y a pas de délai concernant les dossiers d'intervention. On constate que 50,29 % des plaintes ont été conclues dans un délai de 45 jours ou moins. Le délai moyen pour le traitement des plaintes est passé de 61 jours en 2022-2023 à 69 jours en 2023-2024. Les dossiers d'intervention sont conclus dans un délai moyen de 100 jours.

Tableau 5 – Bilan des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu selon l'auteur^(1D)

Auteur	Nombre	Pourcentage (%)
Représentant	273	25
Tiers	11	1,01
Usager	808	73,99
Total	1092	100,00 %

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

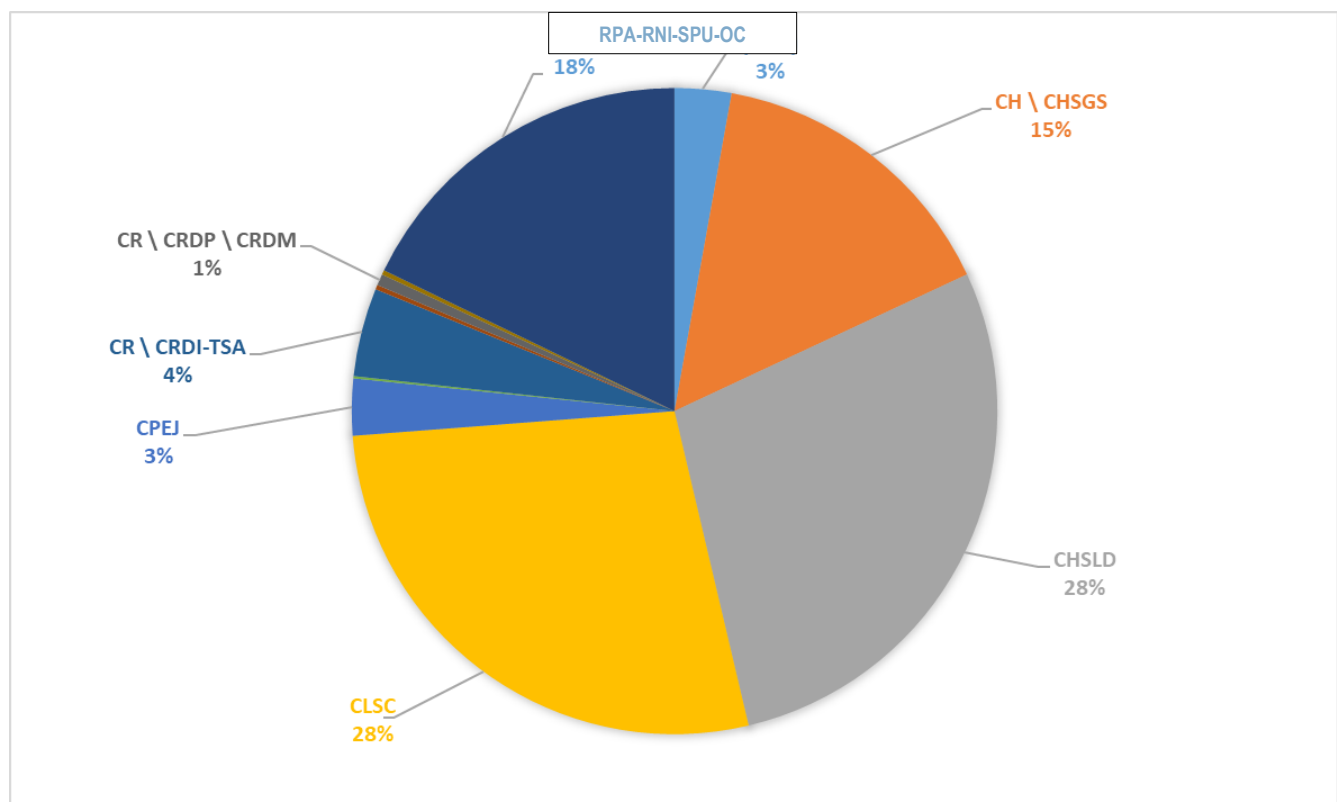
Près de 74 % des plaintes sont formulées par l'utilisateur lui-même, alors qu'un peu plus de 25 % sont formulées par un représentant ou un tiers.

Interventions

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

Exercice	En cours d'examen au début de l'exercice		Amorcés durant l'exercice		Conclus durant l'exercice		En cours d'examen à la fin de l'exercice	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
2023-2024	262	37	958	36	879	39	341	30
2022-2023	191	-9	703	6	632	-7	262	37
2021-2022	210	37	663	-6	682	5	191	-9

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



Les services en CLSC et en CHSLD sont concernés par la majorité des dossiers d'intervention amorcés en cours d'année. Les autres missions visées parmi les dossiers d'intervention sont les centres hospitaliers, les résidences privées pour aînés – résidences non institutionnelles - organismes communautaires - soins préhospitaliers d'urgence (RPA-RNI-OC-SPU), les services en réadaptation et les services en centre jeunesse. Encore cette année, on remarque que ce sont des proches ou des tiers qui s'adressent au bureau de la commissaire pour formuler une plainte concernant un milieu

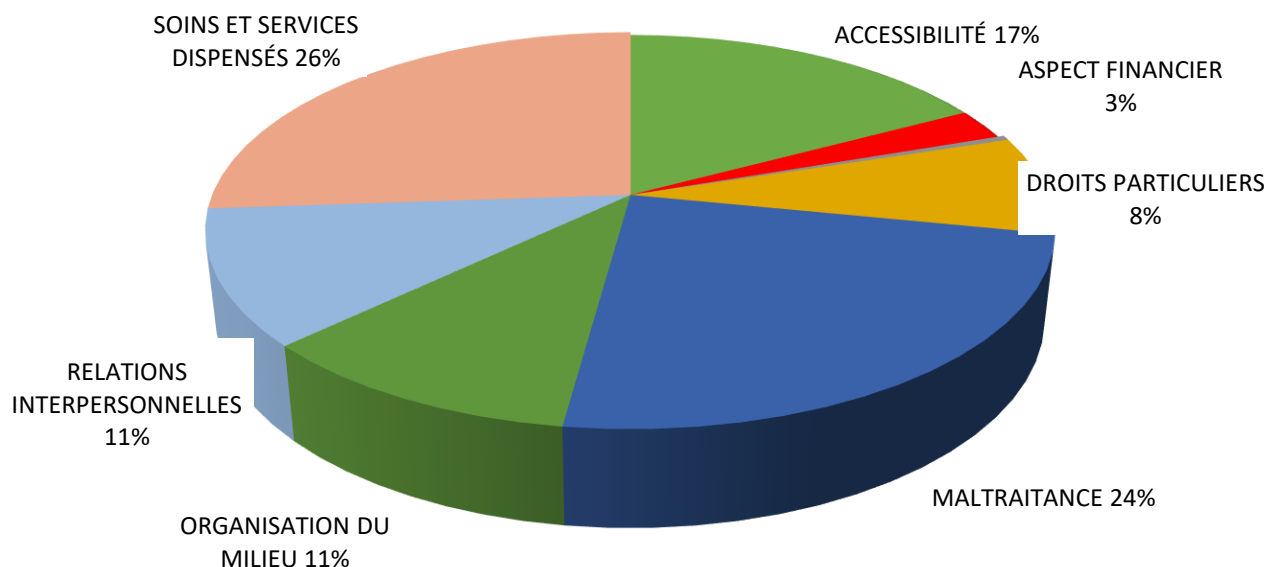
d'hébergement. Malgré la protection que leur confère la loi⁴ à cet égard, les personnes hébergées craignent souvent de subir des représailles si elles formulent une plainte ou encore, ne sont tout simplement pas en mesure de faire valoir leurs droits en raison de leur état de santé.

⁴ LSSSS, article 73 et Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité, article 22.2
Rapport annuel 2023-2024 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes
et de l'amélioration de la qualité des services

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

Les motifs⁵ des 1048 dossiers de plainte et 879 dossiers d'intervention ayant été conclus au cours de la dernière année sont par ordre d'importance : les soins et les services dispensés 26 %, la maltraitance 24%, l'accessibilité aux soins et aux services 17 %, les relations interpersonnelles 11 %, l'organisation du milieu 11 %, les droits particuliers 8 %, l'aspect financier 3 %, et autres 1 %.

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



En ce qui concerne les **soins et services**, les objets de plainte ont porté plus particulièrement sur des questions de continuité des services, de décisions cliniques ou sur la qualité des interventions et services. 188 mesures d'amélioration ont été formulées concernant ce motif.

Le motif **maltraitance** sera traité plus en profondeur dans la section 1.4. La maltraitance physique et la maltraitance financière sont les formes de maltraitance qui ont été rapportées le plus souvent. 357 mesures d'amélioration ont été formulées concernant ce motif.

Depuis les quatre dernières années, le nombre d'insatisfactions qui nous ont été transmises relativement à l'**accessibilité** aux services est en hausse. Les délais d'accès et les difficultés d'accès aux services sont principalement rapportés, notamment encore cette année les difficultés d'accès à un médecin de famille, les délais pour obtenir un rendez-vous en consultation avec un médecin spécialiste ou pour une chirurgie et les délais d'attente en centre de prélèvement malgré un rendez-vous obtenu en bonne et due forme. 131 mesures d'amélioration ont été formulées concernant ce motif.

Les insatisfactions exprimées concernant les **relations interpersonnelles** étaient surtout reliées aux habiletés de communication et à l'attitude du personnel ainsi qu'à un manque de respect et d'empathie.

⁵ Voir les définitions des motifs de plainte et d'insatisfaction à l'Annexe 3
Rapport annuel 2023-2024 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes
et de l'amélioration de la qualité des services

La fréquence de ce motif de plainte est en diminution pour une troisième année consécutive. 131 mesures d'amélioration ont été formulées concernant ce motif.

Des plaintes en lien avec les mesures de sécurité et de protection, l'organisation spatiale, l'hygiène, la salubrité et la désinfection, l'alimentation, le confort et les commodités, les équipements et le matériel, composent les principales sources d'insatisfaction relatives à **l'organisation du milieu et les ressources matérielles**. 100 mesures d'amélioration ont été formulées concernant ce motif.

En ce qui concerne les **droits particuliers**, c'est encore une fois le droit à l'information qui revient le plus souvent, suivi du droit d'accès au dossier, à la confidentialité des informations contenues au dossier médical et le droit de choisir son établissement (particulièrement pour un hébergement permanent). 82 mesures d'amélioration ont été formulées concernant ce motif.

Les plaintes pour des motifs touchant des **aspects financiers** sont principalement en lien avec l'application de programmes d'aide financière ou d'allocation de ressources. 20 mesures d'amélioration ont été formulées concernant ce motif.

