

RAPPORT ANNUEL

2010-2011

Améliorer la qualité des services
Accroître la satisfaction des usagers
Assurer le respect des droits

Application de la procédure d'*examen des plaintes* et de l'amélioration de la *qualité des services*

Agence de la santé et des services sociaux
de la Capitale-Nationale



AGIR DANS L'INTÉRÊT DE LA PERSONNE

Québec 

**RAPPORT ANNUEL
2010-2011**

**APPLICATION DE LA PROCÉDURE
D'EXAMEN DES PLAINTES ET DE
L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES**

Adopté à la séance ordinaire du conseil d'administration de l'Agence de la santé
et des services sociaux de la Capitale-Nationale le 28 septembre 2011

Édition produite par :

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Direction des affaires corporatives et des communications

Rédaction

Monsieur Denys Bernier,

Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services

Secrétariat

Andrée Dionne,

Adjointe administrative

Bureau du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services

Monsieur Louis Auger

Commissaire régional substitut aux plaintes et à la qualité des services

Andrée Dionne,

Adjointe administrative

Conception graphique des pages et faux-titre

Danielle Dupont

Ce document peut être reproduit sans restriction, en tout ou en partie, tant que la source est mentionnée.

Pour obtenir un exemplaire de ce document, s'adresser à :

Isabelle Lindsay

Centre de documentation

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

2400, avenue d'Estimauville

Québec (Québec) G1E 7G9

Téléphone : 418 666-7000, poste 217 ou 521

Courrier électronique : cdocagence03@ssss.gouv.qc.ca

Le présent document peut être consulté dans la section « Documentation » du site Internet de l'Agence, à l'adresse www.rrsss03.gouv.qc.ca.

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011

Bibliothèque et Archives Canada, 2011

Santécom

ISBN : 978-2-89616-117-1 (version imprimée)

ISBN : 978-2-89616-118-8 (version PDF-Internet)

MOT DU COMMISSAIRE RÉGIONAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

En 2010-2011, les usagers des services, leurs représentants ou de tierces personnes se sont adressés aux commissaires locaux, aux médecins examinateurs des établissements et au commissaire régional de la région de la Capitale-Nationale à 3 437 reprises, dont 1 723 pour formuler une plainte, 308 pour signaler un problème ayant justifié une intervention et 1 406 pour une demande d'assistance.

L'ampleur des demandes et leur augmentation (7,5 %), comparativement à l'année précédente, témoignent de la pertinence de la procédure d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services. Ces demandes permettent de mettre en évidence les écarts entre la qualité attendue par les usagers et la qualité rendue par les organisations sur les plans relationnel, professionnel, organisationnel et sur le respect des droits. Le regard singulier de l'utilisateur des services révèle souvent des aspects non couverts par les différentes démarches d'évaluation et d'amélioration de la qualité des services.

Ainsi, les usagers des services, leurs représentants ou de tierces personnes ont porté à notre attention 2 556 motifs d'insatisfaction dans les plaintes conclues et les interventions réalisées en 2010-2011, comparativement à 2 471 l'année précédente. Ces motifs se concentraient principalement sous trois catégories : la dispensation des soins et des services, les relations interpersonnelles ainsi que l'accessibilité et la continuité des services. Parmi les motifs invoqués, 87 % ont été retenus pour examen (2 216). De ce nombre, 46 % (1 029) ont fait l'objet de 1 213 mesures correctives, comparativement à 1 157 l'année précédente. C'est dans cet aspect que se manifeste la contribution particulière de la procédure d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services.

En effet, grâce à leurs recommandations, formulées en toute indépendance, et à leur capacité de mobiliser et d'influencer les diverses organisations concernées par les motifs d'insatisfaction, les commissaires et les médecins examinateurs ont su introduire les changements nécessaires. Les changements apportés sont non seulement bénéfiques à ceux qui ont porté plainte ou qui ont signalé des anomalies menant à des interventions, mais aussi pour les futurs usagers des services.

La mise en œuvre des 1 213 mesures correctives a été facilitée par l'implication active des membres des comités de vigilance et de la qualité des services¹, instance de chaque conseil d'administration des établissements et de l'Agence, dont l'un des mandats est d'assurer le suivi des mesures correctives proposées. Soulignons également l'importante contribution des gestionnaires des organisations visées par les plaintes et les interventions. Ils ont généralement

¹ Le comité est composé de trois personnes choisies parmi les membres du conseil d'administration en plus du directeur général et du commissaire local pour un établissement, du président-directeur général et du commissaire régional pour une agence de la santé et des services sociaux.

manifesté une ouverture pour discuter des motifs d'insatisfaction de leurs clients, et ils se sont impliqués et engagés dans l'identification et la mise en œuvre de solutions durables aux problèmes identifiés.

Les commissaires locaux et les médecins examinateurs des établissements, ainsi que moi-même sommes fiers d'avoir contribué à bonifier les services, à hausser le taux de satisfaction des usagers et à garantir le respect de leurs droits. Agir dans l'intérêt des usagers constitue la raison d'être de nos actions. Nous souhaitons que cette raison d'être soit partagée, au quotidien, par l'ensemble des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

A handwritten signature in black ink that reads "Denys Bernier". The script is cursive and fluid.

Denys Bernier

Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	7
DROIT DES USAGERS	8
PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES	9
CENTRE D'ASSISTANCE ET D'ACCOMPAGNEMENT AUX PLAINTES.....	10
FAITS SAILLANTS DES PLAINTES TRAITÉES PAR LES ÉTABLISSEMENTS	10
FAITS SAILLANTS DES PLAINTES TRAITÉES PAR LE COMMISSAIRE RÉGIONAL.....	11
PARTIE I	13
COMMISSAIRES LOCAUX AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES ET MÉDECINS EXAMINATEURS DES ÉTABLISSEMENTS	13
INTRODUCTION.....	15
1.1 PLAINTES TRAITÉES	15
1.1.1 PLAINTES EN COURS D'EXAMEN AU DÉBUT ET À LA FIN DE L'EXERCICE.....	16
1.1.2 PLAINTES REÇUES	17
1.1.3 PLAINTES CONCLUES	18
1.1.4 MOTIFS DES PLAINTES CONCLUES	19
1.1.5 MESURES CORRECTIVES DES PLAINTES CONCLUES.....	23
1.1.6 DÉLAI DE TRAITEMENT DES PLAINTES CONCLUES	26
1.1.7 PLAINTES SOUMISES EN DEUXIÈME INSTANCE	27
1.2 INTERVENTIONS	29
1.2.1 INTERVENTIONS CONCLUES	30
1.2.2 MOTIFS DES INTERVENTIONS CONCLUES.....	31
1.2.3 MESURES CORRECTIVES PROPOSÉES.....	32
1.3 DEMANDES D'ASSISTANCE ET DE CONSULTATION.....	34
1.4 AUTRES ACTIVITÉS DES COMMISSAIRES LOCAUX	34
PARTIE II	37
LE COMMISSAIRE RÉGIONAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES	37
INTRODUCTION.....	39
2.1 PLAINTES	39
2.1.1 PLAINTES EN COURS D'EXAMEN AU DÉBUT ET À LA FIN DE L'EXERCICE.....	40
2.1.2 PLAINTES REÇUES	40
2.1.3 PLAINTES CONCLUES	41
2.1.4 MOTIFS DES PLAINTES CONCLUES	42
2.1.5 MESURES CORRECTIVES PROPOSÉES.....	45
2.1.6 SUIVI DE L'APPLICATION DES MESURES CORRECTIVES	46
2.1.7 DÉLAI DE TRAITEMENT DES PLAINTES CONCLUES	47
2.1.8 RECOURS AU PROTECTEUR DU CITOYEN.....	48

2.2	SIGNALEMENTS ET INTERVENTIONS	49
2.2.1	INTERVENTIONS TRAITÉES	49
2.2.2	MOTIFS DES INTERVENTIONS CONCLUES.....	50
2.2.3	MESURES CORRECTIVES PROPOSÉES.....	52
2.2.4	SUIVI DE L'APPLICATION DES MESURES CORRECTIVES	53
2.2.5	DÉLAI DE TRAITEMENT DES INTERVENTIONS.....	53
2.3	CONSTATS PAR ORGANISATION VISÉE : PLAINTES ET INTERVENTIONS	54
2.3.1	RÉSIDENCES PRIVÉES POUR PERSONNES ÂGÉES	54
2.3.2	ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	57
2.3.3	RESSOURCES D'HÉBERGEMENT EN TOXICOMANIE OU EN JEU PATHOLOGIQUE.....	57
2.3.4	SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE	58
2.3.5	AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX.....	58
2.4	DEMANDES D'ASSISTANCE ET DE CONSULTATION.....	60
2.4.1	DEMANDES D'ASSISTANCE	60
2.4.2	DEMANDE DE CONSULTATION	61
2.5	AUTRES ACTIVITÉS DU COMMISSAIRE	61
	ANNEXES	63
	LISTE DES ÉTABLISSEMENTS DE LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE.....	65
	LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES	67
	DESCRIPTION DES CATÉGORIES DE MOTIFS DE PLAINTES ET D'INTERVENTIONS	68
	MOTIFS DÉTAILLÉS DES PLAINTES ET DES INTERVENTIONS - COMMISSAIRE LOCAL ET MÉDECIN EXAMINATEUR	69
	MOTIFS DÉTAILLÉS DES PLAINTES ET DES INTERVENTIONS - COMMISSAIRE RÉGIONAL.....	81
	LISTE DES TABLEAUX	87

INTRODUCTION

La production du rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services fait partie des obligations légales de toute agence de la santé et des services sociaux. En effet, l'article 76.12 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2) ou LSSSS prévoit ce qui suit :

76.12. Tout conseil d'administration d'une agence doit transmettre au ministre une fois par année un rapport faisant état de l'ensemble des rapports qu'il a reçus de chaque conseil d'administration d'un établissement.

Ce rapport décrit les types de plaintes reçues, y compris les plaintes concernant les médecins, les dentistes ou les pharmaciens, et indique notamment pour chaque type de plaintes :

- 1° Le nombre de plaintes reçues, rejetées sur examen sommaire, examinées, refusées ou abandonnées depuis le dernier rapport;
- 2° Les suites qui ont été données après leur examen;
- 3° Le nom de chaque établissement concerné;
- 4° Les délais d'examen des plaintes.

Ce rapport doit également comprendre le bilan des activités du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services visé au paragraphe 9° du deuxième alinéa de l'article 66, décrire les motifs de plaintes que l'agence a elle-même reçues et indiquer notamment pour chaque type de plaintes :

- 1° Le nombre de plaintes reçues, rejetées sur examen sommaire, examinées, refusées ou abandonnées depuis le dernier rapport;
- 2° Les délais d'examen des plaintes;
- 3° Les suites qui ont été données après leur examen;
- 4° Le nombre de plaintes et les motifs des plaintes qui ont fait l'objet d'un recours auprès du Protecteur des usagers.

Il doit de plus faire état des principales mesures recommandées par les commissaires locaux et par le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services ainsi que des principales mesures prises par les établissements et par l'agence en vue d'améliorer la satisfaction de la clientèle de même que le respect de ses droits. Le conseil d'administration y formule, au besoin, des objectifs de résultats sur toute question relative au respect des droits des personnes qui s'adressent au commissaire régional.

Après un rappel des droits des usagers et de la procédure d'examen des plaintes, la première partie de ce rapport présente une compilation de tous les rapports annuels sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, pour l'exercice 2010–2011, dans les établissements publics de la région de la Capitale-Nationale ainsi que les établissements privés conventionnés et non conventionnés reconnus comme centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) en vertu d'un permis du ministère de la Santé et des Services sociaux.

La deuxième partie fait état de l'examen des plaintes déposées et examinées à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale entre le 1^{er} avril 2010 et le 31 mars 2011. On y trouve également un bilan des activités du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services durant cette même année.

DROIT DES USAGERS

La Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2) reconnaît plusieurs droits à tout usager du réseau de la santé et des services sociaux, notamment :

- le droit à l'information sur les services qui existent, sur l'endroit où ils peuvent être obtenus et sur la façon d'y avoir accès;
- le droit d'être informé sur son état de santé et de bien-être, sur les solutions possibles de même que sur les risques et les conséquences généralement associées à ces solutions;
- le droit à des services adéquats sur les plans humain, scientifique et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire et le droit de choisir le professionnel ou l'établissement qui dispensera ces services, en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement des établissements ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont ils disposent;
- le droit de donner ou de refuser un consentement à des soins;
- le droit de recevoir des soins en cas d'urgence;
- le droit de participer aux décisions qui concernent son état de santé et de bien-être;
- le droit à des services en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise, dans la mesure où le prévoit le programme d'accès à ces services élaboré dans la région;
- le droit d'être accompagné et assisté lorsqu'il désire obtenir un service ou des informations ou au cours d'une démarche de plainte;
- le droit d'exercer un recours lorsqu'une faute a été commise;
- le droit d'accès à son dossier;
- le droit d'être informé, le plus tôt possible, de tout accident survenu au cours de la prestation de services qu'il a reçue ou susceptible d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences sur son état de santé ou son bien-être ainsi que des mesures pour contrer, le cas échéant, de telles conséquences ou pour prévenir la récurrence d'un tel accident.

Le régime d'examen des plaintes est un moyen auquel les citoyens peuvent recourir afin de faire valoir et reconnaître leurs droits et de participer, ainsi, à l'amélioration de la qualité des services offerts à la population.

PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES

La LSSSS (L.R.Q., chapitre S-4.2) permet aux usagers ou à leurs représentants de porter plainte auprès du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services d'un établissement, s'ils sont insatisfaits des services reçus ou qu'ils auraient dû recevoir, reçoivent ou requièrent de l'établissement. Ce recours concerne également les ressources intermédiaires ou de type familial ou tout autre organisme, société ou personne auxquelles l'établissement recourt pour la prestation de ces services.

De plus, la loi prévoit l'examen, par le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services de l'agence de santé et de services sociaux de la région concernée, des plaintes relatives :

- aux services des organismes communautaires correspondant aux critères de l'article 334 de la LSSSS (L.R.Q., chapitre S-4.2);
- aux services des résidences privées pour personnes âgées;
- aux services préhospitaliers d'urgence;
- à toute activité ou fonction de l'Agence qui affecte personnellement le plaignant;
- aux services d'un organisme, d'une société ou d'une personne, dont les services ou les activités sont liés au domaine de la santé et des services sociaux, et avec lesquels une entente de services aux fins de leur prestation a été conclue par l'Agence.

Le délai prévu par la LSSSS pour transmettre les conclusions d'une plainte a été fixé à 45 jours. Toutefois, certaines circonstances peuvent entraîner des délais supplémentaires pour conclure l'examen du dossier. Le plaignant peut alors accepter ou refuser de prolonger le délai. Mais dans tous les cas, le retard ouvre la voie à un recours au Protecteur du citoyen. Ainsi, le cheminement prévu par le régime d'examen des plaintes se résume comme suit :

LES DEUX PALIERS DU RÉGIME D'EXAMEN		
Établissements *		Agence **
Procédure générale	Actes médicaux	Organismes communautaires Ressources en toxicomanie ou jeu pathologique Résidences privées pour personnes âgées Services préhospitaliers d'urgence Activités et fonctions de l'Agence
1^{er} recours Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services	1^{er} recours Médecin examinateur	1^{er} recours Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services
2^e recours Protecteur du citoyen	2^e recours Comité de révision	2^e recours Protecteur du citoyen

* Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2), articles 29 à 59

** Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2), articles 60 à 72

Tout au long du processus d'examen d'une plainte, les personnes plaignantes sont assurées d'être informées des étapes essentielles et des délais de traitement de leurs plaintes. De plus, les plaignants reçoivent, au terme du processus, les conclusions motivées sur les différents éléments de leurs plaintes.

CENTRE D'ASSISTANCE ET D'ACCOMPAGNEMENT AUX PLAINTES

Toute personne qui désire formuler une plainte auprès d'un établissement de la région, de l'Agence ou du Protecteur du citoyen peut être assistée et accompagnée gratuitement, sur demande, par le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP) de la Capitale-Nationale.