Tableau 7 – Comparatif des principaux motifs d'insatisfaction (tableau par catégories d'objet) (1-F-1 et 2-F-1)

Catégories d'objet	2023-2024				2022-2023			
	Plaintes	Interventions	Total	%	Plaintes	Interventions	Total	%
Soins et services	390	180	570	26,4	305	223	528	27,8
Maltraitance	22	475	497	23,0	19	190	209	11
Accessibilité	323	64	387	17,9	265	88	353	18,6
Relations interpersonnelles	180	69	249	11,5	186	109	295	15,5
Organisation du milieu et ressources matérielles	140	99	239	11,1	129	134	263	13,8
Droits particuliers	89	78	167	7,8	91	89	180	9,5
Aspect financier	27	19	46	2,1	43	20	63	3,3
Autres	3	2	5	0,2	8	2	10	0,5
Total	1174	986	2160	100 %	1046	855	1901	100 %

En Annexe 1, on retrouve des exemples de mesures d'amélioration réalisées à la suite de l'examen de dossiers de plaintes ou d'interventions

1.4 Bilan des dossiers traités en maltraitance

La loi 6.3 a pour objet de lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute personne majeure en situation de vulnérabilité, en édictant des mesures qui visent notamment à faciliter la dénonciation des cas de maltraitance et à favoriser la mise en œuvre d'un processus d'intervention concerté. L'esprit de cette loi est de faciliter et d'encourager l'identification, le signalement et la prise en charge précoce de toutes les situations de maltraitance afin de les faire cesser ou de minimiser les conséquences néfastes de celle-ci, dans le but d'assurer le respect et l'intégrité des personnes majeures vulnérables.

Cette Loi confie aux commissaires aux plaintes et à la qualité des services la responsabilité de traiter les plaintes et les signalements reçus dans le cadre de la politique de lutte contre la maltraitance envers les personnes en situation de vulnérabilité. De plus, elle prévoit des mesures à l'égard de la personne qui fait un signalement afin d'assurer la confidentialité des renseignements relatifs à son identité, de la protéger contre des mesures de représailles et de lui accorder une immunité contre les poursuites en cas de signalement de bonne foi.

Les mesures prises par l'établissement pour que les gestionnaires et les membres du personnel connaissent mieux et respectent les modalités du signalement obligatoire prévu à cette loi ont porté fruit. En effet, nous observons en 2023-2024 une forte augmentation du nombre de dossiers conclus qui concernent une situation de maltraitance. Les signalements proviennent principalement des milieux de vie (CHSLD, RI, RPA). L'application des lignes directrices (section 6.2) sur la déclaration des accidents-incidents en ce qui a trait au signalement obligatoire à la commissaire lors d'agressions d'un usager envers un autre a fait l'objet de travaux de la part de la direction de la qualité et des directions SAPA. Nous avons participé à plusieurs présentations au sein de ces équipes afin de clarifier notre rôle et de contribuer à améliorer la compréhension de ce qui devrait être considéré comme de la maltraitance entre usagers. Nous avons remarqué une forte augmentation de ce type de signalements, particulièrement en provenance des CHSLD. Les équipes ont mis en œuvre plusieurs mesures, basées sur les meilleures pratiques reconnues, dans le but d'assurer en tout temps la sécurité des résidents. Il s'agit néanmoins d'une zone de vigilance.

Tel que le prévoit la loi (LSSSS article 33.1), la commissaire a transmis au ministre ses conclusions concernant une situation de maltraitance psychologique dans une RI, ceci en raison de 7 signalements pour maltraitance psychologique reçus depuis le 1er avril 2023. Les motifs se répétaient et le propriétaire ne semblait pas avoir été en mesure de remédier à la situation, malgré les actions prévues dont il nous avait informés. Par ailleurs, nous n'avons pas eu de suivi à la suite des conclusions et recommandations transmises à ce propriétaire en avril 2023.

Les conclusions de la commissaire ont également été transmises au ministre au sujet de quatre RPA en raison pour l'une de signalements pour abus financier et de fraude à l'égard de plusieurs résidents et pour les trois autres, il s'agissait principalement de négligence en ce qui a trait à la réponse aux besoins des résidents et d'un manque de sécurité.

Ces situations font l'objet de suivis rigoureux de la part des responsables de la certification, en collaboration avec la direction SAPA services dans la communauté et services spécialisés gériatriques. À noter que deux de ces résidences ne sont plus en activité.

Le Tableau 8 fait état des dossiers traités par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services au cours du présent exercice.

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

Année	Nombre de dossiers	Avec mesures	Sans mesures	Nombre de mesures émises
Plaintes				
2023-2024	22	14	8	27
2022-2023	16	8	8	21
Interventions				
2023-2024	475	239	236	330
2022-2023	168	100	68	160

On remarque une augmentation de 170 % des dossiers conclus concernant une situation de maltraitance, soit un total de 497 dossiers comparativement à 184 l'année dernière. 253 de ces dossiers ont été conclus avec mesures, soit environ 51% des dossiers.

Tableau 9 – Mesures individuelles ou systémiques (1G1 et 2G)

Mesure/Motif maltraitance	Total dossiers plaintes et interventions conclus
À portée individuelle	160
À portée systémique	197
Total	357

Tableau 10 – Type de maltraitance – Auteur de la maltraitance

Type de maltraitance (Origine-provenance-auteur)	Plaintes		Interventions		Total	%
	# de motifs	%	# de motifs	%		
Par un dispensateur de service	16	73	228	48	244	49
Par un proche ou un tiers	1	5	134	28	135	27
Par un usager	5	22	113	24	118	24
Total	22	4	475	96	497	100

Dans 49 % des situations traitées, la maltraitance provenait d'un dispensateur de services. Dans 27 % des situations, la maltraitance provenait d'une personne proche et dans 24 % des cas, d'un autre usager. En ce qui a trait à l'instance visée, la majeure partie des signalements ou plaintes en maltraitance concernaient des CHSLD, des ressources intermédiaires pour aînés en perte d'autonomie ou des RPA. Rappelons que le signalement concernant des résidents de ces milieux de vie est obligatoire et doit être fait à la commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Plusieurs situations concernant des personnes habitant leur domicile sont également signalées.

Tableau 11 – Formes de maltraitance

Type de maltraitance (1A2-2A2) (Sous-motif)	Plaintes		Interventions		TOTAL	%
	# de motifs	%	# de motifs	%		
Discrimination et âgisme	0	0	0	0	0	0
Maltraitance matérielle ou financière	4	18	97	20	101	20
Maltraitance organisationnelle (soins et services)	2	9	58	12	60	12
Maltraitance physique	10	45	185	39	195	39
Maltraitance psychologique	3	14	71	15	74	15
Maltraitance sexuelle	2	9	61	13	63	13
Violation des droits	1	5	4	1	5	1
Total	22	4	476	96	498	100

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

Tableau 12– Niveau de traitement des motifs de maltraitance (1F1-2F1)

	Traitement non complété					Traitement complété			Total
	Abandonné	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	Sous-total	Avec mesure	Sans mesure	Sous-total	
Plaintes	0	0	0	0	0	14	8	22	22
Interventions	2	6	1	1	10	239	236	475	485
Total	2	6	1	1	10	253	244	497	507

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

- Vous assurer d'une formation à jour (ou de la maîtrise des compétences requises), pour les PAB de l'unité, en ce qui a trait à la démarche de gestion des refus et techniques de maintien physique ou mesures contraignantes.
- Décision de l'établissement de poursuivre le lien d'affaires avec l'exploitant, mais des attentes claires lui sont signifiées. De plus, un plan de soutien a été mis en place afin de favoriser le développement des compétences de l'exploitant et d'assurer une vigie de la qualité des services offerts aux usagers.
- Veuillez préciser les moyens pris pour faire connaître la politique visant à contrer la maltraitance aux résidents, aux membres significatifs de leur famille et aux personnes œuvrant pour votre résidence. (*SUIVI reçu : Dans le document d'accueil du résident, il y a une section sur la bientraitance, même chose concernant le programme d'accueil et intégration des employés de la résidence. Nous avons également des affiches dans les corridors pour sensibiliser les gens sur la maltraitance. La personne responsable a complété le cours Introduction à la lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité sur l'ENA.*)

- Sécurisation des avoirs, évaluation aptitude, soutien requis par la personne proche aidante sur le plan des besoins personnels et au plan légal.
- Déclenchement d'un processus d'intervention concerté, enquête policière et inspection de la RPA par l'équipe de la certification.
- Préciser les moyens que vous allez mettre en œuvre pour vous assurer du maintien des bonnes pratiques en lien avec la résistance aux soins, et ce, même lorsque le personnel est réduit. *(SUIVI : 1- La formation continue est l'outil privilégié pour le maintien des bonnes pratiques. Les employés sont incités à suivre la formation en ligne ou en présentiel. 2- Un registre plus exhaustif des formations est tenu par notre agente administrative. Cela permet de mieux cibler notre personnel et leurs besoins. 3- L'équipe mobile SCPD est utilisée pour des rappels importants (exemple : le respect des 3 refus). L'équipe vient sur les quarts selon les besoins des employés, à notre demande ou à leur demande. 4- Les interventions gagnantes avec certains résidents sont par la suite transmises entre les équipes afin d'augmenter les interventions positives lors des soins.)*
- En lien avec la PRO-20-011, faire un rappel au personnel de soins à l'effet que pour un résident en CHSLD, le signalement à la commissaire aux plaintes est obligatoire, sans délai, et demeure confidentiel. *(SUIVI : 1-Affiche installée sur le tableau des employés près de l'ascenseur avec la procédure parlant de la maltraitance et signalement obligatoire. 2-Affiches (2) installées pour rappel maltraitance et déclaration obligatoire au poste de garde 3-Publication sur les trois sites Facebook réservés au personnel, 4-Tournées des unités lors du caucus)*
- Enquête du gestionnaire, en collaboration avec les ressources humaines, et application de mesures disciplinaires.
- Déclenchement d'un processus d'intervention concerté (PIC).
- Comptes bloqués, homologation mandat, changement milieu de vie.
- Mettre à jour l'évaluation des besoins de la résidente et favoriser l'implication d'une intervenante sociale en soutien aux relations entre les proches de la résidente et à la RPA *(SUIVI : L'évaluation des besoins de l'usagère a été mise à jour en date du 2024-09-25. L'usagère a refusé la référence de l'intervenante psychosociale.)*
- Présenter à la commissaire le compte-rendu de la rencontre qui doit avoir lieu entre l'équipe clinique et la famille d'accueil (FA) ainsi que tout plan d'action visant à ce que la FA collabore pleinement aux suivis que doivent effectuer les intervenants du CIUSSS MCQ dans ce milieu.
- La commissaire recommande que les équipes concernées reçoivent de la formation sur l'utilisation des mesures alternatives et l'application exceptionnelle d'une mesure de contrôle afin qu'elles s'assurent que le processus clinique soit appliqué dans son intégralité. Également, procéder à un rappel à l'effet que les outils cliniques doivent être utilisés et remplis.
- Une sensibilisation a été faite par la TS auprès de la fille du résident et des recommandations lui ont été transmises quant à l'approche à adopter avec son père.
- Rencontre avec le fils maltraitant pour lui expliquer les écarts et les conduites souhaitées afin qu'il cesse ses comportements inappropriés. Puis, ces attentes lui ont été transmises par la poste, dans une lettre signée par la gestionnaire responsable de site.
- Arrêt d'agir et ouverture d'un régime de protection, interventions auprès de la famille.
- Mise en place de services de répit, aide aux AVDs, nutrition, solutions pour la gestion des incontinences.
- Des rencontres individuelles ont eu lieu avec chacun des employés de l'îlot des Cèdres pour réitérer l'importance de lire les plans de travail.
- La direction a inscrit l'employée aux formations suivantes : introduction à la lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées et celle concernant les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD).
- Retrait de la procuration bancaire.

- Amélioration de l'organisation du travail qui a un impact positif pour tous les résidents de l'unité.
- Rencontre des employés visés et de tous les employés de nuit, sensibilisation, liste détaillée des résidents devant être conduits à la toilette la nuit, activités avec boîte à outils, vigie de l'ASI.
- Enquête, suivi du dossier et application de mesures disciplinaires.
- Surveillance constante jour-soir de la résidente ayant commis l'agression, ajustement de la médication, interventions de l'équipe SCPD et rencontres interdisciplinaires – plan d'intervention.
- En parallèle des démarches de la certification, le chef de programme a recours au service-conseil du processus d'intervention concerté afin de vérifier les leviers d'intervention.
- Accompagnement de l'intervenante et monsieur a fait une plainte à la police, démarches pour récupérer l'argent.
- Sécuriser les avoirs de Mme, bloquer l'accès aux comptes de banque, bloquer l'accès au logement de Mme, accompagnement pour une plainte à la police, mise à jour des documents notariés afin de respecter les volontés de Mme.
- La DG de la RPA a fait une intervention auprès des employés de la résidence concernant la gestion de la porte vs les risques de fugue et a fait enlever l'affiche qui portait à confusion.
- Mettre en œuvre des moyens visant la promotion du code d'éthique et de la bienveillance et la diffusion de votre engagement à déployer les moyens requis pour favoriser le bien-être des résidents et des membres du personnel par des conduites empreintes de respect, collaboration, politesse, courtoisie et savoir-être.
- S'assurer que le personnel présent dans la RI est en tout temps en nombre suffisant et en mesure de répondre aux besoins spécifiques des résidents. *(SUIVI : Les intervenants au suivi et l'intervenante qualité assurent une vigie quant au nombre d'employés présents sur place. Les écarts sont signalés dans des notes de suivi et dans les lettres bilans suite aux audits qualité (intervenante qualité).*

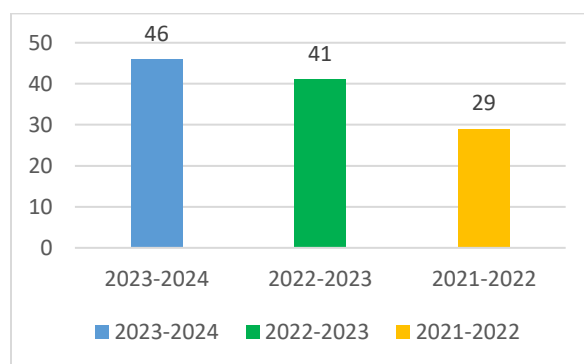
1.5 Protecteur du citoyen

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

En 2023-2024, nous avons reçu 46 demandes du bureau du Protecteur du citoyen (comparativement à 41 en 2022-2023). En incluant les dossiers transmis antérieurement, le Protecteur du citoyen a traité 51 dossiers en 2023-2024. Pour 37 de ces dossiers, le Protecteur du citoyen confirme les conclusions du bureau de la commissaire. Pour 14 dossiers, le Protecteur a émis 48 recommandations. On remarque que ces dossiers sont issus des missions CH, CLSC et CJ. Le Protecteur du citoyen ouvre des dossiers sur sa propre initiative. En 2023-2024, il a ouvert 9 dossiers, dont 3 qui ont été fermés sans mesure et 6 dossiers avec mesures. Pour ces 6 dossiers, il a émis 34 recommandations.

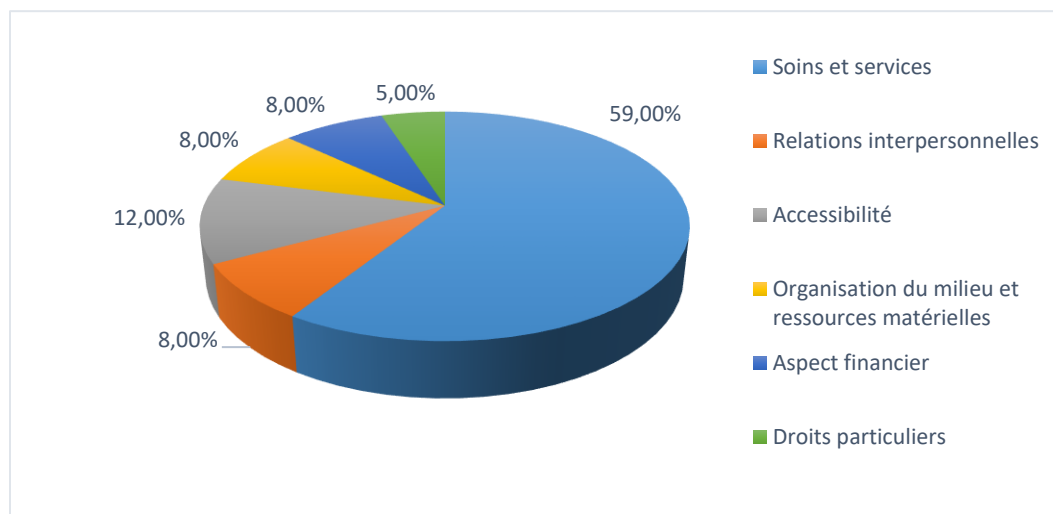
Le bureau de la commissaire aux plaintes est en attente de 21 dossiers qui sont toujours à l'étude au bureau du Protecteur du citoyen.

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



Tel que démontré dans la figure 5, les soins et les services ainsi que l'accessibilité constituent les principaux motifs de plainte ayant fait l'objet d'un deuxième recours au Protecteur du citoyen.

Figure 5 : Motifs des plaintes transmises au Protecteur du citoyen (1M2)



Chapitre 2 |
Le rapport d'activités
des médecins examinateurs

2.1 Les médecins examinateurs

Statut

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

Fonctions

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

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

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

2.2 Mot des médecins examinateurs

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 démystifiant 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 CIUSSS MCQ des soins de qualité supérieure, sûrs et conformes aux standards de la profession médicale.

2.3 Le bilan des activités des médecins examinateurs

Au cours de cette année, les situations portées à l'attention des médecins examinateurs ont permis l'analyse et la conclusion de 158 dossiers de plaintes médicales.

Tableau 13 – Bilan des dossiers de plainte médicale selon l'étape de l'examen

Exercice	En cours d'examen au début de l'exercice		Reçus durant l'exercice		Conclus durant l'exercice		En cours d'examen à la fin de l'exercice		Transmis au 2 ^e palier	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
2023-2024	15	25	168	24	158	19	25	67	3	(70)
2022-2023	12	20	136	14	133	14	15	25	10	25
2021-2022	10	(69)	119	34	117	5	12	20	8	60

On observe une augmentation (24 %) du nombre de plaintes médicales reçues. Aussi, on remarque une augmentation de 19% du nombre de dossiers conclus par rapport à l'année précédente. Le nombre de plaintes médicales reçues et conclues est donc en augmentation pour une troisième année consécutive. La grande majorité des plaintes médicales concernent des médecins offrant des services en centre hospitalier.

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

Instance visée	En cours de traitement au début de l'exercice	Reçus durant l'exercice		Conclus durant l'exercice		En cours de traitement à la fin de l'exercice
	Nombre	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
CH	14	157	93,46	148	93,68	23
CLSC	1	9	5,36	8	5,06	2
CHSLD	0	1	0,59	1	0,63	0
CR	0	0	0,00	0	0,00	0
AUTRE	0	1	0,59	1	0,63	0
Total	12	136	100,00 %	133	100,00 %	15

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

Délai d'examen	Délai moyen (en jours)	Nombre de dossiers	Taux de respect du délai de 45 jours (%)
Moins de 3 jours	2	5	3.16
De 4 à 15 jours	9	31	19.62
De 16 à 30 jours	23	43	27.22
De 31 à 45 jours	36	27	17.09
Sous-total	21	106	67.09
De 46 à 60 jours	53	23	14.56
De 61 à 90 jours	71	21	13.29
De 91 à 180 jours	113	6	3.80
181 jours et plus	259	2	1.27
Sous-total	75	52	32.92
Total	39	158	100,00 %

On constate une augmentation du taux de respect du délai de 45 jours qui est passé de 58,64% en 2022-2023 à 67,09% en 2023-2024. Les plaintes médicales ont été conclues dans un délai moyen de 39 jours, comparativement à 48 jours l'année dernière. Les délais de conclusion peuvent être influencés par la disponibilité parfois réduite des médecins examinateurs (raison de moins en moins fréquente), la complexité de certaines situations et, parfois, la non-disponibilité en temps opportun des informations pertinentes pour l'analyse du dossier (les médecins visés par la plainte, ou parfois les plaignants n'étant pas rapidement disponibles pour partager leurs observations). Les médecins examinateurs soulignent que la difficulté à accéder à un médecin expert demeure un facteur qui peut contribuer à prolonger le délai de traitement des plaintes.

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

Auteur	Nombre	Pourcentage
Représentant	52	30,06
Tiers	11	6,36
Usager	110	63,58
Total	141	100,00 %

Ce tableau nous indique que dans 63,58 % des cas, c'est l'usager lui-même qui a porté plainte. Pour les autres dossiers, l'usager a été représenté par un proche ou par un tiers.

2.4 Les motifs de plainte médicale au CIUSSS MCQ

Les médecins examinateurs ont analysé et conclu 168 dossiers, comportant 263 motifs de plainte, lesquels ont donné lieu à la formulation de 67 mesures d'amélioration. Ces mesures visaient majoritairement des améliorations à portée systémique (94,03 %) permettant de régler des mesures d'amélioration, c'est-à-dire qu'elles ciblent l'amélioration des soins et des services dans son ensemble, au bénéfice de tous les usagers. Les recommandations à portée individuelle représentent 5,97 % permettant de régler une problématique propre à la personne plaignante.

Quarante (40) motifs de plainte n'ont pas été complétés. Cela s'explique par des plaintes ayant été rejetées par les médecins examinateurs ou par le désistement des personnes plaignantes.

On remarque que les pourcentages relatifs des catégories de motifs de plainte demeurent identiques en proportion année après année, malgré les interventions (conciliation, sensibilisation, recommandations, etc.) des médecins examinateurs.

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

Catégorie de motifs	Nombre de motifs	Traitement non complété	Avec mesures	Sans mesures	%
Soins et services dispensés	167	29	27	111	63,50
Relations interpersonnelles	63	8	28	27	23,95
Droits particuliers	27	3	10	14	10,27
Accessibilité	4	0	2	2	1,52
Organisation du milieu et ressources matérielles	1	0	0	1	0,38
Aspect financier	1	0	0	1	0,38
Autre	0	0	0	0	0,00
Maltraitance	0	0	0	0	0,00
Total	263	40	67	156	100,00 %

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

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

L'importance d'évaluer l'aptitude du patient à consentir et de prodiguer suffisamment d'informations pour que l'utilisateur puisse offrir un consentement éclairé fut régulièrement rappelée aux médecins. Les différents médias permettant la révision des éléments clés de ces sujets ont été suggérés pour consultation dans les recommandations.

Les recommandations soumises par les médecins examinateurs visent l'amélioration de la pratique médicale et surtout à éviter la répétition de certaines erreurs ou comportements inadéquats. Elles

peuvent avoir une portée systémique, intéressant un groupe de médecins, pharmaciens ou résidents pratiquant une activité commune, ou encore, individuelle, ne s'adressant alors qu'à la pratique spécifique d'un praticien. Les trois principales catégories de motifs de plainte sont évidemment bien représentées en nombre de recommandations.