Le CAAP est l'organisme communautaire mandaté par le ministre de la Santé et des Services sociaux pour aider le citoyen dans ses démarches. Le CAAP peut être joint au 418 681-0088 ou au 1 877 767-2227.

FAITS SAILLANTS DES PLAINTES TRAITÉES PAR LES ÉTABLISSEMENTS

En 2010-2011, les commissaires locaux et les médecins examinateurs des établissements ont traité 1 756 plaintes d'usagers ou de leurs représentants, dont 1 624 ont été conclues et 132 étaient en cours de traitement, au 31 mars 2011.

Les plaintes conclues à l'intérieur des 45 jours demandés par le régime d'examen des plaintes représentaient 86 % (1 236) des plaintes soumises aux commissaires locaux et 58 % (115) des plaintes présentées aux médecins examinateurs, ce qui constitue une amélioration par rapport à 2009-2010.

Sur l'ensemble des plaintes conclues par les commissaires locaux (1 426), 32 ont fait l'objet d'un recours auprès du Protecteur du citoyen. Quant aux plaintes traitées par les médecins examinateurs (198), 8 ont été transférées au comité de révision des établissements.

Les plaintes reçues en cours d'année (1 655) concernaient principalement les CHSGS (65 %), les CLSC (12 %) et le CHSP (8 %), suivis des CHSLD (7 %) (voir l'annexe II pour la signification des sigles).

Les 1 624 plaintes conclues cumulaient 2 023 motifs d'insatisfaction des usagers ou de leurs représentants, dont 86 % de ces motifs ont été retenus pour examen (1 749). De ce nombre, 776 motifs ont entraîné la proposition de 872 mesures correctives formulées par les commissaires locaux (804) et par les médecins examinateurs (68).

En 2010-2011, les commissaires locaux ont traité 289 demandes d'interventions en provenance de la population ou des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, dont 270 interventions avaient été conclues et 19 étaient en cours de traitement, au 31 mars 2011. Les interventions conclues concernaient principalement les CHSGS (49 %), les CHSLD (20 %) et les CLSC (12 %).

Les 270 interventions conclues cumulaient 314 motifs d'insatisfaction, dont 301 ont été retenus pour examen. De ce nombre, 149 motifs ont fait l'objet de 158 mesures correctives formulées par les commissaires locaux.

Conformément à leur mandat, les commissaires locaux ont répondu à 1 174 demandes d'assistance (soutien à une démarche) et à 276 demandes de consultation (avis) de la part des commissaires locaux, du commissaire régional, du Protecteur du citoyen et de différents partenaires du régime d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des suivis.

FAITS SAILLANTS DES PLAINTES TRAITÉES PAR LE COMMISSAIRE RÉGIONAL

En 2010-2011, le commissaire régional a traité 63 plaintes en provenance d'usagers ou de leurs représentants, dont 60 plaintes ont été conclues et 3 étaient en cours de traitement, au 31 mars 2011.

Dans une proportion de 79,9 % (48), les plaintes ont été conclues (63) à l'intérieur des 45 jours demandés par le régime d'examen des plaintes, ce qui constitue une amélioration comparativement à l'année précédente (45, 7 %).

Une seule plainte a fait l'objet d'un recours en deuxième instance auprès du Protecteur du citoyen.

Les plaintes reçues en cours d'année (58) concernaient principalement les résidences pour personnes âgées (43 %), les services préhospitaliers d'urgence (21 %) et l'Agence (19 %), suivis des organismes communautaires (14 %) et des ressources en toxicomanie ou jeu pathologique (3 %).

Les 60 plaintes conclues cumulaient 153 motifs d'insatisfaction invoqués par les usagers ou leurs représentants, dont 100 ont été retenus pour examen. De ce nombre, 77 motifs ont fait l'objet de 149 mesures correctives, dont 44 en lien avec un engagement de l'organisation visée et 105 recommandations du commissaire régional. Les mesures correctives ont été implantées ou étaient en cours d'implantation, au 31 mars 2011, par l'organisation visée dans une proportion de 97 %.

En 2010-2011, le commissaire régional a reçu 58 signalements de la part de la population ou des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, dont 33 ont fait l'objet d'une intervention auprès de l'organisation visée. Les interventions conclues (33), en 2010-2011, concernaient principalement les résidences pour personnes âgées (91 %), suivies des organismes communautaires (6 %) et des services préhospitaliers d'urgence (3 %).

Les 33 interventions conclues cumulaient 66 motifs d'insatisfaction. Tous les motifs ont été retenus pour examen. De ce nombre, 27 motifs ont fait l'objet de 34 mesures correctives en lien avec un engagement de l'organisation visée (24) ou d'une recommandation du commissaire régional ou de son substitut (10). Les mesures correctives ont toutes été implantées par l'organisation visée par le signalement.

Conformément à son mandat, le bureau du commissaire régional a répondu à 232 demandes d'assistance (soutien à une démarche) et à 17 demandes de consultation (avis) de la part des commissaires locaux, du Protecteur du citoyen et des partenaires du régime d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des suivis.

PARTIE I

**COMMISSAIRES LOCAUX AUX PLAINTES ET
À LA QUALITÉ DES SERVICES ET**

**MÉDECINS EXAMINATEURS
DES ÉTABLISSEMENTS**

INTRODUCTION

Selon l'article 76.12 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le Rapport annuel 2010-2011 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services produit par chacune des agences doit faire état de l'ensemble des rapports soumis par les établissements de la région (voir l'annexe I).

Les commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services et les médecins examinateurs des établissements de la région ont reçu 1 655 nouvelles plaintes, en 2010-2011, formulées par les usagers ou leurs représentants. Les commissaires locaux ont ouvert 275 dossiers d'intervention à la suite d'un signalement d'un usager, d'un citoyen, d'un intervenant ou de leur propre initiative. Ils ont répondu à 1 174 demandes d'assistance d'usagers ou de citoyens. Ils ont également donné leur avis concernant 276 demandes de consultation sur le régime d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services.

Seulement deux CHSLD n'ont déclaré aucune plainte ni aucune intervention et ils n'ont réalisé aucune assistance en 2010-2011 (voir l'annexe I).

Ainsi, les commissaires locaux et les médecins examinateurs des établissements de la région ont ouvert 3 380 nouveaux dossiers, en 2010-2011, dans le Système d'information sur la gestion des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services (SIGPAQS), comparativement à 3 190, en 2009-2010.

RÉPARTITION DES DOSSIERS 2010-2011 3 380				
2010-2011	1 655	275	1 174	276
	Plaintes reçues	Interventions réalisées	Demandes d'assistance	Demandes de consultations
2009-2010	1 579	237	1 140	234
RÉPARTITION DES DOSSIERS 2009-2010 3 190				

1.1 PLAINTES TRAITÉES

En 2010-2011, 1 756 plaintes d'usagers ou de leurs représentants ont été traitées par les commissaires locaux (87 %) et les médecins examinateurs (13 %). De ce nombre, 1 655 avaient été déposées durant l'année 2010-2011 et 101 étaient en cours de traitement au 1^{er} avril 2010. Des 1 756 plaintes traitées en 2010-2011, 1 624 ont été conclues et 132 étaient en cours de traitement, au 31 mars 2011 (voir le tableau 1.1). Sur l'ensemble des plaintes traitées, 40 ont été transférées en deuxième instance.

Les 1 655 plaintes reçues, en 2010-2011, représentent une augmentation de 4,8 % par rapport à l'année précédente (1 579) et de 3,8 % comparativement à 2008-2009. L'augmentation observée, en 2010-2011, est attribuable principalement (+ 58) aux plaintes reçues par les commissaires locaux et, dans une moindre mesure, par les médecins examinateurs (+ 18).

Il y a eu 1 624 plaintes conclues, en 2010-2011, soit 14 de plus que l'année précédente (1 610). Cette augmentation est attribuable exclusivement aux commissaires locaux qui enregistrent une hausse de 30 plaintes conclues, alors que les médecins examinateurs ont 16 plaintes conclues en moins que l'année précédente. Par rapport à 2008-2009, une diminution de 24 plaintes conclues a été enregistrée. L'année 2010-2011 se classe au troisième rang en importance pour les plaintes conclues depuis 2006-2007.

En 2010-2011, 92 % des plaintes totales (1 756) à traiter ont été conclues (1 624) en cours d'année, comparativement à 94 % en 2009-2010 et à 93 % en 2008-2009.

TABLEAU 1.1
Nombre de plaintes* traitées, selon le statut, le responsable et l'année

ANNÉE	EN COURS D'EXAMEN AU DÉBUT DE L'EXERCICE	REÇUES DURANT L'EXERCICE	TOTAL À TRAITER	CONCLUES DURANT L'EXERCICE	EN COURS D'EXAMEN À LA FIN DE L'EXERCICE	TRANSMISES EN DEUXIÈME INSTANCE
COMMISSAIRES LOCAUX						
2010-2011	81	1 443	1 524	1 426	98	32
2009-2010	91	1 385	1 476	1 396	81	27
2008-2009	136	1 366	1 502	1 417	91	25
MÉDECINS EXAMINATEURS						
2010-2011	20	212	232	198	34	8
2009-2010	40	194	234	214	20	25
2008-2009	43	227	270	231	40	30
TOTAL						
2010-2011	101*	1 655	1 756	1 624	132	40
2009-2010	131	1 579	1 710	1 610	100	52
2008-2009	179	1 593	1 772	1 648	131	55

* SIGPAQS inscrit une plainte additionnelle par rapport à la fin de l'exercice 2009-2010 (100)

1.1.1 PLAINTES EN COURS D'EXAMEN AU DÉBUT ET À LA FIN DE L'EXERCICE

Des 101 plaintes en cours d'examen au début de l'exercice financier 2010-2011, 80 % (81) avaient été adressées aux commissaires locaux et 20 % (20) aux médecins examinateurs (voir le tableau 1.1). Chez les commissaires locaux, les plaintes en cours de traitement concernaient principalement les missions centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) (46 %) et des centres locaux de services communautaires (CLSC) (28 %) et dans une plus faible proportion, les autres missions (voir l'annexe II). Chez les médecins examinateurs, les plaintes en cours d'examen concernaient exclusivement deux missions : CHSGS (95 %) et centre hospitalier de soins psychiatriques (CHSP) (5 %) (voir le tableau 1.2).

À la fin de l'exercice financier 2010-2011, les 132 plaintes en cours d'examen se retrouvaient chez les commissaires locaux à 74 % et à 26 % chez les médecins examinateurs (voir le tableau 2.1). Chez les commissaires locaux, les plaintes en cours de traitement concernaient

principalement les missions CHSGS (61 %) et CLSC (24 %) et, dans une plus faible proportion, les autres missions, à l'exception de la mission CRPAT.

Chez les médecins examinateurs, les plaintes en cours d'examen sont concentrées dans presque exclusivement (94 %) de la mission CHSGS (voir le tableau 1.2).

TABEAU 1.2
Nombre et pourcentage de plaintes en cours d'examen
au début et à la fin de l'exercice 2010-2011, selon le responsable et la mission* des établissements

MISSION DES ÉTABLISSEMENTS	COMMISSAIRES LOCAUX				MÉDECINS EXAMINATEURS			
	AU DÉBUT DE L'EXERCICE		À LA FIN DE L'EXERCICE		AU DÉBUT DE L'EXERCICE		À LA FIN DE L'EXERCICE	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
CLSC	23	28 %	23	24 %	0	0 %	1	3 %
CHSGS	37	46 %	60	61 %	19	95 %	32	94 %
CHSP	1	1 %	3	3 %	1	5 %	1	3 %
CHSLD	6	7 %	5	5 %	0	0 %	0	0 %
CPEJ	4	5 %	3	3 %	0	0 %	0	0 %
CRDI-TED	3	4 %	2	2 %	0	0 %	0	0 %
CRPAT	4	5 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
CRDP	3	4 %	2	2 %	0	0 %	0	0 %
TOTAL	81	100 %	98	100 %	20	100 %	34	100 %

* Voir l'annexe II pour la signification des sigles

1.1.2 PLAINTES REÇUES

Les 1 655 plaintes reçues, en 2010-2011, concernaient principalement les CHSGS (65 %), les CLSC (12 %), le CHSP-Institut universitaire en santé mentale de Québec (8 %) et les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) (7 %) (voir le tableau 1.3). Cette situation est semblable aux deux dernières années. Chez les médecins examinateurs, les plaintes reçues portaient principalement sur les CHSGS (88 %), reflétant ainsi la concentration des soins médicaux requis par les usagers.

TABEAU 1.3
Nombre et pourcentage de plaintes reçues en 2010-2011,
selon le responsable et la mission des établissements

MISSION DES ÉTABLISSEMENTS	COMMISSAIRES LOCAUX		MÉDECINS EXAMINATEURS		TOTAL	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
CLSC	195	13 %	11	5 %	206	12,5 %
CHSGS	890	62 %	188	88,5 %	1 078	65 %
CHSP	126	9 %	8	4 %	134	8 %
CHSLD	108	7 %	4	2 %	112	7 %
CPEJ	52	4 %	0	0 %	52	3 %
CRDI-TED	14	1 %	0	0 %	14	1 %
CRPAT	7	0,5 %	0	0 %	7	0,5 %
CRDP	51	3,5 %	1	0,5 %	52	3 %
TOTAL	1 443	100 %	212	100 %	1 655	100 %

1.1.3 PLAINTES CONCLUES

Les 1 624 plaintes conclues avaient été déposées par 1 635 auteurs. Une plainte peut être formulée par plus d'une personne. Ces auteurs étaient les usagers eux-mêmes dans 66 % des cas; 22 % étaient des représentants des usagers et 12 % étaient des tiers (voir le tableau 1.4). Ces derniers auteurs sont plus représentés (12 %) cette année, comparativement aux deux années précédentes : 7 % et 6 %.

En 2010-2011, les plaintes des tiers ont été traitées en plus forte proportion (22 %) par les médecins examinateurs que celles traitées par les commissaires locaux (10 %).

TABLEAU 1.4

Nombre et pourcentage de plaintes conclues, selon le responsable et l'auteur

ANNÉE	USAGER		REPRÉSENTANT		TIERS		TOTAL	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
COMMISSAIRES LOCAUX								
2010-2011	958	67 %	332	23 %	145	10 %	1 435	100 %
2009-2010	977	70 %	329	23 %	99	7 %	1 405	100 %
2008-2009	986	70 %	347	24 %	87	6 %	1 420	100 %
MÉDECINS EXAMINATEURS								
2010-2011	125	62,5 %	30	15 %	45	22,5 %	200	100 %
2009-2010	134	62 %	62	28 %	21	10 %	217	100 %
2008-2009	150	65 %	57	24 %	25	11 %	232	100 %
TOTAL								
2010-2011	1 083	66 %	362	22 %	190	12 %	1 635	100 %
2009-2010	1 111	69 %	391	24 %	120	7 %	1 622	100 %
2008-2009	1 136	69 %	404	25 %	112	6 %	1 652	100 %

Comme l'illustre le tableau 1.5, l'ensemble des missions a totalisé une légère hausse de 14 plaintes conclues, en 2010-2011, comparativement à 2009-2010. Seules deux missions ont connu une baisse de leurs plaintes conclues : CHSP (- 41) et centre jeunesse (CJ) (- 10). Les autres missions ont enregistré une hausse des plaintes conclues, dont la mission CHSGS (+ 24).

TABLEAU 1.5

Nombre de l'ensemble des plaintes conclues, selon l'année et la mission des établissements

ANNÉE	CHSGS	CHSP	CLSC	CHSLD	CJ	CR	TOTAL
2010-2011	1 042	132	205	113	53	79	1 624
2009-2010	1 014	173	196	99	63	65	1 610
2008-2009	1 041	111	252	104	70	70	1 648
2007-2008	919	63	217	105	66	57	1 27

Les 1 624 plaintes conclues, en 2010-2011, concernaient, à l'instar des plaintes reçues, principalement les missions CHSGS (64 %), CLSC (13 %), CHSP-Institut universitaire en santé mentale de Québec (8 %) et CHSLD (7 %) (voir le tableau 1.6). Cette situation est semblable aux années précédentes. Chez les commissaires locaux, les plaintes conclues touchaient l'ensemble des missions, alors que, chez les médecins examinateurs, les plaintes conclues concernaient principalement (88 %) la mission CHSGS (voir le tableau 1.6).