Soins et services dispensés

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

Relations interpersonnelles

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

Droits particuliers

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

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

Tableau 18 – Dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires

	2023-2024	2023-2023
Nombre de dossiers transmis	2	2

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

Chapitre 3 | Le rapport du comité de révision

3.1 Le comité de révision

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

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

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

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

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

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

3.2 Bilan des activités du comité de révision

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

En cours d'examen au début de l'exercice	Reçus durant l'exercice	Conclus durant l'exercice	En cours d'examen à la fin de l'exercice
3	3	6	0

Tableau 20 – Évolution du bilan des dossiers de plainte selon l'étape de l'examen

Exercice	En cours d'examen au début de l'exercice		Reçus durant l'exercice		Conclus durant l'exercice		En cours d'examen à la fin de l'exercice	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
2023-2024	3	(67)	3	(70)	6	(63)	0	(100)
2022-2023	9	125	10	25	16	433	3	(67)
2021-2022	4	300	8	60	3	50	9	125

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

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

Catégorie de motifs	Nombre de motifs	Traitement non complété	Avec mesures	Sans mesures	%
Soins et services dispensés	6	0	0	6	54,55
Relations interpersonnelles	3	0	0	3	27,27
Droits particuliers	2	0	1	1	18,18
Accessibilité	0	0	0	0	0,00
Organisation du milieu et ressources matérielles	0	0	0	0	0,00
Aspect financier	0	0	0	0	0,00
Autre	0	0	0	0	0,00
Total	11	0	1	10	100,00 %

Pour les 11 motifs de plaintes traitées en deuxième instance, le comité de révision a formulé une mesure d'amélioration. Le délai moyen de traitement des dossiers par le comité de révision a été de 54 jours.

Chapitre 4 | Rapport pour les CHSLD privés conventionnés

Mise en contexte

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

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

Foyer Sts-Anges de Ham-Nord

Les plaintes

La commissaire n'a traité aucun dossier de plainte en 2023-2024.

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

Plaintes	En cours d'examen au début de l'exercice	Reçus durant l'exercice	Conclus durant l'exercice	En cours d'examen à la fin de l'exercice	Délai de traitement moyen (nbre de jours)
2023-2024	0	0	0	0	s/o
2022-2023	0	0	0	0	s/o

Recours au Protecteur du citoyen

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

Pour 2023-2024, comme aucune plainte n'a été reçue, il n'y a eu aucun recours au protecteur du citoyen.

Les interventions

La commissaire a traité un dossier d'intervention en 2023-2024.

Tableau 23 - Bilan des interventions CHSLD Sts-Anges de Ham-Nord

Interventions	En cours d'examen au début de l'exercice	Reçus durant l'exercice	Conclus durant l'exercice	En cours d'examen à la fin de l'exercice
2023-2024	0	1	0	1
2022-2023	0	2	2	0

Maltraitance

Aucun signalement ni plainte concernant une situation de maltraitance n'a été reçu en cours d'année pour le CHSLD Sts-Anges.

Les autres activités du commissaire

Les autres fonctions des commissaires portent principalement sur la promotion du régime d'examen des plaintes auprès de différentes personnes et sur la promotion de l'indépendance de leur rôle. De plus, les commissaires participent à des activités de promotion des droits des usagers. Aucune activité de promotion n'a été réalisée au Foyer Sts-Anges.

À noter que l'on recense 3 dossiers d'assistance ayant été réalisés en cours d'année.

Rapport du médecin examinateur

Aucune plainte médicale n'a été reçue.

Mesures d'amélioration

Entre le 1^{er} avril 2023 et le 31 mars 2024, le CHSLD Ham-Nord n'a tenu aucune rencontre du comité de vigilance et de la qualité et il n'y en avait pas eu non plus entre le 1^{er} avril 2022 et le 31 mars 2023.

Considérant :

- Que les articles 181.0.1 et 181.0.3 de la LSSSS s'appliquent à un établissement privé.
- Que « dans une perspective d'amélioration de la qualité des services offerts dans le respect des droits individuels et collectifs, le conseil d'administration doit créer un comité de vigilance et de la qualité responsable principalement d'assurer, auprès du conseil, le suivi des recommandations du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées conformément aux dispositions de la présente loi ou de la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux (chapitre P-31.1) » (LSSSS Art. 181.0.1).
- Que le comité de vigilance et de la qualité doit notamment :
 - o recevoir et analyser les rapports et recommandations transmis au conseil d'administration et portant sur l'accessibilité aux services, sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes;
 - o établir les liens systémiques entre ces rapports et recommandations et en tirer les conclusions nécessaires afin de pouvoir formuler des recommandations au conseil d'administration sur les suites qui devraient être données à ces rapports ou recommandations; (LSSSS Art. 181.0.3).

- Que le comité de vigilance et de la qualité se compose alors d'au moins quatre personnes, dont le directeur général et le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services. Les autres personnes sont choisies par le conseil d'administration de l'établissement privé ou, dans le cas d'un établissement privé non constitué en personne morale, par le titulaire du permis. (LSSSS Art. 182.0.1).

La commissaire aux plaintes et à la qualité des services réitère cette recommandation au CHSLD Sts-Anges de Ham-Nord de :

- Prévoir un calendrier de rencontres du comité de vigilance et de la qualité de son établissement pour l'année 2024-2025.
- Informer la commissaire de ce calendrier avant le 1^{er} septembre 2024.

CHSLD Vigi Les Chutes

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

Les plaintes

Tableau 24 - Bilan des dossiers de plainte, niveau et délai de traitement CHSLD Vigi Les Chutes

Plaintes	En cours d'examen au début de l'exercice	Reçus durant l'exercice	Conclus durant l'exercice	En cours d'examen à la fin de l'exercice	Délai de traitement moyen (nbre de jours)
2023-2024	1	0	1	0	95
2022-2023	0	3	2	1	21

Aucune plainte n'a été reçue au cours d'année 2023-2024.

Recours au Protecteur du citoyen

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

Les interventions

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

Tableau 25 - Bilan des interventions CHSLD Vigi Les Chutes

Interventions	En cours d'examen au début de l'exercice	Reçus durant l'exercice	Conclus durant l'exercice	En cours d'examen à la fin de l'exercice
2023-2024	0	9	9	0
2022-2023	0	2	2	0

Motifs des plaintes et interventions

Les dossiers ayant été traités avaient pour objets la maltraitance et les soins et services dispensés.

Tableau 26 - Ventilation des motifs de plainte et d'intervention conclues selon leur catégorie

MOTIF	Plaintes		Interventions		TOTAL	%
	Nombre	%	Nombre	%		
Accessibilité	0	0	0	0	0	0
Aspect financier	0	0	0	0	0	0
Droits particuliers	0	0	0	0	0	0
Maltraitance (Loi)	0	0	8	89 %	8	89 %
Organisation du milieu et ressources matérielles	0	0	0	0	0	0
Relations interpersonnelles	0	0	0	0	0	0
Soins et services dispensés	0	0	1	11 %	1	11 %
Autre	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0	9	100 %	9	100 %

Cinq recommandations ont été formulées et selon la situation, des informations et clarifications ont été transmises aux personnes plaignantes.

Volet Maltraitance

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

Cette Loi confie aux commissaires aux plaintes et à la qualité des services la responsabilité de traiter les plaintes et les signalements reçus dans le cadre de la politique de lutte contre la maltraitance envers les personnes en situation de vulnérabilité. De plus, elle prévoit des mesures à l'égard de la personne qui fait un signalement afin d'assurer la confidentialité des renseignements relatifs à son identité, de la protéger contre des mesures de représailles et de lui accorder une immunité contre les poursuites en cas de signalement de bonne foi.

Les situations de maltraitance portées à notre attention concernaient de la maltraitance psychologique et physique de la part d'un proche. Des mesures ont été prises par l'établissement afin d'assurer la sécurité et l'intégrité des personnes concernées.

Les autres activités du commissaire

Les autres fonctions des commissaires portent principalement sur la promotion du régime d'examen des plaintes auprès de différentes personnes et sur la promotion de l'indépendance de leur rôle. De plus, les commissaires participent à des activités de promotion des droits des usagers. Des communications ont eu lieu avec les responsables dans le cadre du traitement des dossiers et une activité de promotion a été réalisée en novembre 2023 par le commissaire adjoint.

À noter que l'on recense 10 dossiers d'assistance ayant été réalisés en cours d'année et aucune plainte médicale n'a été reçue.

Annexes

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

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

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

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

Tableau 27 – Exemples de recommandations pour les installations du CIUSSS MCQ (1-F1 et 2F)⁶

Motifs/Nombre de mesures	Catégories de mesure	Mesures d'amélioration
Soins et services dispensés 188 mesures	Traitement / intervention / services (action faite) \ Contention	Mesures d'amélioration : De la formation sur les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) a été mise à la disposition de la GRS et des équipes. De plus, de la sensibilisation et des rappels ont été faits régulièrement aux équipes et l'équipe de soins infirmiers afin de se tenir à jour sur les différentes procédures à suivre lors de situations d'agressivité et/ou chute chez les résidents avec des troubles de comportement. Un plan d'action a été réalisé afin d'améliorer les connaissances des employés sur les différentes mesures alternatives à utiliser auprès des résidents.
	Traitement / intervention / services (action faite) \ Retour d'appel	Mesure d'amélioration par l'a RPA : Une norme de retour d'appel a été mise en place par la direction à l'endroit de leur conseiller en hébergement de sorte qu'il est maintenant exigé que ce dernier retourne les appels au maximum dans les 24 heures.
	Traitement / intervention / services (action faite) / Médication	Mesure d'amélioration : Rappel fait en caucus et sur le Facebook de l'unité au sujet des 7 bons lors de l'administration des médicaments, en appuyant sur le fait que la médication doit être signée sur les FADM après leur administration et non avant.
	Évaluation et jugement professionnel	Recommandation : Déterminer si une ordonnance qui « autorise la levée de la supervision des contacts parents/enfant, selon entente entre les

⁶ À noter que le motif maltraitance est détaillé à la section 1.5
Rapport annuel 2023-2024 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services

Motifs/Nombre de mesures	Catégories de mesure	Mesures d'amélioration
		<p>parties » permet de lever la supervision de manière graduelle. Diffuser aux intervenants concernés le fruit de cette réflexion. (SUIVI : Avis juridique demandé par la DPJ et par la suite, clarification des consignes et diffusion aux équipes concernées, par écrit et lors de rencontres d'équipes)</p>
		<p>Recommandation : Établir un mécanisme de gestion permettant aux équipes de la DPJ d'avoir accès à l'expertise de la Santé publique et mettre en place un plan de diffusion; (SUIVI : Les coordonnées pour joindre l'équipe de la Santé publique ont été diffusées aux gestionnaires; l'appel servira à évaluer le soutien possible de la part de l'équipe de la Santé publique. Dans un deuxième temps, nous avons planifié une présentation des services de santé publique afin d'approfondir la connaissance des services offerts et également de clarifier le rôle de l'intervenant et des autres services internes et externes.)</p>
		<p>Recommandation : S'assurer que l'infirmier complète ses notes au dossier et applique la Règle de soins « Réorientation de la clientèle évaluée à l'urgence vers une ressource mieux adaptée à leurs besoins ou vers un retour à domicile » selon les bonnes pratiques. (SUIVI : Réalisation d'un audit sur une période de 3 mois)</p>
		<p>Recommandation : Rencontrer l'infirmière à son retour et revoir avec elle le triage et les signes précurseurs qui auraient dû l'amener à suspecter un possible AVC, soit une priorité urgente; Lui offrir enseignement et le soutien requis afin de développer et optimiser ses compétences. (SUIVI : Confirmation de l'encadrement effectué auprès de l'infirmière concernée)</p>
	<p>Organisation des soins et services (systémique) \ Propre à une ressource non institutionnelle</p>	<p>Recommandation : Présenter un suivi de la réalisation du plan d'action, de la part de la RI et de la part du CIUSSS MCQ. (SUIVI : Suivi du plan de soutien à la ressource et conclusion d'une fin de contrat)</p>
	<p>Habilités techniques et professionnelles</p>	<p>Recommandation : En accord avec l'article 4 de la LSSSS, s'assurer que l'équipe soignante donne toute l'information nécessaire à l'utilisateur lors d'une réorientation (toutes les options possibles) et ceci en résonance avec l'intention de votre direction de coacher la population. (SUIVI : Attentes transmises par communication du jour à toutes les équipes de soins en date du 29 août.)</p>
	<p>Traitement / intervention / services</p>	<p>Recommandation : S'assurer que la note infirmière sur l'allaitement maternel soit conforme à la norme</p>