TABLEAU 1.6
Nombre et pourcentage de plaintes conclues en 2010-2011,
selon le responsable et la mission des établissements

MISSION DES ÉTABLISSEMENTS	COMMISSAIRES LOCAUX		MÉDECINS EXAMINATEURS		TOTAL	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
CLSC	195	13 %	10	5 %	205	13 %
CHSGS	867	61 %	175	88,5 %	1 042	64 %
CHSP	124	9 %	8	4 %	132	8 %
CHSLD	109	8 %	4	2 %	113	7 %
CPEJ	53	4 %	0	0 %	53	3,2 %
CRDI-TED	15	1,2 %	0	0 %	15	1 %
CRPAT	11	0,8 %	0	0 %	11	0,6 %
CRDP	52	3 %	1	0,5 %	53	3,2 %
TOTAL	1 426	100 %	198	100 %	1 624	100 %

1.1.4 MOTIFS DES PLAINTES CONCLUES

Les 2 023 motifs de plaintes traités par les commissaires locaux et les médecins examinateurs, en 2010-2011, démontraient une faible diminution de 0,4 % (9) par rapport à l'année antérieure, mais une augmentation de 3 % (67) comparativement à 2008-2009 (voir le tableau 1.7). L'année 2010-2011 se classe au deuxième rang en importance pour le nombre de motifs traités depuis 2006-2007 (premier rang : 2 032).

TABLEAU 1.7
Nombre de motifs pour l'ensemble des plaintes conclues,
selon l'année

ANNÉE	MOTIFS DE PLAINTES	ÉCART
2010-2011	2 023	↓ 0,4 %
2009-2010	2 032	↑ 4 %
2008-2009	1 956	↑ 9 %

Les 1 624 plaintes conclues, en 2010-2011, par les établissements cumulaient 2 023 motifs de plaintes, soit une moyenne de 1,24 motif par plainte, comparativement à 1,26 motif en 2009-2010 et 1,8 motif en 2008-2009. Chez les commissaires locaux, la moyenne de motifs par plainte (1,25) a été plus élevée que celle observée (1,17) chez les médecins examinateurs.

Les 2 023 motifs de plaintes se concentraient, dans une proportion de 88 %, dans quatre catégories : les soins et les services offerts (32 %); l'accessibilité et la continuité des services (23 %); les relations interpersonnelles (22 %) et l'organisation du milieu ou du matériel (11 %). Cette situation est relativement semblable à l'année précédente (89 %) et à l'année 2008-2009 (90 %) où les motifs de plaintes se regroupaient dans ces mêmes catégories (voir le tableau 1.8).

TABLEAU 1.8
Nombre et pourcentage de motifs pour l'ensemble des plaintes conclues,
selon la catégorie des motifs et l'année

CATÉGORIES DES MOTIFS	NOMBRE ET POURCENTAGE DE MOTIFS					
	2010-2011		2009-2010		2008-2009	
Relations interpersonnelles	450	22,2 %	487	24 %	452	23 %
Soins et services offerts	648	32 %	673	33,1 %	528	27 %
Accessibilité et continuité	470	23,2 %	408	20 %	508	26 %
Organisation milieu et matériel	225	11 %	251	12,4 %	271	14 %
Aspect financier	95	5 %	80	4 %	89	4 %
Droits particuliers	130	6,4 %	128	6,3 %	93	5 %
Autres	5	0,2 %	5	0,2 %	15	1 %
TOTAL	2 023	100 %	2 032	100 %	1 956	100 %

Les données du tableau 1.9 font ressortir une concentration plus ou moins forte des motifs de plaintes, selon qu'ils ont été soumis aux commissaires locaux ou aux médecins examinateurs.

En effet, les motifs de plaintes traités par les médecins examinateurs sont concentrés, dans une proportion de 89 %, dans deux catégories : soins et services offerts (58 %) et relations interpersonnelles (31 %). Chez les commissaires locaux, 75 % des motifs de plaintes se retrouvaient dans trois catégories : soins et services offerts (28 %); accessibilité et continuité (26 %) et relations interpersonnelles (21 %). Cette répartition est semblable à l'année 2009-2010.

TABLEAU 1.9
Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes conclues en 2010-
2011, selon le responsable et la catégorie de motifs

CATÉGORIES DE MOTIFS	COMMISSAIRES LOCAUX		MÉDECINS EXAMINATEURS		TOTAL	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Relations interpersonnelles	377	21,1 %	73	31,3 %	450	22,2 %
Soins et services offerts	513	28,7 %	135	58 %	648	32 %
Accessibilité et continuité	461	26 %	9	4 %	470	23,2 %
Organisation milieu et matériel	224	12 %	1	0,4 %	225	11 %
Aspect financier	92	5 %	3	1,3 %	95	5 %
Droits particuliers	120	7 %	10	4,2 %	130	6,4 %
Autres	3	0,2 %	2	0,8 %	5	0,2 %
TOTAL	1 790	100 %	233	100 %	2 023	100 %

Parmi les motifs de plaintes, seulement 14 % (274) n'ont pas été complètement traités par les commissaires locaux et les médecins examinateurs (voir le tableau 1.10). Ce pourcentage représente une légère augmentation par rapport à l'année 2009-2010 (11 %) et 2008-2009 (9 %).

En 2010-2011, la proportion des motifs dont le traitement n'a pas été complété par les médecins examinateurs a été de 18 % (43/233), alors qu'elle a été de 13 % chez les commissaires locaux (231/1 790) (voir le tableau 1.10). Chez les médecins examinateurs, les motifs dont le traitement n'a pas été complété se retrouvaient principalement dans deux catégories : soins et services offerts (56 %) et relations interpersonnelles (28 %). Chez les commissaires locaux, ces mêmes motifs se répartissaient dans l'ensemble des catégories, avec une prédominance dans les catégories soins et services offerts (35 %) et relations interpersonnelles (19 %).

Parmi les motifs de plaintes dont le traitement n'a pas été complété (274), dans 27 % (73) des cas la plainte a été abandonnée par l'utilisateur ou par son représentant; 35 % (97) des motifs ont été rejetés sur examen sommaire et 38 % (104) des usagers ont vu leur traitement refusé ou cessé en cours d'examen (voir le tableau 1.11). Avec une proportion de 40 % (93/231) de motifs refusés ou cessés en cours d'examen, les commissaires locaux se distinguent des médecins examinateurs par le fait qu'ils ont rejeté seulement 26 % (11/43) des motifs de plaintes. Par contre, une plus grande proportion (37 %) des motifs ont été abandonnés par l'utilisateur lorsque le dossier est traité par les médecins examinateurs (16/43), comparativement à 25 % de motifs abandonnés lorsque le dossier de l'utilisateur est traité par les commissaires locaux (57/231).

TABLEAU 1.10

Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes conclues en 2010-2011, selon le responsable, les catégories de motifs et le stade de traitement

CATÉGORIES DE MOTIFS	TRAITEMENT NON COMPLÉTÉ		TRAITEMENT COMPLÉTÉ		TOTAL DES MOTIFS	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
COMMISSAIRES LOCAUX						
Relations interpersonnelles	44	19 %	333	21 %	377	21 %
Soins et services offerts	82	35,5 %	431	28 %	513	29 %
Accessibilité et continuité	35	15 %	426	27,3 %	461	26 %
Organisation milieu et matériel	37	16 %	187	12 %	224	12 %
Aspect financier	8	3,5 %	84	5,4 %	92	5,1 %
Droits particuliers	23	10 %	97	6,2 %	120	6,7 %
Autres	2	1 %	1	0,1 %	3	0,2 %
SOUS-TOTAL	231	100 %	1 559	100 %	1 790	100 %
MÉDECINS EXAMINATEURS						
Relations interpersonnelles	12	28 %	61	32 %	73	31,3 %
Soins et services offerts	24	56 %	111	59 %	135	58 %
Accessibilité et continuité	3	7 %	6	3 %	9	4 %
Organisation milieu et matériel	0	0 %	1	0,5 %	1	0,4 %
Aspect financier	0	0 %	3	1,5 %	3	1,2 %
Droits particuliers	2	4,5 %	8	4 %	10	4,2 %
Autres	2	4,5 %	0	0 %	2	0,9 %
SOUS-TOTAL	43	100 %	190	100 %	233	100 %
TOTAL	274	100 %	1 749	100 %	2 023	100 %

TABLEAU 1.11
Nombre de motifs pour les plaintes conclues en 2010-2011, selon le responsable, les catégories de motifs et les catégories de traitement

CATÉGORIES DE MOTIFS	TRAITEMENT NON COMPLÉTÉ			TRAITEMENT COMPLÉTÉ		TOTAL
	REJETÉ SUR EXAMEN SOMMAIRE	ABANDONNÉ PAR L'USAGER	REFUSÉ ET CESSÉ	SANS MESURE CORRECTIVE	AVEC MESURES CORRECTIVES	
COMMISSAIRES LOCAUX						
Relations interpersonnelles	13	17	14	150	183	377
Soins et services offerts	37	15	30	210	221	513
Accessibilité et continuité	10	12	13	284	142	461
Organisation milieu/matériel	11	5	21	99	88	224
Aspect financier	1	2	5	48	36	92
Droits particuliers	8	6	9	54	43	120
Autres	1	0	1	0	1	3
SOUS-TOTAL	81	57	93	845	714	1 790
	231			1 559		
MÉDECINS EXAMINATEURS						
Relations interpersonnelles	3	7	2	36	25	73
Soins et services offerts	12	7	5	84	27	135
Accessibilité et continuité	0	1	2	4	2	9
Organisation milieu/matériel	0	0	0	0	1	1
Aspect financier	0	0	0	1	2	3
Droits particuliers	0	1	1	3	5	10
Autres	1	0	1	0	0	2
SOUS-TOTAL	16	16	11	128	62	233
	43			190		
TOTAL	97	73	104	973	776	2 023
	274			1 749		

Sur l'ensemble des motifs de plaintes dont le traitement a été complété (1 749), en 2010-2011, par les commissaires locaux et les médecins examinateurs, 56 % (973) ont fait l'objet d'aucune mesure corrective et 44 % (776) ont donné lieu à des mesures correctives (voir le tableau 1.11). Cette répartition est identique à celle des deux dernières années. Dans certains cas, il y a absence de mesures correctives parce que le problème à l'origine de la plainte a été résolu en cours de traitement ou parce que le motif de la plainte n'était pas valable.

Les médecins examinateurs ont enregistré une proportion (67 %) plus élevée de motifs de plaintes (128/190) dont le traitement n'a donné lieu à aucune mesure corrective,

comparativement (54 %) aux commissaires locaux (845/1 559). Cette situation était également observée en 2009-2010.

Parmi les motifs de plaintes dont le traitement a été complété, c'est relativement à l'accessibilité et à la continuité des services (34 %) ainsi qu'aux soins et services offerts (25 %) qu'on trouve les plus fortes proportions de motifs n'ayant entraîné aucune mesure corrective de la part des commissaires locaux, alors que chez les médecins examinateurs (84/128), c'est principalement le motif des soins et des services offerts qui démontre la plus forte proportion de motifs n'ayant entraîné aucune mesure corrective (66 %).

1.1.5 MESURES CORRECTIVES DES PLAINTES CONCLUES

Les commissaires locaux et les médecins examinateurs ont proposé aux organisations concernées 872 mesures correctives ou recommandations pour répondre aux 776 motifs de plaintes ayant justifié de telles mesures. Cela représente un rapport de 1,12 mesure par motif de plaintes. Ce dernier rapport a augmenté comparativement à l'année précédente (1,07) et à l'année 2008-2009 (1,04). Il y a donc une augmentation des mesures correctives depuis les trois dernières années, toute proportion gardée.

1.1.5.1 COMMISSAIRES LOCAUX

Afin d'améliorer la qualité des services, les commissaires locaux ont proposé 804 mesures correctives pour répondre aux 714 motifs d'insatisfaction dont le traitement a mené à des mesures (voir le tableau 1.12). La majorité (52 %) des mesures correctives avait une portée globale, c'est-à-dire qu'elles visaient l'amélioration du service à la clientèle dans son ensemble, alors que 48 % visaient à résoudre un problème propre au plaignant (voir le tableau 1.12). Cette répartition est semblable à l'année précédente.

Les mesures correctives à portée individuelle (416) répondaient à des motifs de plaintes associés aux relations interpersonnelles (38 %), aux soins et aux services offerts (28 %) ainsi qu'à l'accessibilité et à la continuité des soins (14 %). Les mesures proposées pour corriger l'ensemble des problèmes soulevés se concentraient dans deux catégories : l'adaptation des soins et des services aux besoins particuliers des personnes (45 %) et la sensibilisation ou la formation des intervenants (30 %).

Quant aux mesures correctives à portée globale (388), elles avaient pour objectif principal de résoudre des problèmes associés aux soins et aux services offerts (35 %) ainsi qu'à l'accessibilité et à la continuité des soins (26 %) et de résoudre aussi des problèmes liés à l'organisation du milieu (14 %) et aux relations interpersonnelles (13 %). Les mesures proposées pour corriger l'ensemble des problèmes soulevés concernaient principalement (63 %) l'adaptation des soins et des services pour une catégorie d'utilisateurs et l'adaptation des règles et des procédures, tant administratives que cliniques (10 %).

Par ailleurs, les commissaires locaux ont soumis 11 motifs de plaintes aux directions concernées des établissements afin que ces motifs soient examinés et, le cas échéant, que les mesures disciplinaires appropriées soient appliquées chez l'employé concerné par la plainte. En 2009-2010, 12 motifs ont fait l'objet d'une telle référence.

TABLEAU 1.12
Nombre de mesures correctives pour les plaintes conclues
par les commissaires locaux en 2010-2011, selon la catégorie de motifs

CATÉGORIE DES MESURES CORRECTIVES	CATÉGORIE DES MOTIFS							TOTAL	
	RELATIONS INTERPERSONNELLES	SOINS ET SERVICES OFFERTS	ACCESSIBILITÉ ET CONTINUITÉ	ORGANISATION MILIEU ET MATÉRIEL	ASPECT FINANCIER	DROITS PARTICULIERS	AUTRES		
PORTÉE INDIVIDUELLE : 52 % (416)									
MESURES	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	%
Adaptation soins et services	64	80	27	10	2	5	0	188	45 %
Adaptation milieu et matériel	3	3	2	15	1	3	0	27	6,6 %
Ajustement financier	0	1	1	1	23	0	0	26	6 %
Conciliation et médiation	3	2	5	2	3	0	0	15	4 %
Sensibilisation intervenant	79	22	10	7	1	5	0	124	30 %
Obtention services	1	5	15	0	1	0	0	22	5 %
Respect des droits	3	2	0	0	1	2	0	8	2 %
Respect du choix	2	1	0	0	0	0	0	3	0,7 %
Autres	2	1	0	0	0	0	0	3	0,7 %
SOUS-TOTAL	157	117	60	35	32	15	0	416	100 %
PORTÉE GLOBALE : 48 % (388)									
MESURES	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	%
Adaptation soins et services	38	93	71	20	3	18	1	244	63 %
Adaptation milieu et matériel	2	4	7	24	0	1	0	38	10 %
Adoption règles et procédures	5	13	13	5	5	9	0	50	13 %
Ajustement financier	0	0	1	0	0	0	0	1	0,2 %
Communication et promotion	4	9	5	4	4	1	0	27	7 %
Formation et supervision	2	14	5	2	0	1	0	24	6 %
Respect des droits	0	0	0	0	0	3	0	3	0,6 %
Autres	0	1	0	0	0	0	0	1	0,2 %
SOUS-TOTAL	51	134	102	55	12	33	1	388	100 %
TOTAL	208	251	162	90	44	48	1	804	100 %

1.1.5.2 MÉDECINS EXAMINATEURS

Les médecins examinateurs ont proposé 68 mesures correctives pour répondre aux 62 motifs d'insatisfaction dont le traitement a été complété en menant à une mesure corrective (voir le tableau 1.13). Contrairement aux mesures correctives proposées par les commissaires locaux, la très grande majorité (62 %) des mesures correctives des médecins examinateurs était de portée individuelle, alors que 38 % étaient de portée globale. Cette tendance s'observe au fil des ans.