Motifs/Nombre de mesures	Catégories de mesure	Mesures d'amélioration
	(action faite) \ Interventions	d'exercice sur la documentation des soins infirmiers (OIIQ). (<i>SUIVI : Afin d'aider les infirmières à compléter adéquatement le FOR-11-553, un guide de complétion a été produit et porte le # FOR-11-553-Guide.</i>)
	Continuité/coordination entre les services /internes	Recommandation : Informer le personnel de la procédure établie par la direction des services professionnels adjointe concernant la trajectoire des usagers en psychiatrie nécessitant de la télémétrie ou un transfert aux soins intensifs. (<i>SUIVI : une trajectoire a été établie afin de clarifier les rôles de chacun dans une telle situation et éviter de revivre la même histoire. Il a été convenu que chaque patient orienté en psychiatrie se verra attribuer un médecin omni advenant le cas où un besoin d'évaluation/prise en charge physique soit requis. Ceci diminuera le délai de prise en charge et d'orientation au secteur approprié et éliminera la confusion.</i>)
		Recommandation : Rappeler à son équipe la procédure en vigueur lors de l'absence d'une intervenante. Clarifier les rôles et responsabilités de l'intervenant absent et celui de l'intervenante de garde afin de s'assurer que les familles soient avisées de l'annulation de leur rendez-vous; S'assurer qu'une note soit inscrite au dossier permettant de constater que la famille a bien été avisée de l'absence de l'intervenante. (<i>SUIVI : Lors d'une rencontre d'équipe regroupant les équipes 0-5 ans Trois-Rivières, BNY et Maski, rappel de la procédure, et des rôles et responsabilités, lorsqu'un intervenant s'absente et doit faire annuler une rencontre, soit aviser l'intervenant de garde de la rencontre à annuler, l'intervenant de garde avise l'utilisateur concerné et l'intervenant de garde doit laisser une note au dossier, de cette démarche.</i>)
	Continuité \ Absence de suivi	Recommandation : En collaboration avec la coordonnatrice des soins aux résidents, exercer une vigie afin de s'assurer que la crème est réellement appliquée 2 fois par jour, et ce, pendant 1 mois. (<i>SUIVI : Réalisation d'un audit et observation de l'amélioration de la plaie</i>)
	Continuité \ Arrêt de services	Recommandation : Planifier une rencontre où le CLSC, la direction de la COOP et le médecin si nécessaire soient présents afin de trouver des solutions pour que monsieur puisse recevoir les services d'aide aux AVQs dont il a besoin. (<i>SUIVI : Confirmation de la mise en place des services requis</i>)

Motifs/Nombre de mesures	Catégories de mesure	Mesures d'amélioration
Relations interpersonnelles 131 mesures	Fiabilité/ Disponibilité	Recommandation : En collaboration avec la direction des ressources humaines, procéder avec diligence à une étude plus approfondie de la situation, assurer le suivi du dossier et, le cas échéant, prendre les mesures appropriées. (<u>SUIVI</u> : Confirmation de la rencontre et de l'application d'une mesure disciplinaire)
	Communication / attitude \ Refus de s'identifier	Recommandation : Formaliser les attentes du CIUSSS MCQ à l'égard des employés concernant l'identification verbale et le port de la carte d'identité. (<u>SUIVI</u> : Rappel effectué via le journal hebdomadaire de l'équipe)
	Communication / attitude \ Manque d'écoute	Mesure d'amélioration : Suivre la formation ENA 1898 concernant la civilité dans un délai de 2 semaines.
		Recommandation : Rappeler aux divers intervenants qu'ils se doivent d'accorder à la relation avec les usagers autant d'importance qu'à l'intervention clinique elle-même. (<u>SUIVI</u> : Rappel écrit effectué à l'entière de l'équipe via courriel.)
	Communication / attitude \ Manque d'empathie	Mesure d'amélioration : Rappel à l'équipe de la chirurgie d'un jour d'être à l'écoute des clients, de décoder leur non-verbal, de faire preuve de bienveillance.
		Mesure d'amélioration : L'employée impliquée a été sensibilisée à l'importance de bien diriger les usagers et de s'assurer que l'usager a bien compris où il doit aller pour déposer son échantillon.
		Mesure d'amélioration : L'infirmière a été rencontrée et sensibilisée à faire attention aux propos utilisés afin de ne pas minimiser ou généraliser les problèmes des usagers.
		Mesure d'amélioration : Les paramédics ont été sensibilisés sur l'importance d'adopter un ton misant sur la collaboration et le respect.
		Mesure d'amélioration : Un rappel a été fait auprès des paramédics : - sur l'importance d'avoir son moniteur ouvert sur l'ensemble des interventions et de télécharger ces interventions; - sur l'importance d'une approche professionnelle.

Motifs/Nombre de mesures	Catégories de mesure	Mesures d'amélioration
	Communication / attitude \ Manque de compréhension	<p>Engagement : Discuter en équipe des modalités à savoir quoi faire quand une personne menace notre sécurité (révision des codes et procédures). (<i>SUIVI</i>: La gestionnaire a rencontré l'équipe d'audiologistes incluant l'agente administrative. Les procédures d'urgence ont été revues (dont le code blanc et équipe d'intervention). L'équipe présente désormais une bonne compréhension de ces éléments et se sent bien outillée dans le cas où une situation similaire se présentait à nouveau.)</p>
	Communication / attitude \ Manque d'information	<p>Recommandation : Veuillez vous assurer que les technologues sous votre responsabilité sont en mesure d'informer la clientèle du droit de porter plainte et des moyens possibles pour ce faire (donner dépliant d'information, minimalement). (<i>SUIVI</i>: Des dépliants sont disponibles au secrétariat de l'imagerie médicale. Un rappel et le lien internet pour porter plainte en ligne ont été communiqués via le journal hebdomadaire.)</p>
		<p>Recommandation : Procéder à un rappel auprès de votre personnel relativement aux motifs rapportés (ex. : cogner avant d'entrer, confidentialité, etc.). (<i>SUIVI</i>: qu'un rappel auprès de l'ensemble des employés a été fait lors d'une réunion d'équipe.)</p>
	Respect \ Manque à l'égard de la personne \ Manque de politesse	<p>Recommandation : Revoir la situation avec l'agent visé, afin d'avoir sa version des faits et s'il y a lui offrir le soutien nécessaire en ce qui a trait à l'approche à préconiser dans de telles situations et /ou lui rappeler le code de conduite du CIUSSS MCQ, ainsi que les comportements attendus envers les usagers. (<i>SUIVI</i>: Un rappel a été fait aux agents concernant le code de conduite et d'offrir un soutien aux usagers.)</p>
		<p>Recommandation : Veuillez vous assurer que l'accompagnement par les proches soit favorisé lors des rendez-vous médicaux, avec l'accord de l'utilisateur selon la situation. (<i>SUIVI</i>: nous avons reçu une formation sur l'utilisation de la nouvelle application pour les demandes de transport. Lors de cette rencontre, nous avons abordé l'importance de valider l'accompagnement par les proches. L'appel est fait auprès des proches lors des demandes. De plus nous avons fait un rappel lors de la réunion d'ASI sur la procédure et remis les documents sur les unités.)</p>
		<p>Mesure d'amélioration : La gestionnaire a réitéré l'importance du savoir-être attendu dans son rôle de préposée et lui a nommé ses attentes, notamment de demeurer respectueuse, courtoise</p>

Motifs/Nombre de mesures	Catégories de mesure	Mesures d'amélioration
		et bienveillante envers la clientèle, peu importe la situation. Des pistes de solution ont été explorées advenant qu'une situation semblable se reproduise.
		Mesure d'amélioration : L'intervenante a été sensibilisée à faire preuve de vigilance afin de ne pas répondre de manière expéditive et à ce qu'elle aurait peut-être pu faire autrement dans la situation.
		Recommandation : Faire un rappel à la PAB concernée de même qu'à l'ensemble du personnel de soins afin de s'assurer que tous démontrent de la bienveillance et que tous les moyens sont pris pour respecter et préserver la dignité des résidents. (<i>SUIVI : Note de gestion du suivi fait auprès de l'employée. Formations déployées dans la dernière année et qui seront poursuivies abordant la bienveillance, bientraitance et la dignité : Respect des droits dans une approche milieu de vie, capsules Bientraitance, capsule du Code de conduite.</i>)
		Mesure d'amélioration : N'ayant pu identifier l'employée concernée, la chef a fait un rappel à l'ensemble de l'équipe pour souligner qu'il est inacceptable de répondre à un proche qui demande de l'aide que « ce n'est pas ma patiente » et a rappelé quelle est la conduite attendue en pareil cas.
		Recommandation : Rappeler aux membres de son personnel de favoriser le vouvoiement, particulièrement auprès des personnes âgées. Rappeler également, concernant l'approche à la clientèle, l'importance de faire preuve de délicatesse et d'empathie, notamment lors des interventions visant à encourager la mobilisation et l'autonomie des usagers. (<i>SUIVI : Confirmation reçue : « j'ai fait le rappel à mon équipe concernant le vouvoiement et l'approche de la clientèle. Le message a été bien compris et bien reçu.</i>)
	Respect \ Manque à l'égard de la vie privée	Mesures d'amélioration : Renouvellement de l'engagement à la confidentialité pour l'ensemble des bénévoles. Distribution d'articles promotionnels de la campagne de confidentialité de l'AGISQ aux bénévoles. Formation des bénévoles sur la confidentialité.
		Recommandation : Rappeler aux intervenants de prendre le temps de rassurer les parents, de donner des explications en rapport aux questions posées, aux interventions et s'assurer de leur

Motifs/Nombre de mesures	Catégories de mesure	Mesures d'amélioration
		compréhension notamment lorsqu'il s'agit d'une langue seconde. (SUIVI : Fait lors de la rencontre infirmières du 2024-02-08, compte-rendu fourni)
	Abus \ Représailles ou intimidation suite au dépôt d'une plainte	Engagement : Procéder à un rappel sur le droit de porter plainte. (SUIVI : copie reçue de l'Avis à tous concernant le droit de porter plainte dans le respect et la confidentialité.)
	Abus par un intervenant, par un professionnel, ou un médecin \ D'autorité	Mesure d'amélioration : Retour sur la plainte avec les deux infirmières visées et sensibilisation par rapport à leur approche à la clientèle.
		Mesure d'amélioration : La professionnelle de la certification est intervenue auprès du directeur de la résidence afin de le sensibiliser face à son approche auprès des résidents.
		Recommandation : Prendre les moyens que vous jugerez pertinents afin de vous assurer que le personnel de l'unité soit sensibilisé à l'approche patient partenaire, favorise des relations égalitaires avec les usagers, les considère comme des membres à part entière de l'équipe de soins et appuie leur participation dans le cadre de la dispensation des soins et services sur l'unité. (En attente de suivi).
		Mesure d'amélioration : Le directeur a accepté de procéder à un rappel auprès de son équipe d'appliquer la procédure et de ne pas mettre de pression pour la signature des baux.
Accessibilité 131 mesures	Difficulté d'accès aux services	Recommandation : Veuillez vous assurer que la situation et les besoins de Madame soient réévalués afin de préciser si des services de prélèvements à domicile seraient pertinents pour elle. (SUIVI : La spécialiste en activité clinique a contacté la médecin de famille de l'utilisateur qui avait dans son évaluation les éléments justifiant un suivi à domicile. Elle a expliqué que l'utilisateur a une condition physique ne lui permettant pas de se déplacer; elle a accepté de faire une demande de soins infirmiers à domicile et le service a repris en novembre 2023.)
		Mesure d'amélioration : Une formation de ressources infirmières a été réalisée à la clinique de proximité et au GMF-A du Cap pour accueillir et répondre aux besoins de la clientèle desservie par la clinique de santé sexuelle.