TABLEAU 1.13
Nombre de mesures correctives pour les plaintes conclues
par les médecins examinateurs en 2010-2011, selon la catégorie de motifs

CATÉGORIES DE MESURES CORRECTIVES	CATÉGORIES DE MOTIFS						TOTAL	
	RELATIONS INTERPERSONNELLES	SOINS ET SERVICES OFFERTS	ACCESSIBILITÉ ET CONTINUITÉ	ORGANISATION MILIEU ET MATÉRIEL	ASPECT FINANCIER	DROITS PARTICULIERS		
PORTÉE INDIVIDUELLE : 62 % (42)								
MESURES	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	%
Adaptation soins/services	13	13	0	0	0	2	28	67 %
Conciliation et médiation	2	1	0	0	0	1	4	10 %
Sensibilisation intervenant	3	6	0	0	0	0	9	21 %
Autres	0	0	0	0	0	1	1	2 %
SOUS-TOTAL	18	20	0	0	0	4	42	100 %
À PORTÉE GLOBALE : 38 % (26)								
MESURES	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	%
Adaptation soins/services	6	4	2	1	0	0	13	50 %
Adoption règles/procédures	1	5	0	0	2	0	8	31 %
Communication et promotion	1	2	0	0	0	0	3	11 %
Formation et supervision	0	1	0	0	0	0	1	4 %
Respect des droits	0	0	0	0	0	1	1	4 %
SOUS-TOTAL	8	12	2	1	2	1	26	100 %
TOTAL	26	32	2	1	2	5	68	100 %

Les mesures correctives à portée individuelle (42) visaient principalement à répondre à des motifs de plaintes associés aux soins et aux services offerts (48 %) et aux relations interpersonnelles (43 %). Les mesures proposées pour corriger l'ensemble des problèmes soulevés se concentraient dans deux catégories : l'adaptation des soins et des services offerts aux besoins particuliers des personnes (67 %) et la sensibilisation ou la formation des intervenants (21 %).

Quant aux mesures correctives à portée globale (26), elles avaient pour objectif principal de résoudre des problèmes associés aux soins et aux services pour un groupe d'utilisateurs (46 %) et aux relations interpersonnelles (31 %). Les mesures proposées pour corriger l'ensemble des problèmes soulevés concernaient majoritairement (50 %) l'adaptation des soins et des services offerts pour une catégorie d'utilisateurs, suivie de l'adaptation des règles et des procédures, tant administratives que cliniques (31 %).

1.1.6 DÉLAI DE TRAITEMENT DES PLAINTES CONCLUES

Le délai prévu par la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour transmettre les conclusions du traitement d'une plainte a été fixé à 45 jours.

En 2010-2011, 1 351 des 1 624 plaintes conclues par les établissements, soit 83 %, l'ont été dans les 45 jours demandés par le régime d'examen des plaintes, ce qui représente une amélioration par rapport à l'année précédente (81 %) et à l'année 2009-2010 (77 %). Cette amélioration s'adresse autant aux commissaires locaux qu'aux médecins examinateurs.

Les commissaires locaux ont conclu 1 236 plaintes dans les 45 jours convenus dans une proportion de 86,68 %; 12,48 % des ententes sont survenues entre le 46^e et le 180^e jour, soit le traitement de 178 plaintes, et 0,84 %, soit 12 plaintes, après 181 jours.

Les médecins examinateurs, de leur côté, ont émis leurs conclusions dans un délai de 45 jours dans 58,08 % des cas, c'est-à-dire 115 conclusions; 37,88 %, soit 75 conclusions, ont été transmises entre le 46^e et le 180^e jour et 4,04 %, soit 8 conclusions, après 181 jours (voir le tableau 1.14).

TABEAU 1.14
Nombre et pourcentage de plaintes conclues,
selon le délai de traitement (en jours) en 2010-2011

DÉLAI DE TRAITEMENT	COMMISSAIRES LOCAUX		MÉDECINS EXAMINATEURS	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%
3 jours et moins	363	25,46 %	10	5,05 %
4 à 15 jours	339	23,77 %	24	12,12 %
16 à 30 jours	281	19,71 %	51	25,76 %
31 à 45 jours	253	17,74 %	30	15,15 %
SOUS-TOTAL	1 236	86,68 %	115	58,08 %
46 à 60 jours	76	5,33 %	16	8,08 %
61 à 90 jours	65	4,56 %	22	11,11 %
91 à 180 jours	37	2,59 %	37	18,69 %
181 jours et plus	12	0,84 %	8	4,04 %
SOUS-TOTAL	190	13,32 %	83	41,92 %
TOTAL	1 426	100 %	198	100 %

1.1.7 PLAINTES SOUMISES EN DEUXIÈME INSTANCE

Les dispositions du régime d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité permettent aux citoyens de porter leur plainte en deuxième instance auprès du Protecteur du citoyen, pour une plainte adressée au commissaire local, et au comité de révision de l'établissement, pour une plainte analysée par le médecin examinateur.

En 2010-2011, 40 plaintes ont été transférées en deuxième instance, ce qui représente une diminution importante par rapport aux 52 plaintes de 2009-2010 et aux 55 plaintes de 2008-2009.

PROTECTEUR DU CITOYEN

L'auteur d'une plainte peut la transférer au Protecteur du citoyen lorsque le commissaire local de l'établissement n'a pas transmis ses conclusions dans le délai de 45 jours alloué pour la traiter ou lorsqu'il est en désaccord avec les conclusions ou les recommandations du commissaire.

En 2010-2011, 32 plaintes traitées par les commissaires locaux ont été transférées au Protecteur du citoyen, comparativement à 27 l'année précédente, à 25 en 2008-2009 et à 30 en 2007-2008.

Les 32 plaintes acheminées au Protecteur du citoyen cumulaient 52 motifs d'insatisfaction (voir le tableau 1.15), soit 3 % des motifs pour les 1 559 plaintes conclues par les commissaires. Cette proportion était de 2 % les deux dernières années et de 2,5 % en 2007-2008. Les motifs transférés en deuxième instance se répartissent dans l'ensemble des catégories, avec une prédominance des motifs liés aux soins et services offerts (38 %) et aux relations interpersonnelles (21 %).

TABLEAU 1.15

Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes conclues en 2010-2011 et transmises en deuxième instance, selon le responsable et la catégorie de motifs

CATÉGORIES DE MOTIFS	PROTECTEUR DU CITOYEN		COMITÉ DE RÉVISION		TOTAL	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Relations interpersonnelles	11	21 %	6	38 %	17	25 %
Soins et services offerts	20	38 %	9	56 %	29	43 %
Accessibilité et continuité	4	8 %	0	0 %	4	6 %
Organisation milieu et matériel	3	6 %	0	0 %	3	4 %
Aspect financier	6	12 %	0	0 %	6	9 %
Droits particuliers	8	15 %	1	6 %	9	13 %
Autres	0	0 %	0	0 %	0	0 %
TOTAL	52	100 %	16	100 %	68	100 %

COMITÉ DE RÉVISION DE L'ÉTABLISSEMENT

Dans le cas d'une plainte concernant un médecin, un dentiste ou un pharmacien, si la conclusion du médecin examinateur n'est pas satisfaisante, la personne plaignante dispose de 60 jours pour soumettre sa plainte au comité de révision désigné par le conseil d'administration de l'établissement. Le comité de révision doit rendre une décision motivée et finale dans un délai de 60 jours.

En 2010-2011, 15 plaintes d'usagers ou de leurs représentants ont été traitées par le comité de révision des établissements de la région. De ce nombre, 8 ont été reçues durant l'année 2010-2011 et 7 étaient en cours de traitement au 1^{er} avril 2010. Des 15 plaintes traitées en 2010-2011, 14 ont été conclues et 1 était en cours de traitement au 31 mars 2011 (voir le tableau 1.16).

TABLEAU 1.16
Nombre de plaintes traitées par les comités de révisions, selon le statut et l'année

ANNÉE	EN COURS D'EXAMEN AU DÉBUT DE L'EXERCICE	REÇUES DURANT L'EXERCICE	TOTAL À TRAITER	CONCLUES DURANT L'EXERCICE	EN COURS D'EXAMEN À LA FIN DE L'EXERCICE
2010-2011	7	8	15	14	1
2009-2010	5	22*	27	20	7

À ce nombre, il faut ajouter trois plaintes transférées au comité de révision qui n'ont pas été répertoriées dans SIGPAQS

Parmi les plaintes conclues par le comité de révision des établissements en 2010-2011 (14) concernaient les CHSGS.

Les plaintes transférées au comité de révision des établissements provenaient de huit usagers (57 %) et de 6 représentants de l'utilisateur (43 %).

Des 190 motifs de plaintes conclues par les médecins examinateurs, 16 ont été transférés pour analyse aux comités de révision (voir le tableau 1.15), ce qui représente une proportion de 8 % comparativement à 11 % en 2009-2010 et à 14 % en 2008-2009. Les motifs de plaintes transférés se retrouvaient presque en totalité (94 %) dans deux catégories : soins et services offerts (56 %) et relations interpersonnelles (38 %).

Aucune mesure corrective n'a été formulée par les comités de révision des CHSGS en lien avec les 16 motifs de plaintes des usagers ou de leur représentant, comparativement à deux mesures correctives formulées l'année précédente où l'on retrouvait 28 motifs de plaintes.

Un peu plus d'un tiers des plaintes traitées par le comité de révision des établissements, soit 35 %, l'a été dans les 60 jours demandés par le régime d'examen des plaintes (voir le tableau 1.17), comparativement à 50 % l'année précédente.

TABLEAU 1.17
Nombre et pourcentage de plaintes conclues par les comités de révision, selon le délai de traitement (en jours) et l'année

DÉLAI DE TRAITEMENT	2010-2011		2009-2010	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%
60 jours et moins	5	35,71 %	10	50 %
61 à 90 jours	1	7,14 %	6	30 %
91 à 180 jours	2	14,29 %	1	5 %
181 jours et plus	6	42,86 %	3	15 %
TOTAL	14	100 %	20	100 %

1.2 INTERVENTIONS

La Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2) prévoit, au paragraphe 7 de l'article 66, que le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services « intervient de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits d'une personne ou d'un groupe de personnes ne sont pas respectés ».

En 2010-2011, 289 interventions ont été traitées par les commissaires locaux à la suite d'un signalement d'un usager, de son représentant ou d'une tierce personne. De ce nombre, 275 interventions ont été déposées durant l'année 2010-2011 et 14 étaient en cours de traitement au 1^{er} avril 2010. Des 289 interventions à traiter en 2010-2011, 270 ont été conclues et 19 étaient en cours de traitement au 31 mars 2011 (voir le tableau 1.18).

TABLEAU 1.18
Nombre d'interventions traitées par les commissaires locaux, selon leur statut

ANNÉE	EN COURS D'EXAMEN AU DÉBUT DE L'EXERCICE	EXAMINÉES DURANT L'EXERCICE	TOTAL À TRAITER	CONCLUES DURANT L'EXERCICE	EN COURS D'EXAMEN À LA FIN DE L'EXERCICE
2010-2011	14*	275	289	270	19
2009-2010	23	237	260	145	15
2008-2009	13	163	176	153	23
2007-2008	12	102	111	98	13

* Le SIGPAQS enregistre, en 2010-2011, un écart d'une intervention par rapport aux interventions en cours d'examen à la fin de l'exercice 2009-2010.

Les 275 interventions examinées, en 2010-2011, représentaient une augmentation de 16 %, soit 38 interventions de plus par rapport à l'année précédente qui en comptait 237 et constituaient une augmentation de 69 % comparativement à 2008-2009 où l'on dénombrait 163 interventions. Cette tendance à l'augmentation des interventions est attribuable à une meilleure connaissance du régime d'examen des plaintes de la part des usagers, de leurs représentants et de tierces personnes, qui n'hésitent pas à signaler aux commissaires locaux des situations qu'ils jugent inacceptables de leur point de vue.

1.2.1 INTERVENTIONS CONCLUES

Il y a eu 270 interventions conclues, en 2010-2011, par les commissaires locaux, soit 10 % de plus que l'année précédente où il y avait eu 245 interventions conclues.

Des 270 interventions conclues, 246 (91 %) faisaient suite à un signalement d'un usager, d'un représentant de ce dernier ou d'une tierce personne. De leur propre initiative, les commissaires sont intervenus dans 24 situations (9 %), comparativement à 35 en 2009-2010 (14 %).

Les 246 signalements faits aux commissaires locaux provenaient de 271 auteurs. Un signalement peut être fait par plus d'une personne. Ces auteurs sont principalement de tierces personnes (63,9 %), suivies des représentants des usagers (54 %) et des usagers eux-mêmes (44 %) (voir le tableau 1.19). Cette répartition est relativement semblable à l'année précédente.

TABLEAU 1.19
Nombre et pourcentage d'interventions conclues
par les commissaires locaux, selon l'auteur et l'année

ANNÉE	USAGER		REPRÉSENTANT		TIERS		TOTAL	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
2010-2011	44	16,2 %	54	19,9 %	173	63,9 %	271	100 %
2009-2010	35	14,3 %	40	16,4 %	169	69,3 %	244	100 %

Les 270 interventions conclues, en 2010-2011, concernaient principalement, à l'instar des interventions examinées en cours d'année, les missions CHSGS (49 %), CHSLD (20 %) et CLSC (12 %) (voir le tableau 1.20). La proportion des interventions concernant les CHSLD (20 %) a été plus importante que celle observée par les plaintes conclues par les commissaires locaux (8 %) et les médecins examinateurs (2 %) (voir le tableau 1.6).

TABLEAU 1.20
Nombre d'interventions traitées par les commissaires locaux, selon l'établissement et le statut au 31 mars 2011

MISSION DES ÉTABLISSEMENTS	EN COURS D'EXAMEN AU DÉBUT DE L'EXERCICE	EXAMINÉES DURANT L'EXERCICE		CONCLUES DURANT L'EXERCICE		EN COURS D'EXAMEN À LA FIN DE L'EXERCICE
	NOMBRE	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE
CLSC	4	33	12,0 %	33	12,2 %	4
CHSGS	3	141	51,3 %	134	49,6 %	10
CHSP	2	23	8,4 %	24	8,9 %	1
CHSLD	3	54	19,6 %	56	20,8 %	1
CPEJ	0	8	2,9 %	8	3 %	0
CRDI-TED	1	11	4 %	9	3,3 %	3
CRPAT	0	0	0 %	0	0 %	0
CRDP	1	5	1,8 %	6	2,2 %	0
TOTAL	14	275	100 %	270	100 %	19

1.2.2 MOTIFS DES INTERVENTIONS CONCLUES

Les 270 interventions conclues en 2010-2011 par les commissaires locaux cumulaient 314 motifs d'intervention (voir le tableau 1.21), soit une moyenne de 1,16 motif par intervention, comparativement à 1,24 motif pour les plaintes conclues.

Les 314 motifs d'intervention se distribuaient dans l'ensemble des catégories de motifs, avec une prédominance de trois catégories : soins et services offerts (24 %), relations interpersonnelles (22 %) et accessibilité et continuité des services (21 %). Ces trois derniers motifs cumulaient 67 % des insatisfactions, alors que dans les plaintes conclues, ils représentaient 75 % des motifs de plaintes.

Parmi les motifs nommés par les auteurs des interventions, seulement 4 % (13) n'ont pas été analysés complètement par les commissaires locaux (voir le tableau 1.21), contrairement à 13 % pour ce qui est des plaintes. Les motifs dont l'examen n'a pas été complété se répartissaient dans l'ensemble des catégories. Des 13 motifs d'intervention dont l'examen n'a pas été complété, les commissaires ont cessé le traitement de 9 motifs en cours d'examen; le traitement de 3 motifs a été abandonné par l'utilisateur ou par son représentant et un a été rejeté sur examen sommaire (voir le tableau 1.22).

Sur l'ensemble des 301 motifs d'intervention dont le traitement a été complété en 2010-2011 (voir le tableau 1.22), 49 %, soit 149, ont donné lieu à des mesures correctives, ce qui est légèrement supérieur à la proportion observée (46 %) pour les motifs de plaintes dont le traitement a été complété par les commissaires locaux.

TABLEAU 1.21
Nombre et pourcentage de motifs pour les interventions conclues par les commissaires locaux en 2010-2011, selon la catégorie de motifs et le stade de traitement

CATÉGORIES DE MOTIFS	TRAITEMENT NON COMPLÉTÉ		TRAITEMENT COMPLÉTÉ		TOTAL DES MOTIFS	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Relations interpersonnelles	2	15,4 %	67	22,2 %	69	22 %
Soins et services offerts	2	15,4 %	75	25 %	77	24,5 %
Accessibilité et continuité	3	23,1 %	35	11,6 %	38	12,1 %
Organisation milieu et matériel	1	7,7 %	67	22,2 %	68	21,7 %
Aspect financier	1	7,7 %	11	3,7 %	12	3,8 %
Droits particuliers	3	23 %	43	14,3 %	46	14,6 %
Autres	1	7,7 %	3	1 %	4	1,3 %
TOTAL	13	100 %	301	100 %	314	100 %

TABLEAU 1.22
Nombre de motifs pour les interventions conclues par les commissaires locaux en 2010-2011, selon la
catégorie de motifs et la catégorie de traitement

CATÉGORIES DE MOTIFS	TRAITEMENT NON COMPLÉTÉ			TRAITEMENT COMPLÉTÉ		TOTAL
	REJETÉ SUR EXAMEN SOMMAIRE	ABANDONNÉ PAR L'USAGER	REFUSÉ OU CESSÉ	SANS MESURE CORRECTIVE	AVEC MESURES CORRECTIVES	
Relations interpersonnelles	0	0	2	34	33	69
Soins et services offerts	0	2	0	34	41	77
Accessibilité et continuité	0	0	3	25	10	38
Organisation milieu/matériel	0	1	0	34	33	68
Aspect financier	0	0	1	6	5	12
Droits particuliers	1	0	2	17	26	46
Autres	0	0	1	2	1	4
SOUS-TOTAL	1	3	9	152	149	314
		13		301		

1.2.3 MESURES CORRECTIVES PROPOSÉES

Pour les 149 motifs d'intervention ayant donné lieu à des mesures correctives, les commissaires locaux ont proposé, à l'intention des organisations concernées, 158 mesures correctives ou recommandations (voir le tableau 1.23), soit un rapport de 1,06 mesure par motif d'intervention, comparativement à 1,12 mesure par motif de plaintes.

Par ailleurs, les commissaires locaux ont soumis deux motifs d'intervention aux directions concernées des établissements afin qu'ils soient examinés et, le cas échéant, que soient appliquées, auprès de l'employé concerné, les mesures disciplinaires appropriées. En 2009-2010, quatre motifs ont fait l'objet d'une telle référence.

La majorité des mesures correctives proposées par les commissaires locaux, soit 51 %, était de portée individuelle, c'est-à-dire qu'elles visaient l'amélioration du service en répondant aux besoins particuliers de l'utilisateur, alors que 49 % des mesures concernaient l'ensemble de la clientèle (voir le tableau 1.23). Cette répartition est semblable à celle observée pour les plaintes traitées par les commissaires locaux.

Les 80 mesures correctives à portée individuelle répondaient principalement à des motifs d'intervention associés aux relations interpersonnelles dans 27 cas, aux soins et aux services offerts dans 22 cas et aux droits en particulier dans 13 cas. Les mesures proposées pour corriger l'ensemble des problèmes soulevés se concentraient dans deux catégories : la sensibilisation ou la formation des intervenants (42 %) et l'adaptation des soins et des services aux besoins particuliers des personnes (34 %).

TABLEAU 1.23
Nombre de mesures correctives pour les interventions conclues
par les commissaires locaux en 2010-2011, selon la catégorie de motifs

CATÉGORIES DE MESURES CORRECTIVES	CATÉGORIES DE MOTIFS								TOTAL
	RELATIONS INTERPERSONNELLES	SOINS ET SERVICES OFFERTS	ACCESSIBILITÉ ET CONTINUITÉ	ORGANISATION MILIEU ET MATÉRIEL	ASPECT FINANCIER	DROITS PARTICULIERS	AUTRES		
PORTÉE INDIVIDUELLE : 51 % (80)									
MESURES	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	%
Adaptation soins/services	13	9	1	1	0	3	0	27	34 %
Adaptation milieu/matériel	0	1	0	2	0	1	0	4	5 %
Ajustement financier	0	0	0	0	2	0	0	2	2,5 %
Conciliation et médiation	1	2	0	0	0	1	0	4	5 %
Sensibilisation intervenant	13	6	4	4	1	6	0	34	42,5 %
Obtention services	0	1	0	0	0	0	0	1	1 %
Respect des droits	0	0	0	1	0	2	0	3	4 %
Respect du choix	0	1	0	0	0	0	0	1	1 %
Autres	0	2	0	2	0	0	0	4	5 %
SOUS-TOTAL	27	22	5	10	3	13	0	80	100 %
PORTÉE GLOBALE : 49 % (78)									
MESURES	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	%
Adaptation soins/services	6	15	2	5	1	4	0	33	42,2 %
Adaptation milieu/matériel	1	2	0	9	0	3	0	15	19 %
Adoption règle/procédure	0	3	2	5	1	1	1	13	17 %
Ajustement financier	0	0	0	0	1	0	0	1	1,3 %
Communication/promotion	1	1	1	3	0	5	0	11	14 %
Formation et supervision	0	1	0	1	0	0	0	2	2,6 %
Respect des droits	0	0	0	0	0	2	0	2	2,6 %
Autres	0	0	0	0	0	1	0	1	1,3 %
SOUS-TOTAL	8	22	5	23	3	16	1	78	100 %
TOTAL	35	44	10	33	6	29	1	158	100 %

Quant aux 78 mesures correctives à portée globale, elles avaient pour objectif principal de résoudre des problèmes associés à l'organisation du milieu dans 23 cas, aux soins et aux services dans 22 cas et à la protection des droits dans 16 cas. Les mesures proposées pour corriger l'ensemble des problèmes soulevés visaient principalement l'adaptation des soins et des services (42 %); du milieu (19 %) et des règles et procédures tant administratives que cliniques (17 %).

1.3 DEMANDES D'ASSISTANCE ET DE CONSULTATION

Dans le cadre de leurs fonctions, les commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services sont appelés à répondre à des demandes d'assistance et de consultation provenant de la population, des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux ou d'autres partenaires externes.

Une demande d'assistance est une demande d'aide. Elle exige parfois des démarches de recherche, de suivi et souvent d'accompagnement de la part du commissaire.

En 2010-2011, un suivi a été donné à 1 174 demandes d'assistance par les commissaires locaux des établissements de la région, comparativement à 1 140 en 2009-2010. La très grande majorité de ces demandes, soit 80 %, concernait les soins et les services offerts, et dans 20 % des cas, le demandeur souhaitait de l'aide pour formuler une plainte.

Une consultation est une demande d'information ou une demande d'avis sur un sujet en rapport avec le régime d'examen des plaintes. Elle exige parfois des démarches de recherche et de suivi.

En 2010-2011, un suivi a été donné par les commissaires locaux à 276 demandes de consultation provenant, notamment, d'autres commissaires locaux, du commissaire régional, du Protecteur du citoyen et des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux. En 2009-2010, les commissaires locaux ont répondu à 234 demandes de consultation.

1.4 AUTRES ACTIVITÉS DES COMMISSAIRES LOCAUX

En plus de traiter les plaintes et les interventions et de fournir de l'assistance, le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services a comme fonction de collaborer au développement et à l'organisation des activités liées au régime d'examen des plaintes et aux droits des usagers.

En 2010-2011, 480 activités dites « autres activités du commissaire » ont été enregistrées dans le SIGPAQS, comparativement à 310 l'année précédente. Presque la moitié de ces activités, soit 45 %, était liée à la promotion du régime d'examen des plaintes, suivie en importance par la contribution à l'amélioration du fonctionnement du régime d'examen des plaintes, soit 35 % (voir le tableau 1.24).

TABLEAU 1.24
Nombre et pourcentage des autres activités des commissaires locaux,
selon les catégories d'activités et l'année

CATÉGORIES D'ACTIVITÉS	2010-2011	
	Nombre	%
Promotion et information	217	45,2 %
Communication au conseil d'administration	40	8,3 %
Participation au comité de vigilance et de la qualité	53	11,1 %
Collaboration au fonctionnement du régime d'examen des plaintes	170	35,4 %
TOTAL	480	100 %

PARTIE II

**LE COMMISSAIRE RÉGIONAL AUX PLAINTES
ET À LA QUALITÉ DES SERVICES**

INTRODUCTION

Dans le cadre de ses fonctions, le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services a ouvert 340 nouveaux dossiers, en 2010-2011, dans le SIGPAQS, comparativement à 257 en 2009-2010.

RÉPARTITION DES DOSSIERS 2010-2011 340				
2010-2011	58	33	232	17
	Plaintes reçues	Interventions réalisées	Demandes d'assistance	Demandes de consultations
2009-2010	65	29	147	16
RÉPARTITION DES DOSSIERS 2009-2010 257				

En 2010-2011, le commissaire régional a reçu 58 nouvelles plaintes formulées par les usagers ou leurs représentants. Il est intervenu, assisté par le commissaire substitut, auprès de 33 organisations à la suite d'un signalement d'un usager, d'un citoyen ou d'un intervenant du réseau de la santé et des services sociaux. Il a répondu, en collaboration avec son adjointe administrative et le commissaire substitut, à 232 demandes d'assistance d'usagers ou de citoyens. Il a également répondu à 17 demandes de consultation, principalement de la part des commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services des établissements de la région.

2.1 PLAINTES

En 2010-2011, 95 % des plaintes totales (63) à traiter ont été conclues (60) au cours de l'année, comparativement à 93 % en 2009-2010 et à 78 % en 2008-2009 (voir le tableau 2.1).

Les 58 plaintes reçues, en 2010-2011, représentent une diminution de 11 % (- 7) par rapport aux 65 plaintes de l'année précédente et une augmentation de 38 % (+ 16) comparativement à 2008-2009.

TABLEAU 2.1
Nombre de plaintes traitées, selon l'année et le statut

ANNÉE	EN COURS D'EXAMEN AU DÉBUT DE L'EXERCICE	REÇUES DURANT L'EXERCICE	TOTAL À TRAITER	CONCLUES DURANT L'EXERCICE	EN COURS D'EXAMEN À LA FIN DE L'EXERCICE	TRANSMISES AU PROTECTEUR DU CITOYEN
2010-2011	5	58	63	60	3	1
2009-2010	10	65	75	70	5	3
2008-2009	3	42	45	35	10	3

Il y a eu 60 plaintes conclues en 2010-2011 (voir le tableau 2.1). C'est une diminution de 14 % (- 10) par rapport aux 70 plaintes de l'année précédente et une augmentation de 71 % (+ 25) comparativement aux 35 plaintes conclues en 2008-2009. La diminution des plaintes conclues,

par rapport à 2009-2010, s'explique par la diminution des plaintes (- 5) en cours d'examen au début de l'exercice financier et des plaintes reçues en 2010-2011 (- 7).

Des 60 plaintes conclues, seulement une plainte a été soumise par le plaignant, en deuxième instance, au Protecteur du citoyen; ce qui représente une diminution par rapport aux 3 plaintes conclues lors des années précédentes.

2.1.1 PLAINTES EN COURS D'EXAMEN AU DÉBUT ET À LA FIN DE L'EXERCICE

Le tableau 2.2 montre que les cinq plaintes conclues en cours d'examen, au début de l'exercice financier, concernaient trois secteurs d'activités : les résidences privées pour personnes âgées; les organismes communautaires et l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. Les motifs de ces plaintes se regroupaient dans cinq catégories : organisation du milieu (6); soins et services offerts (5); accessibilité aux services (2); relations interpersonnelles (2) et droits particuliers (1).

À la fin de l'exercice financier 2010-2011, les trois plaintes en cours d'examen concernaient deux secteurs : les résidences privées pour personnes âgées et les services préhospitaliers d'urgence. Les sept motifs de ces plaintes se regroupent dans les catégories suivantes : soins et services offerts (3); organisation du milieu de vie (2); accessibilité des services (1) et relations interpersonnelles (1).

TABLEAU 2.2
Nombre et pourcentage de plaintes en cours d'examen
au début et à la fin de l'exercice 2010-2011, selon l'organisation visée

ORGANISATIONS VISÉES	EN COURS D'EXAMEN AU DÉBUT DE L'EXERCICE		EN COURS D'EXAMEN À LA FIN DE L'EXERCICE	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Résidences privées pour personnes âgées	2	40 %	2	67 %
Organismes communautaires	2	40 %	0	0 %
Ressource en toxicomanie/jeu pathologique	0	0 %	0	0 %
Services préhospitaliers d'urgence	0	0 %	1	33 %
Agence de la Capitale-Nationale	1	20 %	0	0 %
TOTAL	5	100 %	3	100 %

2.1.2 PLAINTES REÇUES

Les plaintes reçues, en 2010-2011, concernaient principalement les résidences privées pour personnes âgées (43 %) et les services préhospitaliers d'urgence (21 %), suivis de l'Agence (19 %), des organismes communautaires (14 %) et des ressources d'hébergement en toxicomanie ou en jeu pathologique (3 %). Ce dernier domaine d'activité est sous la responsabilité du commissaire régional depuis le 1^{er} juillet 2010 (voir le tableau 2.3).

Depuis 2008-2009, on observe une augmentation continue des plaintes concernant les résidences pour personnes âgées (19, 22 et 25). La même tendance est observée pour les plaintes formulées à l'endroit de l'Agence (5, 8 et 11), dont le principal objet d'insatisfaction concerne le fonctionnement du Programme d'évaluation et de coordination des admissions en hébergement (PECA).

Alors que les plaintes concernant les organismes communautaires avaient quadruplé en 2009-2010 par rapport à 2008-2009, elles sont revenues, en 2010-2011, à un nombre relativement semblable, soit de 8 plaintes, à celui enregistré en 2008-2009, qui était de 5, et en 2007-2008, qui était alors de 7.

TABLEAU 2.3
Nombre et pourcentage de plaintes reçues, selon l'organisation visée et l'année

ORGANISATIONS VISÉES	2010-2011		2009-2010		2008-2009	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Résidences privées pour personnes âgées	25	43 %	22	34 %	19	45 %
Organismes communautaires	8	14 %	20	31 %	5	12 %
Ressources en toxicomanie/jeu pathologique	2	3 %	Hors mandat du commissaire			
Services préhospitaliers d'urgence	12	21 %	8	12 %	13	31 %
Agence de la Capitale-Nationale	11	19 %	8	12 %	5	12 %
Autres	0	0 %	7	11 %	0	0 %
TOTAL	58	100 %	65	100 %	42	100 %

2.1.3 PLAINTES CONCLUES

Les 60 plaintes conclues, en 2010-2011, ont été formulées principalement par les usagers des services (53 %), suivis de leur ayant cause ou de leur représentant (42 %). Cette répartition est différente de celle observée, en 2009-2010, où l'on observait 64 % d'usagers auteurs de la plainte, comparativement à 53 % pour la présente année (voir le tableau 2.4).

La répartition des auteurs est grandement influencée par la catégorie d'organisation visée par la plainte. Ainsi, l'utilisateur est généralement l'auteur de la plainte à l'endroit des organismes communautaires et des services préhospitaliers d'urgence alors que c'est plus souvent son représentant qui en est l'auteur quand il s'agit d'une plainte visant les résidences privées pour personnes âgées et le PECA de l'Agence.

TABLEAU 2.4
Nombre et pourcentage de plaintes conclues, selon l'auteur et l'année

ANNÉE	USAGER		REPRÉSENTANT		TIERS		TOTAL	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
2010-2011	32	53 %	25	42 %	3	5 %	60	100 %
2009-2010	45	64 %	19	27 %	6	9 %	70	100 %
2008-2009	13	37 %	18	52 %	4	11 %	35	100 %

Les plaintes conclues concernaient principalement les résidences privées pour personnes âgées (43 %) et les services préhospitaliers d'urgence (21 %), suivis de l'Agence (19 %), des organismes communautaires (14 %) et des ressources d'hébergement en toxicomanie ou en jeu pathologique (voir le tableau 2.5).