Motifs/Nombre de mesures	Catégories de mesure	Mesures d'amélioration
		<p>Recommandation : Rappeler aux professionnels du GAP d'informer les usagers de la possibilité qu'ils puissent consulter aux cliniques populationnelles, et ce même s'ils sont en inscription collective. (SUIVI : Rappel effectué lors du rapport d'état de la semaine.)</p>
		<p>Engagement : La chef procédera à une notification au dossier de l'utilisateur à la RAMQ afin que les agentes aient l'information que la date d'inscription considérée devrait être le 7 septembre 2022. (SUIVI : Note administrative inscrite dans la RAMQ par ASI. De plus, une note a aussi été ajoutée dans le fichier interne d'attribution pour que l'utilisateur soit attribué selon sa date réelle d'enregistrement sur le GAMF.)</p>
	Délais \ Soins / services / programmes	<p>Recommandation : Explorer les mesures requises pour améliorer les délais de réponse d'une requête au programme AVQ/AVD dans un objectif d'efficacité et d'efficacité. (SUIVI : projet d'amélioration visant à favoriser une réponse optimale aux besoins d'équipements adaptés pour la clientèle admissible au programme AVQ-AVD. Modernisation de la plateforme informatique et révision/optimisation des processus d'attribution, réattribution, réparation, modification, remplacement. Certaines demandes seront dorénavant préautorisées pour simplifier le processus, améliorer la fluidité et éviter un délai.)</p>
	Délais \ Services d'urgence \ Triage urgence-hôpital	<p>Recommandation : Planifier une rencontre de rétroaction formative afin d'assurer les correctifs nécessaires à la pratique des TAP impliqués. (SUIVI : Mise en place d'un prétriage aux ambulances qui attendent dans le garage et révision des conduites appropriées en présence de punaises de lit.)</p>
	Délais \ Temps réponse \ Autre	<p>Recommandation : En collaboration avec le service d'imagerie médicale, évaluer la situation afin d'améliorer la fluidité et diminuer l'attente à l'accueil et communiquer les pistes d'amélioration à la commissaire. (SUIVI : Clarification des procédures par la gestionnaire : Veillez à ce que chaque usager ayant une demande en radiologie soit appelé pour enregistrement à l'heure réelle de son rendez-vous, peu importe l'achalandage au centre de prélèvements, peu importe qu'il y ait du retard ou non. Vous devrez faire passer en priorité ces clients.)</p>
	Difficulté d'accès téléphonique	<p>Mesure d'amélioration : Rappel à la secrétaire de communiquer avec chaque personne qui laisse un message pour lui confirmer sa réception et l'informer des délais possibles pour le suivi.</p>

Motifs/Nombre de mesures	Catégories de mesure	Mesures d'amélioration
	Refus de services	Engagement : Réactiver le dossier de monsieur en vue de sa chirurgie bariatrique. (SUIVI : Preuve de réactivation du dossier et de l'inscription de l'usage sur la liste d'attente)
Organisation du milieu et ressources matérielles 100 Mesures	Hygiène et salubrité/ désinfection des lieux	Mesure d'amélioration : Implantation d'une tournée systémique pour vérifier la qualité du travail du fournisseur de service.
		Engagement : Faire un rappel auprès des préposées afin de jeter les culottes dans la boîte de métal prévue à cet effet. (SUIVI : Un rappel a été fait ainsi qu'une note de service à ce sujet)
		Recommandation : Faire preuve de vigilance afin de détecter la présence de punaises de lit, appliquer et mettre en place les mesures recommandées par le CIUSSS et par l'exterminateur afin d'enrayer la présence des punaises. (SUIVI : Rapport de la firme de gestion parasitaire, protocole de vigie, signalement et nettoyage mis en œuvre avec le soutien de la santé publique du CIUSSS MCQ)
		Engagement : Faire un rappel auprès du personnel soignant de même qu'en hygiène et salubrité afin que tout dégât soit signalé et nettoyé rapidement. (SUIVI : Avis de rappel de procédure- Numéro :374)
	Organisation spatiale \ Signalisation	Recommandation : Évaluer la situation afin d'apporter les correctifs nécessaires à l'affichage s'il y a lieu (surplus et indications dans un langage accessible vers les différents services). (SUIVI : une priorisation des endroits critiques à améliorer est en cours de réalisation, les commentaires formulés par l'usager seront considérés lors de la priorisation et des validations supplémentaires seront faites afin de nous assurer que les indications pour diriger les usagers soient adéquates et facilement lisibles. La DPPF assurera une vigie supplémentaire afin que les usagers soient bien accueillis et orientés vers les services.)
	Alimentation \ Personnalisation de l'alimentation \ Allergies	Recommandation : Sensibiliser le personnel à clarifier et bien spécifier tous les aliments allergènes sur la feuille acheminée au service alimentaire. (SUIVI : Mention à l'équipe transmise via les communications quotidiennes. Date de l'envoi le 6 juin. Aussi, l'équipe présente en date du 22 mars quart

Motifs/Nombre de mesures	Catégories de mesure	Mesures d'amélioration
		<i>de soir a été personnellement rencontrée (1re semaine de juin))</i>
	Alimentation \ Organisation du service alimentaire \ Manque de variété	Mesure d'amélioration : Mise en œuvre d'une consultation biannuelle d'une majorité des résidents afin de connaître leur niveau de satisfaction et leurs requêtes en lien avec l'offre de repas de la RI (groupe de résident qui doit être représentatif des besoins particuliers de l'ensemble des usagers).
	Alimentation \ Organisation du service alimentaire \ Assistance à l'utilisateur	Engagement : La chef s'engage à donner une directive claire à la personne concernée et au reste de l'équipe sur ce qui aurait pu être fait pour donner à manger à la résidente en pareille circonstance. (<u>SUIVI</u> : Lors d'un caucus, la gestionnaire a donné comme directive à l'équipe de se référer à la production pour offrir quelque chose à manger pendant les heures dites hors services.)
	Sécurité et protection \ Système d'appel à l'aide / cloche d'appel	Recommandation : Prendre les moyens qui s'imposent afin que le système d'appel à l'aide pour les résidents se fasse entendre partout où peuvent se trouver les préposés, le jour, le soir et la nuit. (<u>SUIVI</u> : La RPA a fourni la preuve qu'une firme professionnelle a procédé aux réparations requises.)
	Sécurité et protection \ Organisation des services de sécurité \ Mécanisme de sécurité	Mesure d'amélioration : Une formation a été dispensée auprès des employés concernant la procédure lors du déclenchement de l'alarme. Le tout incluant le fonctionnement du micro afin de s'adresser directement aux résidents et les rassurer lors d'un exercice, d'un test ou du déclenchement d'une fausse alarme.
		Mesure d'amélioration : L'établissement a accordé un budget pour l'installation de systèmes anti fugue sur toutes les unités du centre d'hébergement.
		Recommandation : Veuillez indiquer les moyens qui seront pris pour s'assurer que les gestionnaires du secteur concerné soient avisés lors de toute activité de maintenance ou d'entretien matériel pouvant avoir un impact sur les services à la clientèle. (<u>SUIVI</u> : La prochaine fois, un avis de travaux sera envoyé par le technicien en prévention incendie qui s'occupe de planifier les travaux en question. Ainsi tous les intervenants seront informés. De plus s'il y a risque d'éclaboussures lorsque la tuyauterie de gicleurs est en mode "vidange", nous pourrions installer des cônes ou des banderoles pour éviter le secteur.)

Motifs/Nombre de mesures	Catégories de mesure	Mesures d'amélioration
	Sécurité et protection \ Mécanismes de prévention des infections	Engagement : Dans l'objectif de mieux concilier les consignes en PCI et la bienveillance envers les résidents, la chef s'engage à rappeler à ses équipes de soins que, lors de demandes particulières, le personnel peut toujours se référer à l'ASI. (SUIVI : Rappels écrit dans le mémo de la semaine diffusé le 2023-04-20. Ce mémo est diffusé sur les 5 unités du centre d'hébergement. Rappel dans le groupe Facebook privé des ASI du Centre d'hébergement ainsi que dans le groupe personnel de tout le personnel du centre d'hébergement. Rappel lors des rencontres avec les équipes et lors de la rencontre avec les ASI.)
		Recommandation : Rappeler aux équipes concernées d'assurer une application rigoureuse des mesures de PCI, selon le rôle qui leur est attribué ainsi que l'importance de noter au dossier du résident toute information pertinente et de compléter tous les formulaires requis. (SUIVI : •Rappel fait lors d'une rencontre avec les ASI le 30 novembre. Coaching dans l'action sur les mesures PCI lors de l'éclosion au mois de décembre 2023 et janvier 2024. Utilisation des champions PCI pour le respect des mesures PCI. Nous nous sommes assuré de la disponibilité du FOR-07-1077 et de sa complétion durant l'éclosion. Nous avons développé un aide-mémoire pour l'infirmière des étapes à suivre pour tout type d'isolement.)
	Sécurité et protection \ Entreposage des médicaments et des déchets médicaux	Mesure d'amélioration : La nouvelle directrice de la RPA s'est assurée que la porte du poste de garde demeure verrouillée en tout temps et a sensibilisé le personnel à cet égard.
	Règles et procédures du milieu \ Connaissance des règles	Recommandation : S'assurer que soit effectué en temps opportun, un rappel aux agents sur leur rôle lorsqu'un usager les informe des mauvaises conditions des terrains extérieurs en hiver. (SUIVI : Un rappel a été fait aux agents concernant la procédure de déneigement et le déglçage. La liste des sous-traitants pour chaque bâtiment a été fournie à l'officier pour communiquer avec les entrepreneurs en cas d'urgence.)
		Recommandation : Clarifier la procédure lorsqu'un usager doit faire remplir un formulaire par un médecin moyennant un paiement ET s'assurer que l'ensemble du personnel connaît et applique celle-ci. (SUIVI : La procédure a été revue et mise au clair. Elle était comprise par tout le personnel, mais un rappel a été fait. Elle a été imprimée et installée à la