Toute proportion gardée, les résidences privées pour personnes âgées sont surreprésentées au regard des motifs de plaintes et des mesures correctives proposées, avec 43 % des plaintes

conclues. En effet, les résidences cumulent plus que la moitié (64 %) des motifs de plaintes et presque les trois-quarts (72 %) des mesures correctives proposées (voir le tableau 2.5). La même tendance était observée lors des trois dernières années.

Les organismes communautaires se distinguent par le rapport mesure corrective et motif de plaintes le plus élevé, soit 1,25 mesure pour 1 motif, suivis des résidences privées pour personnes âgées (1,10), des ressources d'hébergement en toxicomanie ou en jeu pathologique (0.7), des services préhospitaliers d'urgence (0,5) et de l'Agence (0.4). Toute proportion gardée, les motifs des plaintes formulées à l'endroit des organismes communautaires semblent avoir été plus valables que ceux concernant les autres secteurs d'activité.

TABLEAU 2.5
Nombre et pourcentage de plaintes conclues, de motifs de plaintes et de mesures correctives
proposées, selon l'organisation visée en 2010-2011

ORGANISATIONS VISÉES	PLAINTES CONCLUES		MOTIFS DE PLAINTES		MESURES CORRECTIVES	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Résidences privées pour personnes âgées	25	43 %	98	64 %	108	72 %
Organismes communautaires	10	14 %	16	11 %	20	13 %
Ressources en toxicomanie/jeu pathologique	2	3 %	9	5 %	7	5 %
Services préhospitaliers d'urgence	11	21 %	14	9 %	7	5 %
Agence de la Capitale-Nationale	12	19 %	16	11 %	7	5 %
TOTAL	60	100 %	153	100 %	149	100 %

2.1.4 MOTIFS DES PLAINTES CONCLUES

Les 60 plaintes conclues, en 2010-2011, cumulaient 153 motifs d'insatisfaction, comparativement à 125 l'année précédente (voir le tableau 2.6). Toute proportion gardée, le rapport du nombre de motifs d'insatisfaction par plainte conclue a presque doublé : il est passé de 1.4 à 2.6 entre 2008-2009 et 2010-2011.

Les motifs d'insatisfaction à l'origine des plaintes conclues (voir le tableau 2.5) concernaient principalement les résidences privées pour personnes âgées (64 %), les organismes communautaires (11 %) et l'Agence (11 %).

Les 153 motifs de plaintes se concentraient, dans une proportion de 91 %, dans 4 catégories : l'organisation du milieu et du matériel (39 %); les soins et les services offerts (23 %); les relations interpersonnelles (17 %) et l'accessibilité et la continuité des services (12 %). Cette situation est semblable aux années précédentes, où 96 % et 89 % des motifs de plaintes se regroupaient dans ces mêmes catégories en 2008-2009 et en 2009-2010 (voir le tableau 2.6).

TABLEAU 2.6
Nombre et pourcentage de motifs* pour les plaintes conclues,
selon les catégories et l'année

CATÉGORIES DE MOTIFS	2010-2011		2009-2010		2008-2009	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Relations interpersonnelles	26	17 %	24	19 %	7	14 %
Soins et services offerts	35	23 %	32	26 %	14	29 %
Accessibilité et continuité	18	12 %	14	11 %	14	29 %
Organisation milieu/matériel	60	39 %	41	33 %	12	24 %
Aspect financier	5	3 %	5	4 %	0	0
Droits particuliers	9	6 %	8	6 %	2	4 %
Autres objets de plaintes	0	0 %	1	1 %	0	0 %
TOTAL	153	100 %	125	100 %	49	100 %
RAPPORT NOMBRE DE PLAINTES/MOTIFS	2.6		1.8		1.4	

*Pour une présentation détaillée des motifs de plaintes, voir l'annexe V.

Les données du tableau 2.7 font ressortir la prédominance d'un motif de plaintes à l'endroit de chaque type d'organisation. Par exemple, l'usager porte plainte dans 54 % des cas à l'endroit des résidences privées pour personnes âgées parce qu'il est principalement insatisfait de l'organisation du milieu de vie et des ressources matérielles. L'utilisateur des ressources d'hébergement en toxicomanie ou en jeu pathologique porte plainte, dans une proportion relativement importante, soit 45 %, pour résoudre un problème en lien avec les relations interpersonnelles. Quand il s'agit des services préhospitaliers d'urgence, c'est principalement l'accessibilité des services, soit 36 %, qui est la source des insatisfactions. Les motifs des plaintes adressées à l'Agence concernent principalement, dans 56 % des cas, l'accessibilité au CHSLD. Enfin, l'utilisateur des organismes communautaires signale, dans une proportion égale, soit 31 %, des problèmes de nature relationnelle et d'autres reliés aux soins et aux services qu'il a reçus.

TABLEAU 2.7
Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes conclues,
selon les catégories de motifs et l'organisation visée en 2010-2011

CATÉGORIES DE MOTIFS	RÉSIDENCES PERSONNES ÂGÉES		ORGANISMES COMMU- NAUTAIRES		RESSOURCE EN TOXICOMANIE OU EN JEU PATHOLOGIQUE		SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE		AGENCE	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Relations interpersonnelles	15	15 %	5	31 %	4	45 %	2	14 %	0	0 %
Soins et services offerts	21	22 %	5	31 %	2	22 %	4	29 %	3	18 %
Accessibilité et continuité	2	2 %	2	13 %	0	0 %	5	36 %	9	56 %
Organisation milieu/matériel	53	54 %	2	13 %	2	22 %	1	7 %	2	13 %
Aspect financier	1	1 %	1	6 %	1	11 %	2	14 %	0	0 %
Droits particuliers	6	6 %	1	6 %	0	0 %	0	0 %	2	13 %
TOTAL	98	100 %	16	100 %	9	100 %	14	100 %	16	100 %

Le traitement de 10 motifs (7 %) sur 153 motifs nommés n'a pas été terminé (voir le tableau 2.8), comparativement à 20 % (25) l'année précédente. C'est dans le secteur des organismes communautaires que l'on a observé la plus forte proportion (19 %) de motifs dont l'examen n'a pas été terminé, suivi de l'Agence (12 %). Parmi ces 10 motifs, deux ont été rejetés sur examen sommaire et le traitement de huit d'entre eux a été cessé ou refusé par le commissaire régional. Les 10 motifs dont l'examen n'a pas été terminé étaient compris dans six plaintes conclues.

Il y a donc 93 %, soit 143, des motifs nommés qui ont fait l'objet d'un traitement complet par le commissaire, ce qui représente une augmentation de 80 % par rapport à l'année précédente et de 65 % à l'année 2008-2009. Ces 143 motifs étaient compris dans 56 plaintes conclues.

Parmi les 143 motifs de plaintes complètement traités, la majorité (54 %) a donné lieu à des mesures correctives (voir le tableau 2.9). Dans 66 cas, il y a eu absence de mesures correctives parce que le problème à l'origine de la plainte a été résolu en cours de traitement ou le résultat de l'examen a démontré que le motif n'était pas recevable. Ce portrait est semblable à l'année précédente.

TABLEAU 2.8

Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes conclues, selon le stade de traitement et l'organisation visée en 2010-2011

ORGANISATIONS VISÉES	TRAITEMENT NON TERMINÉ		TRAITEMENT TERMINÉ		TOTAL DES MOTIFS	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Résidences privées pour personnes âgées	5	5 %	93	95 %	98	100 %
Organismes communautaires	3	19 %	13	81 %	16	100 %
Ressources en toxicomanie/jeu pathologique	0	0 %	9	100 %	9	100 %
Services préhospitaliers d'urgence	0	0 %	14	100 %	14	100 %
Agence de la Capitale-Nationale	2	12 %	14	88 %	16	100 %
TOTAL	10	7 %	143	93 %	153	100 %

TABLEAU 2.9

Nombre de motifs pour les plaintes conclues, selon les catégories de motifs et les catégories de traitement en 2010-2011

CATÉGORIES DE MOTIFS	TRAITEMENT NON TERMINÉ			TRAITEMENT TERMINÉ		TOTAL
	REJETÉ SUR EXAMEN SOMMAIRE	ABANDONNÉ PAR L'USAGER	REFUSÉ OU CESSÉ	SANS MESURE CORRECTIVE	AVEC MESURES CORRECTIVES	
Relations interpersonnelles	0	0	2	6	18	26
Soins et services offerts	0	0	0	13	22	35
Accessibilité ou continuité	0	0	1	11	6	18
Organisation milieu/matériel	2	0	3	28	27	60
Aspect financier	0	0	2	3	0	5
Droits particuliers	0	0	0	5	4	9
Autres objets de plaintes	0	0	0	0	0	0
TOTAL	2	0	8	66	77	153
	10			143		

2.1.5 MESURES CORRECTIVES PROPOSÉES

Des 60 plaintes conclues, 62 % (37) comprenaient des motifs ayant engendré des mesures correctives, comparativement à 54 % (38) l'année précédente et à nombre (25 %) en 2008-2009.

Afin d'améliorer la qualité des services, 149 mesures correctives ont été proposées pour répondre aux 77 motifs d'insatisfaction formulés par les usagers ou leur représentant (voir le tableau 2.10). Toute proportion gardée, le rapport du nombre de mesures correctives par motif d'insatisfaction des plaintes conclues est passé de 1,7 à 1,9 entre 2009-2010 et 2010-2011.

TABLEAU 2.10
Nombre de mesures correctives proposées pour les plaintes conclues,
selon les catégories de motifs en 2010-2011

CATÉGORIES DE MESURES CORRECTIVES	CATÉGORIES DE MOTIFS						TOTAL	
	RELATIONS INTERPERSONNELLES	SOINS ET SERVICES	ACCESSIBILITÉ ET CONTINUITÉ	ORGANISATION DU MILIEU	ASPECT FINANCIER	DROITS PARTICULIERS		
PORTÉE INDIVIDUELLE : 15 % (23)								
MESURES	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	%
Adaptation soins/services	2	4	0	0	0	0	6	26 %
Conciliation et médiation	1	1	1	0	0	0	3	13 %
Sensibilisation intervenant	6	2	2	1	0	0	11	48 %
Obtention services	0	1	0	0	0	0	1	4 %
Respect des droits	0	0	0	1	0	0	1	4 %
Ajustement financier	0	0	0	1	0	0	1	4 %
SOUS-TOTAL	9	8	3	3	0	0	23	100 %
PORTÉE GLOBALE : 85 % (126)								
MESURES	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE	%
Adaptation soins/services	4	6	2	10	0	1	23	18,2 %
Adaptation milieu/matériel	0	1	0	14	0	0	15	12 %
Révision règles/procédures	8	27	3	11	0	2	51	41 %
Communication/promotion	7	3	0	6	0	1	17	13 %
Formation/supervision	5	6	0	6	0	2	19	15 %
Respect des droits	1	0	0	0	0	0	1	0,8 %
SOUS-TOTAL	25	43	5	47	0	6	126	100 %
TOTAL	34	51	8	50	0	6	149	

La très grande majorité (85 %) des mesures correctives était de portée globale, c'est-à-dire qu'elles visaient l'amélioration du service à la clientèle dans son ensemble alors que 15 %

visaient à résoudre un problème propre au plaignant (voir le tableau 2.10). On constate une augmentation des mesures à portée globale comparativement à l'année précédente où 69 % des mesures se situaient dans cette dernière catégorie.

Les mesures correctives à portée individuelle (23) visaient principalement à résoudre des problèmes associés aux relations interpersonnelles (9) et aux soins et aux services offerts (8). Les mesures proposées pour corriger l'ensemble des problèmes dénoncés consistaient à sensibiliser ou à former les intervenants (48), à adapter les soins et les services aux besoins particuliers des personnes (26) et à faire de la conciliation ou de la médiation (13) entre les parties.

Les mesures correctives à portée globale (126) ont eu pour objectif principal de résoudre des problèmes associés à l'organisation du milieu (37 %) et aux soins et aux services offerts (34 %), suivis des relations interpersonnelles (20 %), des droits (5 %) et de l'accessibilité/continuité (4 %). Les mesures proposées pour corriger l'ensemble des problèmes soulevés (126) ont concerné principalement (41 %) la révision des règles et des procédures tant administratives que cliniques, l'adaptation des soins et des services offerts (18 %), la formation ou la supervision du personnel (15 %), l'amélioration des processus de communication (13 %) et l'adaptation du milieu (12 %).

2.1.6 SUIVI DE L'APPLICATION DES MESURES CORRECTIVES

Les mesures correctives proposées pour améliorer la qualité des services offerts aux usagers se répartissent en deux catégories : les engagements pris par l'organisation visée lors de l'examen de la plainte et les recommandations formulées par le commissaire régional.

Parmi les 149 mesures correctives proposées à l'intérieur des lettres de conclusion adressées aux plaignants, on trouve 44 engagements (30 %) pris par les organisations visées et 105 recommandations formulées par le commissaire (70 %) afin de résoudre les problèmes dénoncés par les plaignants (voir le tableau 2.11). Cette répartition est relativement semblable à celle de l'année précédente où l'on retrouvait 33 % des engagements et 67 % de recommandations.

TABLEAU 2.11

Nombre et pourcentage de mesures correctives des plaintes, selon la catégorie de mesure et le statut pour l'année 2010-2011

MESURES CORRECTIVES	IMPLANTÉES		EN COURS		REFUS		TOTAL	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Engagement	42	95 %	2	5 %	---	---	44	100 %
Recommandation	57	54 %	43	41 %	5	5 %	105	100 %
TOTAL	99	67 %	45	30 %	5	3 %	149	100 %

Globalement, 67 % (99) des mesures correctives proposées avaient été implantées et 30 % (45) étaient en cours d'implantation au 31 mars 2011. Ces dernières mesures concernent 9 plaintes. Rien ne laisse croire, pour l'instant, qu'elles ne seront pas implantées à leur échéance. Ces pourcentages relativement importants illustrent l'excellente collaboration des organisations visées par le régime d'examen des plaintes.

Les 5 recommandations qui ont fait l'objet d'un refus concernent une plainte à l'endroit d'une résidence privée pour personnes âgées. La Direction des programmes clientèles de l'Agence a été informée de la situation et un suivi est en cours auprès de cette résidence pour s'assurer que l'ensemble des critères de certification sont respectés.

2.1.7 DÉLAI DE TRAITEMENT DES PLAINTES CONCLUES

Le délai prévu par la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour communiquer au plaignant les conclusions de l'examen de sa plainte a été fixé à 45 jours.

Toutefois, certaines circonstances peuvent entraîner des délais supplémentaires pour conclure l'examen du dossier. Selon le Règlement sur la procédure d'examen des plaintes de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, le commissaire régional est autorisé dans ce cas à conclure une entente avec le plaignant afin de prolonger le délai pour permettre une étude plus exhaustive de tous les éléments soumis. Le plaignant peut alors accepter ou refuser de prolonger le délai. Dans tous les cas, le retard ouvre la voie à un recours au Protecteur du citoyen.

En 2010-2011, 79,99 % des plaintes (48) ont été traitées dans les 45 jours demandés par le régime d'examen des plaintes (voir le tableau 2.12), ce qui représente une amélioration par rapport à l'année précédente (45,72 %) et à 2008-2009 (36 %). En ce qui concerne les 12 plaintes pour lesquelles le délai légal de traitement n'a pas été respecté, les plaignants ont tous accepté de prolonger la période d'examen.

TABLEAU 2.12

Nombre et pourcentage de plaintes conclues,
selon le délai de traitement (en jours) et l'année

DÉLAI DE TRAITEMENT	2010-2011		2009-2010	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%
3 jours et moins	2	3,33 %	3	4,29 %
4 à 15 jours	5	8,33 %	9	12,86 %
16 à 30 jours	11	18,33 %	8	11,43 %
31 à 45 jours	30	50 %	12	17,14 %
SOUS-TOTAL	48	79,99 %	32	45,72 %
46 à 60 jours	4	6,67 %	4	5,71 %
61 à 90 jours	5	8,33 %	13	18,57 %
91 à 180 jours	3	5 %	20	28,57 %
181 jours et plus	0	0 %	1	1,43 %
SOUS-TOTAL	12	20 %	38	54,28 %
TOTAL	60	100 %	70	100 %

C'est dans le secteur des résidences privées pour personnes âgées que l'on a enregistré la plus faible proportion, soit 68 %, de plaintes conclues à l'intérieur du délai légal de 45 jours (voir le tableau 2.13). La complexité de la collecte d'information et de la résolution des problèmes dans ce secteur explique cet écart par rapport aux secteurs des organismes communautaires et de l'Agence.

TABLEAU 2.13

Nombre et pourcentage de plaintes conclues en 45 jours et moins, selon l'organisation et l'année

ORGANISATIONS VISÉES	2010-2011		2009-2010	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Résidences privées pour personnes âgées	17	68 %	8	33 %
Organismes communautaires	10	100 %	8	44 %
Ressources en toxicomanie/jeu pathologique	1	50 %	Hors mandat	
Services préhospitaliers d'urgence	9	82 %	3	25 %
Agence de la Capitale-Nationale	11	92 %	6	63 %
Autres (hors mandat)	0	0 %	7	100 %
TOTAL	48	79,99 %	32	45,72 %

2.1.8 RECOURS AU PROTECTEUR DU CITOYEN

Comme il a été dit précédemment, le défaut de communiquer au plaignant les conclusions de l'examen de sa plainte dans un délai de 45 jours ouvre la voie au recours auprès du Protecteur du citoyen. En 2010-2011, aucun plaignant n'a choisi d'acheminer sa plainte au bureau du Protecteur du citoyen pour qu'elle y soit examinée en première instance, comme pour l'année précédente.

Les personnes qui sont en désaccord avec les conclusions ou avec les recommandations du commissaire régional à la suite de l'examen de leur plainte peuvent s'adresser au Protecteur du citoyen en deuxième instance.

Des 60 plaintes conclues, seulement une a été soumise par le plaignant, en deuxième instance, au Protecteur du citoyen. Ce nombre est inférieur à celui de l'année précédente qui était de 3.

La plainte traitée en deuxième instance concernait un organisme communautaire. Les deux motifs d'insatisfaction nommés par le plaignant se regroupent dans deux catégories : accessibilité aux services et relations interpersonnelles.

Après analyse en deuxième instance de la plainte, le Protecteur du citoyen est arrivé aux mêmes conclusions que le commissaire régional.

2.2 SIGNALEMENTS ET INTERVENTIONS

La Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2) prévoit, au paragraphe 7 de l'article 66, que le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services « intervient de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits d'une personne ou d'un groupe de personnes ne sont pas respectés ».

Il y a eu 58 signalements au commissaire en 2010-2011, c'est-à-dire que des usagers, leur représentant ou de tierces personnes (ex. : citoyen, employé) lui ont signalé une situation jugée inacceptable. Le nombre de signalements reçus cette année représente une augmentation de 65 % par rapport à l'année précédente (35). Cette augmentation est attribuable probablement à une meilleure connaissance du régime d'examen des plaintes.

Les 58 signalements ont tous été vérifiés soit par le commissaire (32 %), soit par son substitut (68 %). Après examen et validation des faits portés à sa connaissance, le commissaire ou son substitut ont décidé d'intervenir auprès des organisations dans 27 situations, soit pour 47 % des signalements.

Pour les 31 autres signalements, 6 d'entre eux étaient en analyse au 31 mars 2011, 2 ont fait l'objet d'une intervention d'un CSSS, 2 autres ont été traités à l'intérieur d'une même intervention du commissaire, 3 ont été résolus en cours d'analyse, 4 ont fait l'objet d'abandon de la part du signalant, 3 ont été intégrés dans les plaintes traitées et 11 signalements ont été fermés parce qu'il n'y avait pas de motifs raisonnables de croire que les droits d'une personne ou d'un groupe de personnes n'étaient pas respectés.

2.2.1 INTERVENTIONS TRAITÉES

En 2010-2011, 33 interventions ont été conclues en cours d'année par le commissaire ou son substitut, comparativement à 30 en 2009-2010 (voir le tableau 2.14).

TABLEAU 2.14
Nombre d'interventions traitées, selon leur statut et l'année

ANNÉE	EN COURS D'EXAMEN AU DÉBUT DE L'EXERCICE	EXAMINÉES DURANT L'EXERCICE	TOTAL À TRAITER	CONCLUES DURANT L'EXERCICE	EN COURS D'EXAMEN À LA FIN DE L'EXERCICE
2010-2011	6	27	33	33	0
2009-2010	0	30	30	24	6

Presque les trois-quarts des 33 interventions conclues en 2010-2011 reposaient sur des faits allégués par une tierce personne, soit un citoyen, un employé de l'organisation visée ou un intervenant du réseau de la santé et des services sociaux (voir le tableau 2.15). Cette situation est similaire à l'année précédente. Soulignons qu'une intervention a reposé sur des constats réalisés par le commissaire.

TABLEAU 2.15
Nombre et pourcentage d'interventions conclues, selon l'auteur

ANNÉE	USAGER		REPRÉSENTANT		TIERS		TOTAL	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
2010-2011	5	15 %	4	12 %	24	73 %	33	100 %
2009-2010	3	12,5 %	3	12,5 %	18	75 %	24	100 %

Presque la totalité (91 %) des interventions conclues (33), en 2010-2011, concernait les résidences privées pour personnes âgées (voir le tableau 2.16). La surreprésentation des résidences privées pour personnes âgées pour ce qui est des interventions conclues était également observée en 2009-2010. En fait, les résidences privées sont surreprésentées au regard des motifs d'intervention (95 %) et des mesures correctives proposées (94 %). La même situation était observée pour les plaintes conclues.

TABLEAU 2.16
Nombre et pourcentage d'interventions conclues, de motifs de plaintes et de mesures correctives proposées, selon l'organisation visée en 2010-2011

ORGANISATIONS VISÉES	INTERVENTIONS CONCLUES		MOTIFS DES INTERVENTIONS		MESURES CORRECTIVES	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Résidences privées pour personnes âgées	30	91 %	63	95,5 %	32	94 %
Organismes communautaires	2	6 %	2	3 %	2	6 %
Services préhospitaliers d'urgence	1	3 %	1	1,5 %	0	0 %
TOTAL	33	100 %	66	100 %	34	100 %

2.2.2 MOTIFS DES INTERVENTIONS CONCLUES

Les 33 interventions conclues, en 2010-2011, concernaient 66 motifs d'insatisfaction (voir le tableau 2.17), ce qui représente 2 motifs par intervention, comparativement à 1,4 motif en 2009-2010.

Les motifs d'intervention se concentraient, dans une proportion de 95 %, dans trois catégories : l'organisation du milieu et du matériel (45 %); les soins et les services offerts (33 %) et les relations interpersonnelles (17 %). Cette répartition reflète les motifs d'insatisfaction formulés à l'endroit des résidences privées pour personnes âgées. Comparativement à 2009-2010, cette présente année financière se distingue par une plus forte concentration des motifs en lien avec l'organisation du milieu et des ressources matérielles (voir le tableau 2.17).

TABLEAU 2.17
Nombre et pourcentage de motifs pour les interventions conclues,
selon les catégories de motifs et l'année

CATÉGORIES DE MOTIFS*	2010-2011		2009-2010	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Relations interpersonnelles	11	17 %	10	26 %
Soins et services offerts	22	33 %	11	28 %
Accessibilité et continuité	2	3 %	2	5 %
Organisation milieu/matériel	30	45 %	14	36 %
Aspect financier	1	2 %	2	5 %
Droits particuliers	0	0 %	0	0 %
TOTAL	66	100 %	39	100 %

* Pour une présentation détaillée des motifs d'intervention, voir l'annexe V

Des 66 motifs d'intervention nommés, la totalité a fait l'objet d'un traitement complet par le commissaire ou son substitut (voir le tableau 2.18).

Contrairement aux plaignants, qui ont nommé en moyenne 2,6 motifs d'insatisfaction par plainte conclue, les personnes qui ont fait des signalements ont eu tendance à se concentrer sur un nombre plus restreint de motifs, soit une moyenne de 2 motifs par signalement retenu.

Parmi les 66 motifs d'interventions (voir le tableau 2.18), 41 % d'entre eux ont donné lieu à des mesures correctives (27). Dans 39 cas, il y a eu absence de mesures correctives parce que le problème à l'origine du signalement a été résolu en cours de traitement ou le résultat de l'examen a démontré que le motif n'était pas valable.

TABLEAU 2.18
Nombre de motifs pour les interventions conclues, selon les catégories de motifs et les catégories de traitement en 2010-2011

CATÉGORIES DE MOTIFS	TRAITEMENT NON TERMINÉ			TRAITEMENT TERMINÉ		TOTAL
	REJETÉ SUR EXAMEN SOMMAIRE	ABANDONNÉ PAR LE SIGNALANT	REFUSÉ OU CESSÉ	SANS MESURE CORRECTIVE	AVEC MESURES CORRECTIVES	
Relations interpersonnelles	0	0	0	9	2	11
Soins et services	0	0	0	12	10	22
Accessibilité/continuité	0	0	0	1	1	2
Organisation milieu/matériel	0	0	0	17	13	30
Aspect financier	0	0	0	0	1	1
Droits particuliers	0	0	0	0	0	0
Autres objets de signalement	0	0	0	0	0	0
SOUS-TOTAL	0	0	0	39	27	66
TOTAL	0			66		

2.2.3 MESURES CORRECTIVES PROPOSÉES

Afin d'améliorer la qualité des services, 34 mesures correctives ont été proposées pour répondre aux motifs d'intervention; 18 % de ces mesures étaient à portée individuelle et 82 % à portée globale (voir le tableau 2.19).

Les mesures correctives à portée individuelle (6) ont visé principalement à résoudre des problèmes associés aux soins et aux services (4). Les mesures proposées pour corriger les problèmes soulevés concernaient majoritairement (50 %) l'adaptation des soins et des services aux besoins particuliers d'une personne.

TABLEAU 2.19
Nombre de mesures correctives pour les interventions conclues,
selon les catégories de motifs en 2010-2011

CATÉGORIES DE MESURES CORRECTIVES	CATÉGORIES DE MOTIFS						TOTAL	
	RELATIONS INTERPERSONNELLES	SOINS ET SERVICES	ACCESSIBILITÉ ET CONTINUITÉ	ORGANISATION MILIEU/MATÉRIEL	ASPECT FINANCIER	DROITS PARTICULIERS		
PORTÉE INDIVIDUELLE : 18 % (6)								
MESURES	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	%
Adaptation soins/services	0	3	0	0	0	0	3	50 %
Adaptation milieu/matériel	0	0	0	0	0	0	0	0 %
Conciliation/médiation	0	1	0	0	0	0	1	16,6 %
Obtention services	0	0	1	0	0	0	1	16,6 %
Ajustement financier	0	0	0	0	1	0	1	16,6 %
SOUS-TOTAL	0	4	1	0	1	0	6	100 %
PORTÉE GLOBALE : 82 % (28)								
MESURES	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	%
Adaptation soins/services	0	2	0	2	0	0	4	14 %
Adaptation milieu/matériel	0	0	0	11	0	0	11	40 %
Révision règles/procédures	2	6	0	1	0	0	9	32 %
Communication/promotion	0	2	0	0	0	0	2	7 %
Formation/supervision	0	2	0	0	0	0	2	7 %
SOUS-TOTAL	2	12	0	14	0	0	28	100 %
TOTAL	2	16	1	14	1	0	34	

Les mesures correctives à portée globale (28) ont eu pour objectif principal de résoudre des problèmes associés à l'organisation du milieu (14) ainsi qu'aux soins et aux services offerts (12). Les mesures proposées pour corriger l'ensemble des problèmes soulevés concernaient principalement l'adaptation du milieu (40 %), la révision des règles et des procédures, tant administratives que cliniques (32 %), et l'adaptation des soins et des services (14 %).

2.2.4 SUIVI DE L'APPLICATION DES MESURES CORRECTIVES

Les mesures correctives proposées pour améliorer la qualité des services aux usagers se répartissent en deux catégories : les engagements pris par l'organisation visée lors de l'intervention et les recommandations formulées par le commissaire régional ou son substitut.

Parmi les 34 mesures correctives, on trouve 24 engagements (71 %) pris par les organisations visées et 10 recommandations formulées par le commissaire (28 %) afin de résoudre les problèmes signalés (voir le tableau 2.22). Le processus d'intervention se distingue par une proportion plus importante d'engagements pris par l'organisation visée (71 %), comparativement au processus de traitement d'une plainte (30 %).

Globalement, 85 % (29) des mesures correctives proposées ont été implantées ou étaient en cours d'implantation au 31 mars 2011. La totalité (24) des engagements pris par les organisations visées a été respectée. La moitié (5) des recommandations du commissaire ou de son substitut a été respectée et rien ne laisse croire, pour l'instant, que les autres recommandations concernant une intervention ne seront pas implantées à leur échéance.

TABLEAU 2.20

Nombre et pourcentage de mesures correctives des interventions, selon la catégorie de mesure et le statut pour l'année 2010-2011

MESURES CORRECTIVES	IMPLANTÉES		EN COURS		REFUS		TOTAL	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Engagement	24	100 %	0	0 %	---	---	24	100 %
Recommandation	5	50 %	5	50 %	0	0 %	10	100 %
TOTAL	29	85 %	5	15 %	0	0 %	34	100 %

2.2.5 DÉLAI DE TRAITEMENT DES INTERVENTIONS

La Loi sur les services de santé et les services sociaux ne prévoit pas, comme elle le fait pour les plaintes, de délai souhaitable pour conclure une intervention à la suite d'un signalement d'un usager, de son représentant ou d'une tierce personne.

En 2010-2011, 58 % des interventions (19) ont été conclues dans les 45 jours et moins, comparativement à 54 % l'année précédente (voir le tableau 2.21). La totalité (14) des interventions qui ont nécessité plus de 45 jours avant leur conclusion concernait le secteur des résidences privées pour personnes âgées.

TABLEAU 2.21
**Nombre et pourcentage d'interventions conclues,
selon le délai de traitement (en jours) et l'année**

DÉLAI DE TRAITEMENT	2010-2011		2009-2010	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%
3 jours et moins	6	19 %	1	4 %
4 à 15 jours	5	15 %	6	25 %
16 à 30 jours	5	15 %	5	21 %
31 à 45 jours	3	9 %	1	4 %
SOUS-TOTAL	19	58 %	13	54 %
46 à 60 jours	1	3 %	2	8 %
61 à 90 jours	6	18 %	1	4 %
91 à 180 jours	2	6 %	8	34 %
181 jours et plus	5	15 %	0	0 %
SOUS-TOTAL	14	42 %	11	46 %
TOTAL	33	100 %	24	100 %

2.3 CONSTATS PAR ORGANISATION VISÉE : PLAINTES ET INTERVENTIONS

2.3.1 RÉSIDENCES PRIVÉES POUR PERSONNES ÂGÉES

Les résidences privées pour personnes âgées étaient au nombre de 176 dans la région de la Capitale-Nationale, en date du 30 novembre 2010, ce qui représente une diminution par rapport à l'année précédente (192). On constate toutefois un plus grand nombre d'unités locatives (11 441) comparativement à l'année précédente (9 571). Le nombre moyen d'unités locatives par résidence est de 65 dans la région de la Capitale-Nationale alors qu'il est de 90 à Montréal et de 120 à Laval. Le taux d'occupation de ces résidences dans la région de la Capitale-Nationale était de 97 %. Parmi les 176 résidences, 98 % (173) offraient le service de repas, 85 % de l'assistance personnelle (149), 94 % de l'aide-domestique (166) et 52 % des soins infirmiers (92).

En regroupant les données sur les plaintes et les interventions, on constate, de façon plus évidente, l'importance de l'application du régime d'examen des plaintes pour les personnes qui habitent dans les résidences privées pour personnes âgées (voir le tableau 2.22).

Toute proportion gardée, les résidences privées pour personnes âgées, avec 59 % des plaintes et des signalements traités, sont surreprésentées au regard des motifs d'insatisfaction et des mesures correctives proposées. En effet, les résidences cumulent la plus grande part (73 %) des motifs d'insatisfaction et sont visées par le trois-quarts des mesures correctives proposées (76 %).