Motifs/Nombre de mesures	Catégories de mesure	Mesures d'amélioration
		<i>disposition du personnel à titre de référence dans la clinique externe.)</i>
		Engagement : Informer l'ensemble des agentes administratives relativement au bon fonctionnement pour la gestion du courrier des résidents, et ce, afin d'uniformiser les façons de faire. (SUIVI : Le 31 octobre 2023, l'ensemble des agentes administratives de la catégorie 2, celles sous la gestion des chefs d'administration de programme, ont eu la présentation de la capsule d'information sur la confidentialité. Les gestionnaires à l'hébergement ont présenté la capsule aux agentes sous leur gestion.)
		Recommandation : Bonifier la procédure d'absence inexplicée destinée au personnel en y ajoutant, des cas de figure (ex. : fugue, chute), une liste de tâches selon les différents employé(es) (ex. : au service aux tables VS à la réception) de même qu'une trajectoire de communication claire à appliquer lors d'absence inexplicée d'un résident (ex. : document « qui fait quoi? »). Faire un rappel auprès de l'ensemble du personnel afin de garantir que tous les employés ont pris connaissance de la procédure complétée et la maîtrise (c'est-à-dire, qu'ils demeurent à l'affût et savent exactement quoi faire). (SUIVI : Une copie de la procédure en question nous a été transmise, des rencontres informatives ont eu lieu pour tout le personnel de la RPA, présences documentées avec signatures, révision des procédures prévue tous les 3 mois.)
	Confort et commodité/ Intimité des lieux	Recommandation : Prendre les mesures requises afin d'assurer l'accès à une chambre individuelle pour les personnes en fin de vie les jours précédents son décès (prévu à l'art. 12 de la Loi concernant les soins de fin de vie) dans l'ensemble des installations sous votre responsabilité. (SUIVI : La directrice s'est engagée activement dans une recherche de solution tout en tenant compte des enjeux de fluidité. Ainsi, une nouvelle procédure a été adoptée et permet désormais d'admettre, dans une chambre double, une personne en provenance d'un centre hospitalier en surcapacité et de conserver la disponibilité de la chambre prévue pour les soins de fin de vie.)
Droits particuliers 82 mesures	Droit linguistique \ Accès aux services en langue anglaise	Engagement : Élaborer un aide-mémoire pour la traduction en anglais des questions à poser à un usager de langue anglaise. (SUIVI : Voici l'aide-mémoire qui sera utile pour mes équipes lorsqu'elles devront servir des patients qui parlent seulement en anglais (document joint).)

Motifs/Nombre de mesures	Catégories de mesure	Mesures d'amélioration
	Droit à l'information sur l'état de santé	Mesure d'amélioration: La direction a modifié son Guide de l'utilisateur en RI pour définir un corridor de communication clair des familles vers les coordonnatrices de soins pour tout ce qui concerne les informations de nature clinique ou particulière.
	Droit à l'information sur les services et modes d'accès	Mesure d'amélioration : Dans le but de mieux informer la clientèle, lors de la première visite, une lettre est lue avec l'utilisateur pour lui expliquer le rôle et les responsabilités du personnel et des usagers lors de leur suivi. (<i>Suivi : Modèle de lettre transmis au commissaire adjoint.</i>)
		Recommandation : Aviser le personnel de la clinique d'ophtalmologie d'offrir aux patients la possibilité de passer leur biométrie gratuitement à l'hôpital. (<i>SUIVI : Personnel avisé et un communiqué de presse pour information à la population fut publié annonçant l'ajout d'un nouvel appareil permettant désormais aux usagers d'avoir accès à tous les examens préopératoires au même endroit, et ce, sans frais pour les détenteurs d'une carte valide d'assurance maladie.</i>)
		Recommandation : Rappeler à l'équipe de s'assurer de faire un retour aux usagers concernant leurs demandes (information, examen, matériel, etc.), leur expliquer les raisons des délais ou refus et noter le tout au dossier. (<i>SUIVI : Confirmation du rappel effectué lors d'un caucus, ordre du jour fourni en pièce jointe</i>)
		Recommandation : S'assurer que l'équipe administrative et le personnel infirmier donnent la même information en lien avec la possibilité de prendre un rendez-vous pour une autre personne et respectent les conduites attendues par le CIUSSS MCQ envers les usagers. (<i>SUIVI : Rappel fait que pour toute condition physique ou mentale, l'utilisateur doit être présent pour permettre à l'infirmière d'effectuer une évaluation adéquate selon les normes professionnelles. Les seules exceptions possibles sont pour des demandes de formulaire ou renouvellement de médication d'une personne qui n'est pas apte à faire ses propres démarches.</i>)
		Recommandation : Prendre les moyens requis afin de s'assurer que les usagers soient informés des programmes accessibles pour pallier leur incapacité à la marche, permettant ainsi de favoriser leur intégration sociale et de faciliter leur maintien dans leur milieu. (<i>SUIVI : Note de service transmise au personnel et décrivant les différents programmes ainsi que leurs critères d'admissibilité</i>)

Motifs/Nombre de mesures	Catégories de mesure	Mesures d'amélioration
		<i>avec consigne à tous d'en prendre connaissance afin d'être en mesure de suggérer aux usagers les programmes répondant à leurs besoins.)</i>
	Droit à l'information - Autre	Recommandation : Explorer la possibilité de formaliser les attentes du CIUSSS MCQ à l'égard des employés concernant l'identification verbale et le port de la carte d'identité et s'assurer de rendre disponible l'information à un endroit accessible à l'ensemble des intervenants. <i>(En attente de suivi).</i>
	Droit à l'information - Sur tout incident ou accident survenu	Recommandation : En lien avec la PRO-20-004, faire un rappel à l'ensemble du personnel de soins quant à l'obligation de déclarer tout incident ou accident, et ce, qu'il y ait ou non des conséquences pour le résident concerné. <i>(SUIVI : Affiche installée sur le tableau des employés près de l'ascenseur avec la procédure sur la déclaration "L'ABC de la déclaration" / Affiche installée pour rappel de "l'ABC de la déclaration sur les unités" / Publication sur les deux sites de nos professionnels de la santé qui doivent faire les déclarations / Tournées des unités durant les caucus).</i>
	Sécurité \ Du processus de prestation sécuritaire des soins et des services (incident ou accident) \ Autre	Mesure d'amélioration : L'ensemble des employés du service concerné ont dû relire la procédure de double identification du lait maternel et signer en indiquant la date.
		Mesure d'amélioration : L'ensemble des employés doivent aussi faire les formations ENA10100 et 11671 soit : Déclaration des événements indésirables survenus lors de soins et de service et divulgation d'un accident.
	Sécurité - De l'utilisateur	Engagement : Une communication à l'ensemble des paramédics sera faite à la mi-octobre afin de les sensibiliser sur l'utilisation des bonnes pratiques lors de l'application de la loi P-38. <i>(SUIVI : Un rappel a été effectué à l'ensemble des paramédics par l'entremise du bulletin opérationnel du 19 octobre dernier. De plus, les superviseurs ont partagé l'information à leurs unités administratives respectives.)</i>
	Choix du professionnel	Mesure d'amélioration : Tel que demandé par la famille, la chef a désigné une autre intervenante sociale au dossier de l'usagère concernée.
	Choix de l'établissement \	Engagement : Nommer à nouveau au MAH d'origine la possibilité de voir avec l'usagère et ses

Motifs/Nombre de mesures	Catégories de mesure	Mesures d'amélioration
	Hébergement \ Permanent	proches la faisabilité d'élargir leurs choix de préférences afin d'élargir les opportunités d'installations ou s'ils préfèrent garder les mêmes 3 choix présents. (SUIVI : Le 8 mai 2023, une demande est faite au MAH d'origine pour valider si la famille souhaite élargir ses choix. Le 10 mai 2023, réponse : 1.Entente: la famille souhaite ajouter les deux autres CHSLD: Louis-Denoncourt et St-Joseph. 2. Confirmation du MAH de l'ajout des préférences de Mme Tremblay dans la liste d'attente. Madame a été admise au CHSLD Cooke (1er choix) le 25 mai 2023.)
	Droit à un accommodement raisonnable \ Autre	Recommandation : S'assurer que l'ensemble du personnel connaît les règles entourant la présence des chiens-guides ou d'assistance ET prévoir une alternative afin d'honorer le rendez-vous d'un usager qui se présente avec un chien guide, idéalement sans reporter celui-ci. (SUIVI : Rappel et explications par la gestionnaire en rencontre d'équipe et information sur la possibilité d'ajouter une notre dans le système d'information RENDEZ-VOUS).
	Droit à un accommodement raisonnable \ Lié à un handicap	Engagement : Une communication sera faite à l'ensemble des paramédics au sujet des chiens accompagnateurs. En cas de doute et en présence d'un patient stable, les paramédics devront se référer au gestionnaire de garde. Les gestionnaires de la CAM seront sensibilisés au sujet des chiens accompagnateurs. (SUIVI : Un rappel a été fait dans le bulletin opérationnel du 19 octobre 2023. De plus, les superviseurs ont sensibilisé leur unité administrative respective.)
	Accès au dossier de l'usager et dossier de plainte \ Confidentialité	Mesure d'amélioration : La chef de service a pris les mesures requises afin de faire retirer la note de l'infirmière révélant la plainte du dossier de l'usager.
		Engagement : Faire un rappel à l'ensemble des paramédics de la CAM sur l'interdiction d'utiliser des appareils de télécommunication personnels pour la prise de données confidentielles. (SUIVI : Rappel dans le bulletin opérationnel du 20 décembre.)
		Engagement : Améliorer la confidentialité des lieux. (SUIVI : Des panneaux ont été installés entre chaque station d'accueil afin d'assurer la confidentialité des usagers à leur arrivée et pour leur évaluation.)
	Droit de porter plainte \ Autre	Recommandation : Vous assurer qu'un entretien ait lieu avec la cheffe des PAB, pour lui préciser que non seulement porter plainte est un droit, qu'aucune mesure de représailles ne sera tolérée

Motifs/Nombre de mesures	Catégories de mesure	Mesures d'amélioration
		et que cela doit demeurer confidentiel. (SUIVI : Confirmation de cette action)
	Consentement \ Libre et éclairé aux services	Recommandation : Rappeler au personnel infirmier de s'assurer d'apposer leurs initiales ainsi que celles de la cliente lors de tout ajout au formulaire de consentement. (SUIVI : Le 9 novembre, rappel à l'équipe sous forme de caucus, sur l'importance d'y mettre les initiales lors d'un ajout au consentement opératoire. De plus, ils ont reçu un courriel comme résumé du caucus).
	Consentement libre et éclairé/Refus de service	Engagement : Réviser avec les intervenants concernés en LPH la façon d'appliquer la politique du 72 heures. (SUIVI : Présentation du document « Messages clés LPH » durant mon stand-up de la semaine et explication des étapes/interventions à réaliser avant l'application du 72 h et le rôle de chacun (intervenants, ASI, cheffe LPH) lors de l'application. Ensuite, envoi par courriel le document afin que les intervenants puissent commencer à l'utiliser.)
Aspect financier 20 mesures	Facturation \ De soins et services	Mesure d'amélioration : La professionnelle de la certification est intervenue auprès du directeur de la résidence afin de lui demander de préciser la documentation afin que les résidents soient mieux informés.
	Facturation \ À des non-résidents du Québec	Recommandation : Élaborer et diffuser des outils afin de s'assurer que l'information concernant la facturation aux non-résidents/non assurés soit visible avant d'entrer au triage. (SUIVI : Affichage précis à la vue de la clientèle, photos transmises par la gestionnaire et constat direct par CPQS).
	Allocation de ressources matérielles et financières\ Aide financière	Recommandation : Vérifier pour chacun des 3 dossiers (2022-03428, 2022-03510 et 2022-03070) si les résidentes ont bien reçu l'entièreté des montants auxquels elles avaient droit et dans le cas contraire, s'assurer que les montants leur soient remis. (SUIVI : Analyse de chacun des dossiers et rectificatifs requis apportés, remboursements effectués lorsque requis).
	Allocation de ressources matérielles et financières \ Prestations reçues par les usagers	Recommandation : S'assurer que les corrections requises soient apportées afin que le montant de rétroaction auquel Mme a droit (novembre, décembre, janvier et février) lui soit déposé. (SUIVI : On nous a transmis la preuve d'émission de paiement).
		(SUIVI : le rappel a déjà été réalisé auprès de mon équipe clinique. Cependant, j'ai adressé un suivi

Motifs/Nombre de mesures	Catégories de mesure	Mesures d'amélioration
		auprès de ma collègue Annie Saint-Cyr, Chef administration des programmes afin que cette sensibilisation et rappel soit adressée à l'ensemble des leaders clinique ainsi qu'aux intervenants dédiés au Guichet unique.
	Aspect financier \ Processus de réclamation	Recommandation : S'assurer de connaître, diffuser et appliquer la Procédure de gestion des biens personnels des usagers et gestion des petites réclamations (PRO-10-009). (SUIVI : Capsule Facebook diffusée dans le groupe d'unité de médecine interne axée sur la recommandation suite à la plainte et en expliquant en résumé nos responsabilités et ce qu'on doit faire pour éviter que cela ne se reproduise ainsi que les attentes. Procédure mise dans la salle de pause afin que le personnel puisse s'y référer).
	Frais de déplacement / transport \ Frais transport ambulancier	Recommandation : Procéder au remboursement de la facture auprès de madame et faire la réclamation auprès du CIUSSS pour une P-38. (SUIVI : Remboursement effectué le 18 mars 2024.)

Tableau 28 – Exemples de mesures d'amélioration formulées par les médecins examinateurs

Motifs/Nombre de mesures	Catégories de mesures	Mesures d'amélioration
Soins et services dispensés 27 mesures	Décision clinique : 15	<p>S'assurer d'offrir une analgésie orale simple, peu importe le groupe d'âge lors une réduction de fracture.</p> <p>Prendre les moyens nécessaires afin de vous assurer de baser vos choix thérapeutiques sur les lignes directrices disponibles.</p> <p>Permettre au Département concerné d'étudier ce dossier en réunion morbidité/mortalité afin de dégager un consensus autour de la prise en charge de ce type de pathologie</p> <p>Effectuer une revue de littérature et faire le point concernant les options thérapeutiques du cancer de la prostate en fonction de l'âge</p>
	Continuité : 5	<p>Faire la lecture d'un article de l'APCM sur le processus décisionnel : « Comprendre le processus décisionnel afin d'améliorer l'exactitude du diagnostic. »</p> <p>Étudier ce dossier en réunion de morbidité et discuter de pistes de solution.</p> <p>Évaluer avec le département la possibilité de remettre un document de référence aux parents qui obtiennent leur congé avec un enfant prématuré afin d'éviter les</p>

Motifs/Nombre de mesures	Catégories de mesures	Mesures d'amélioration
	Organisation des soins et services (systémique) : 3 Compétence technique et professionnelle : 2 Traitement / Intervention / Services (actions faites) : 2	<p>incompréhensions et s'assurer de congés encore plus sécuritaires.</p> <p>Porter une attention particulière en ce qui concerne les notes au dossier afin qu'elles soient plus complètes.</p> <p>Discuter avec ses collègues d'antibioprévention de certaines conditions médicales</p>
Relations interpersonnelles 28 mesures	Communication / Attitude : 24	<p>La médecin s'est inscrite à l'atelier « Les échanges fructueux avec les patients ».</p> <p>Prendre connaissance de documents pertinents sur la communication axée sur le patient.</p> <p>Prendre davantage de temps pour écouter les appréhensions des patients et de leurs proches afin de les rassurer le mieux possible.</p> <p>Participer à une formation ayant pour but d'améliorer la communication médecin-malade difficile</p> <p>S'assurer de transmettre aux patientes les renseignements nécessaires à la compréhension des suites postopératoires et s'assurer de leur intégration</p>
	Fiabilité / disponibilité : 2	<p>Rappel à la médecin visée qu'indépendamment de la lourdeur de la tâche clinique la relation et la communication médecin-malade se doivent d'être impeccables</p> <p>Avec les intervenants de l'unité, clarifier qui fait quoi, qui appelle la famille entre autres, et s'assurer que les messages laissés atteignent bien leurs destinataires.</p>
	Discrimination : 1	<p>Dans le but de vous sensibiliser davantage à cet égard, faire la lecture du document gouvernemental « La sécurisation culturelle en santé et services sociaux: vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les premières nations et les Inuits » - édition mars 2021.</p>
	Respect : 1	<p>Rappel que le CIUSSS MCQ reconnaît l'importance d'un milieu de travail sain, empreint de civilité et exempt de harcèlement et de violence sous toutes ses formes. Lire la politique PO-10-005 « Promotion de la civilité et prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail ».</p>

Motifs/Nombre de mesures	Catégories de mesures	Mesures d'amélioration
		Suivre une formation spécifique au sujet de la communication professionnelle. « Défi et opportunité de la communication professionnelle ».
Droits particuliers 10 mesures	Consentement : 7	<p>Le médecin examinateur a clarifié avec la médecin visée la place que peut prendre l'étudiant dans le cadre des processus d'apprentissage, lui faisant mention notamment du Guide publié par le Collège des Médecins : « Rôle et responsabilités de l'apprenant et du superviseur. »</p> <p>Rappel au médecin visé sur les meilleures pratiques en termes de consentement éclairé et l'importance d'une tenue de dossier conséquent. Faire la lecture de documents pertinents à cet égard.</p> <p>S'assurer de la qualité de la divulgation des informations propices au consentement libre et éclairé, comme les possibilités de complications, effets à long terme, etc.</p>
	Choix du professionnel : 2	Faire le transfert de soins à un autre médecin (selon l'article 6 de la LSSSS)
	Accès au dossier de l'utilisateur et au dossier de plainte : 1	S'assurer de régulariser la situation de la patiente.
Accessibilité 2 mesures	Accès aux documents et aux services offerts au public : 1	Discuter au service concerné de bonifier le formulaire de demande d'examen afin d'améliorer l'inclusion et l'expérience-patient
	Délais : 1	Que les différentes instances administratives du CIUSSS s'assurent de supporter le médecin concerné en regard d'une pratique, respectueuse du patient

Types de dossiers

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

Plainte

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

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

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

Assistance

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

Intervention

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

Consultation

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

Motifs de plainte et d'intervention

Accessibilité et continuité

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

Aspect financier

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

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

Droits particuliers

Concerne l'obligation d'informer adéquatement les usagers :

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

Concerne le droit des usagers :

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

Maltraitance

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

Organisation du milieu et des ressources matérielles

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

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

Relations interpersonnelles

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

Soins et services dispensés

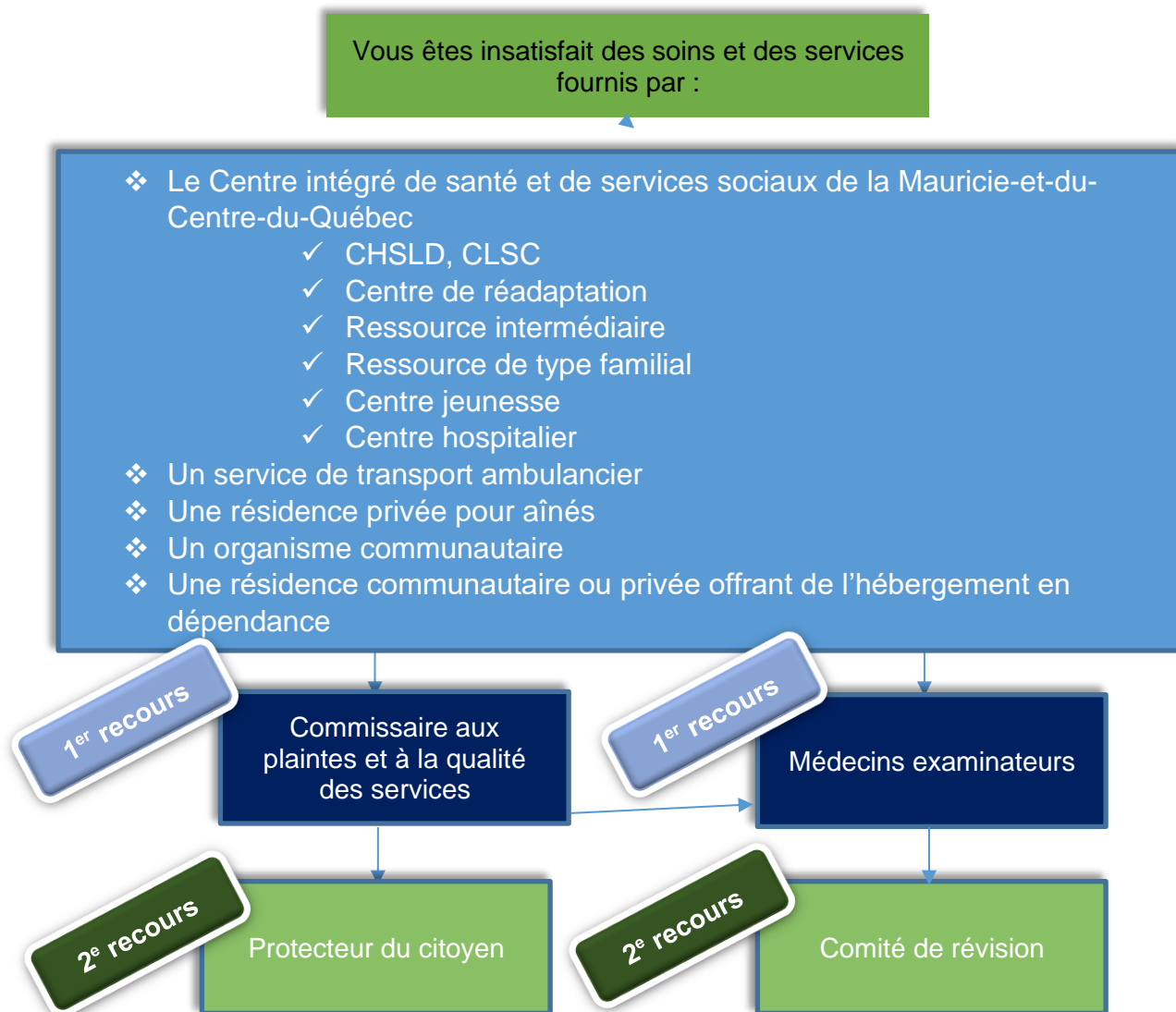
- Concerne l'application des connaissances, du **savoir-faire** et des normes de pratique des intervenants ;
- Concerne l'organisation et le fonctionnement général des soins et des services qui affectent la qualité des services.

Liste des droits des usagers

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

Procédure à suivre pour porter plainte

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



Assistance et accompagnement

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

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

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

WWW.CIUSSSMCQ.CA

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

Québec 