TABLEAU 2.22
Nombre et pourcentage de plaintes et d'interventions conclues, de motifs de plaintes et d'intervention et de mesures correctives proposées, selon l'organisation visée en 2010-2011

ORGANISATIONS VISÉES	PLAINTES ET INTERVENTIONS		MOTIFS D'INSATISFACTION		MESURES CORRECTIVES	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Résidences privées pour personnes âgées	55	59 %	161	73 %	140	76 %
Organismes communautaires	12	13 %	18	8 %	22	12 %
Ressources en toxicomanie/jeu pathologique	2	2 %	9	4 %	7	4 %
Services préhospitaliers d'urgence	12	13 %	15	7 %	7	4 %
Agence de la Capitale-Nationale	12	13 %	16	8 %	7	4 %
TOTAL	93	100 %	219	100 %	183	100 %

Le tableau 2.23 démontre que la majorité (52 %) des motifs d'insatisfaction (161) concerne l'organisation du milieu de vie et les soins et services offerts (26 %), suivis des relations interpersonnelles (15 %).

L'analyse des plaintes et des interventions dans ce secteur fait ressortir des problèmes récurrents au fil des ans. Soulignons la difficulté à recruter un personnel qualifié, une offre de service qui ne correspond pas aux besoins d'une partie de la clientèle et la méconnaissance de certaines problématiques comme les problèmes cognitifs ou de santé mentale, ou encore les troubles du comportement. Le partenariat accru entre les résidences privées pour personnes âgées et les centres de santé et de services sociaux ainsi que la certification des résidences privées pour personnes âgées constituent des mesures prometteuses pour résoudre les problèmes observés.

TABLEAU 2.23
Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes et les interventions conclues, selon les catégories de motifs et l'organisation visée en 2010-2011

CATÉGORIES DE MOTIFS	RÉSIDENCES PERSONNES ÂGÉES		ORGANISMES COMMUNAUTAIRES		RESSOURCE EN TOXICOMANIE OU EN JEU PATHOLOGIQUE		SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE		AGENCE	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Relations interpersonnelles	25	15 %	5	30 %	4	45 %	3	20 %	0	0 %
Soins et services offerts	42	26 %	6	33 %	2	22 %	4	26 %	3	18 %
Accessibilité et continuité	3	2 %	3	16 %	0	0 %	5	33 %	9	56 %
Organisation milieu/matériel	83	52 %	2	11 %	2	22 %	1	7 %	2	13 %
Aspect financier	2	1 %	1	5 %	1	11 %	2	14 %	0	0 %
Droits particuliers	6	4 %	1	5 %	0	0 %	0	0 %	2	13 %
TOTAL	161	100 %	18	100 %	9	100 %	15	100 %	16	100 %

Généralement, les propriétaires des résidences privées rencontrés dans le cadre du traitement des plaintes et des interventions ont fait preuve d'ouverture et de collaboration pour discuter des situations problématiques et tenter de trouver des solutions aux motifs d'insatisfaction.

Toutefois, certains enjeux dépassent les volontés individuelles et demandent une implication de la part de l'ensemble des acteurs concernés par le problème. Deux enjeux rentrent dans cette catégorie : la vérification des titres professionnels et l'assurance de la compétence des préposés offrant des soins d'assistance personnelle.

Le traitement des plaintes et des signalements a permis de constater qu'une fois certifiés, les exploitants des résidences pour personnes âgées n'appliquent pas avec constance l'article 15 sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité de résidence pour personnes âgées concernant la vérification des titres professionnels. En effet, on constate à quelques reprises que les dossiers des employés ne contenaient pas les titres professionnels, ni les numéros de permis d'exercice, ni les copies d'attestation d'inscription au tableau de l'ordre pour l'année en cours. Certains exploitants ignoraient qu'ils pouvaient valider, auprès de l'ordre professionnel concerné, les informations transmises par les professionnels. Plusieurs ignoraient que ces informations étaient de nature publique, accessibles à tous. De plus, certains ignoraient que les professionnels devaient mettre à jour, chaque année, les informations demandées par l'article 15 sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité.

Par ailleurs, les CSSS confient aux résidences privées, par protocole d'entente, la responsabilité d'administrer, après formation, les médicaments et d'offrir les soins invasifs d'assistance aux résidents inscrits à leur programme de soutien à domicile. Conformément au protocole d'entente, les résidences désignent, conjointement avec le CSSS, les personnes non professionnelles qui sont autorisées à offrir les services identifiés précédemment. De plus, le CSSS peut confier à une infirmière d'une résidence la responsabilité de former les non-professionnels et de s'assurer que les protocoles de soins du CSSS sont adéquatement appliqués, selon les normes de qualité reconnues. Or cette dernière délégation s'effectue sans que les CSSS valident l'appartenance des infirmières à l'ordre professionnel. Les CSSS affirment, lors de la signature des protocoles, que cette vérification est déjà faite par l'exploitant de la résidence.

Dans ce contexte, une personne a réussi à usurper un titre professionnel et à pratiquer durant deux ans et demi, au vu de l'exploitante, des médecins traitants des résidents, des pharmaciens et des intervenants du CSSS, risquant ainsi de compromettre la sécurité et la santé des résidents d'une résidence privée pour personnes âgées.

Parfois, les non-professionnels offrent des soins d'assistance avant même d'avoir obtenu la formation et l'autorisation pour le faire. Ce qui constitue un risque pour la santé et le bien-être des résidents.

Devant cette situation, cinq recommandations ont été transmises au directeur des programmes clientèles de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale : 1) sensibiliser les exploitants à l'importance de leurs obligations rattachées à l'article 15 du Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité de résidence pour personnes âgées; 2) intégrer une clause au protocole type CSSS-résidences pour personnes âgées permettant de démontrer, hors de tout doute, que la personne désignée par l'exploitant, pour voir à l'application des protocoles de soins, appartient à l'ordre professionnel auquel elle prétend appartenir; 3) assurer le suivi de la qualité des actes délégués à des non-professionnels dans les résidences; 4) développer des indicateurs de suivi de l'application de l'article 15 du Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité de résidence pour personnes âgées; 5) sensibiliser les instances appropriées du ministère de la Santé et des Services sociaux pour que le nouveau Règlement sur les conditions d'obtention

d'un certificat de résidence pour personnes âgées puisse contribuer à réduire les probabilités d'usurpation de titre professionnel par le personnel des résidences privées pour personnes âgées.

Le directeur des programmes clientèles de l'Agence voit présentement à l'implantation des recommandations qui lui ont été adressées.

2.3.2 ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

La région de la Capitale-Nationale compte au-delà de 250 organismes communautaires qui œuvrent en santé et services sociaux et qui répondent aux critères de l'article 334 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux². Les plaintes concernant les services offerts par ces organismes sont de la compétence du commissaire régional des agences de la santé et des services sociaux de chaque région.

Les utilisateurs des organismes communautaires portent plainte ou font un signalement au commissaire principalement pour résoudre des problèmes (18) liés aux soins et services offerts (33 %), aux relations interpersonnelles (30 %) et à l'accessibilité aux services (16 %) (voir le tableau 2.23). L'examen des plaintes (10) et des signalements (2) a révélé que, très souvent, les organismes ne possèdent pas de procédure interne pour gérer les insatisfactions de leur clientèle. De plus, on observe souvent que les attentes des clients dépassent l'offre de service de l'organisme ou n'y correspondent pas.

En 2010-2011, 22 mesures correctives ont été implantées par les organismes communautaires. Dans tous les cas, les gestionnaires des organismes ont démontré une grande volonté à répondre aux besoins de leur clientèle et à améliorer leurs services dans le cadre de leur mission et dans la mesure de leurs possibilités.

2.3.3 RESSOURCES D'HÉBERGEMENT EN TOXICOMANIE OU EN JEU PATHOLOGIQUE

Depuis le 1^{er} juillet 2010, la procédure d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services s'applique aux ressources certifiées en toxicomanie ou en jeu pathologique offrant de l'hébergement. C'est donc la première année que les commissaires régionaux aux plaintes et à la qualité des services ont le mandat de traiter les plaintes et de recevoir des signalements dans ce secteur d'activité.

Deux plaintes ont été déposées au commissaire en 2010-2011. Elles cumulaient neuf motifs d'insatisfaction, principalement en lien avec les relations interpersonnelles (45 %) (voir le tableau 2.23). Une des deux plaintes a généré sept mesures correctives, toutes implantées par l'organisme visé.

² Article 334 : « Dans la présente loi, on entend par "organisme communautaire" une personne morale constituée en vertu d'une loi du Québec à des fins non lucratives dont les affaires sont administrées par un conseil d'administration composé majoritairement d'utilisateurs des services de l'organisme ou de membres de la communauté qu'il dessert et dont les activités sont reliées aux domaines de la santé et des services sociaux » (L.R.Q., chapitre S-4.2).

2.3.4 SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

En 2010-2011, 11 plaintes et une intervention conclues concernaient les services préhospitaliers d'urgence, soit les services ambulanciers (6) et le Centre de communication santé des Capitales (6). Durant cette même année, il y a eu 55 591 transports ambulanciers urgents, comparativement à 52 020 en 2009-2010.

Les 15 motifs de plaintes et d'interventions conclues en 2010-2011, relatifs aux services préhospitaliers d'urgence, appartenaient principalement à trois catégories : l'accessibilité aux services (33 %); les soins et services offerts (26 %) et les relations interpersonnelles (20 %) (voir le tableau 2.23). Les usagers sont principalement insatisfaits du délai qui s'écoule avant l'arrivée de l'ambulance ainsi que de l'évaluation et du jugement professionnel des techniciens ambulanciers et paramédicaux et des répondants médicaux d'urgence de la Centrale de communication santé des Capitales.

Au total, quatre motifs de plaintes ont fait l'objet de mesures correctives (7). Ces mesures visaient principalement les relations interpersonnelles, notamment l'importance de respecter le code d'éthique des organisations, et l'application des protocoles utilisés dans le secteur préhospitalier d'urgence.

Les 11 motifs d'insatisfaction pour lesquels aucune recommandation n'a été formulée témoignaient d'une méconnaissance de la part des plaignants des procédures et des normes entourant le transport ambulancier. Les lettres de conclusion expédiées à la fin de l'examen de la plainte ou de l'intervention visaient, notamment, à donner à la personne les explications lui permettant d'avoir une meilleure compréhension des éléments qu'elle avait portés à l'attention du commissaire régional.

Tant le Centre de communication santé des Capitales que les compagnies ambulancières visées par les plaintes et les signalements ont fait preuve d'ouverture et ont offert leur entière collaboration au traitement de chacun des dossiers.

2.3.5 AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

La totalité des motifs d'insatisfaction (16) au sujet de l'Agence a été formulée à l'intérieur des plaintes conclues (12) par le commissaire régional.

Programme d'évaluation et de coordination des admissions en hébergement (PECA)

L'utilisateur ou son représentant porte plainte à l'endroit de l'Agence principalement (8 plaintes sur 12) pour souligner un problème lié à l'application du Programme d'évaluation et de coordination des admissions en hébergement (PECA). Il s'agit surtout des modalités d'admission en CHSLD et d'attribution des places en hébergement transitoire pour les usagers en attente dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS).

L'analyse des plaintes et des demandes d'assistance au sujet du PECA fait ressortir une méconnaissance, de la part des plaignants, des procédures et des normes entourant notamment l'hébergement de transition et l'hébergement en soins de longue durée. Les lettres de conclusion expédiées aux plaignants à la fin de l'examen de leur plainte visaient, notamment, à leur donner les explications nécessaires pour leur permettre d'avoir une meilleure compréhension des éléments qu'ils avaient portés à l'attention du commissaire régional. Ce constat était également fait dans le rapport annuel de l'année précédente.

Le personnel attiré au PECA prend des décisions qui concernent des personnes, soit l'admissibilité à des soins de longue durée et le choix du CHSLD correspondant au profil de leurs besoins. De ce fait, l'Agence devrait s'inspirer des principes établis par la Loi sur la justice administrative pour baliser le fonctionnement du PECA. Il s'agit de l'équité, de la simplicité des processus, de la célérité de la réponse et de la transparence dans les communications. À ce sujet, il est important que l'utilisateur ou son représentant soit, en temps opportun, adéquatement informé des modalités du fonctionnement du PECA. De plus, la personne doit obtenir les informations nécessaires pour lui permettre de comprendre les décisions qui la concernent. L'information doit être complète, claire et concise. Tout au long du processus d'admission, la personne doit savoir à qui s'adresser pour obtenir une réponse adéquate à ses questions.

Dans ce contexte, trois mesures correctives ont été adressées, en 2010-2011, au directeur des programmes clientèles de l'Agence afin d'assurer une meilleure diffusion de l'information relative aux règles de fonctionnement du PECA auprès des intervenants et des personnes concernées par l'admission en CHSLD.

Le directeur des programmes clientèles de l'Agence voit présentement à l'implantation des recommandations qui lui ont été adressées.

2.3.5.2 Organisation des services préhospitaliers d'urgence

Deux plaintes touchaient la distribution de la flotte ambulancière sur le territoire de la région de la Capitale-Nationale. Selon les plaignants, cette distribution avait contribué à allonger le temps de réponse des appels au 911. Les deux autres plaintes adressées à l'Agence concernaient les règles régissant la facturation des transports ambulanciers et la pertinence de suivre les protocoles d'intervention préhospitaliers d'urgence.

Aucune recommandation n'a été formulée à l'Agence concernant ces dernières plaintes. Cette situation témoigne d'une méconnaissance de la part des plaignants des modalités d'organisation des services préhospitaliers d'urgence. Les lettres de conclusion expédiées à la fin de l'examen des plaintes visaient, notamment, à donner aux personnes les explications leur permettant d'avoir une meilleure compréhension des éléments qu'elles avaient portés à l'attention du commissaire régional.

2.3.5.3 Suivi des recommandations 2009-2010

En 2009-2010, trois recommandations ont été formulées à l'Agence pour favoriser le regroupement des conjoints âgés dans un même CHSLD, conformément aux orientations ministérielles. Il apparaissait important que l'Agence élabore, adopte et s'assure de l'implantation et du suivi de lignes directrices concernant l'application du principe directeur ministériel de ne pas séparer les conjoints âgés, voire favoriser leur unification dans les meilleurs délais. Ces lignes directrices devaient fournir des balises claires pour gérer les différentes situations liées à l'hébergement des couples âgés, notamment lorsqu'on observe un écart d'heures par rapport aux soins requis entre les conjoints.

Le directeur des programmes clientèles de l'Agence a donné suite à ces recommandations. Les lignes directrices ont été adoptées et sont présentement en implantation dans les établissements concernés.

2.4 DEMANDES D'ASSISTANCE ET DE CONSULTATION

Dans le cadre de ses fonctions, le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services est appelé à répondre à des demandes d'assistance et de consultation provenant de la population, des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, des commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services des établissements de la région ou à des demandes d'autres partenaires externes.

Il est souvent possible d'offrir une réponse rapide à ces demandes tout en anticipant ou en prévenant des plaintes liées, par exemple, aux droits ou encore aux normes de fonctionnement et d'accès à différents services.

2.4.1 DEMANDES D'ASSISTANCE

Une demande d'assistance est une demande d'aide. Elle exige parfois des démarches de recherche, de suivi et souvent d'accompagnement de la part du commissaire ou de son adjointe administrative. En (année), les demandes d'assistance provenaient essentiellement des usagers, de leurs proches ou de la population en général.

En 2010-2011, un suivi a été donné à 232 demandes d'assistance, comparativement à 147 l'année précédente. Dans une proportion de 56 % (130), les demandeurs souhaitent qu'on les aide à formuler une plainte et, dans une moindre mesure (44 %), qu'on leur facilite l'obtention d'un service (102). La réponse aux demandes d'assistance a été fournie principalement par l'adjointe administrative au commissaire, ensuite par le commissaire et son substitut.

Les 232 demandes d'assistance se concentraient principalement dans deux catégories : accessibilité ou continuité des services (32 %) et soins et services offerts (19 %) (voir le tableau 2.24). Toute proportion gardée, les relations interpersonnelles représentent une plus grande proportion (12 %) des motifs d'assistance, comparativement à l'année précédente.

TABEAU 2.24
Nombre et pourcentage des motifs des demandes d'assistance, selon les catégories de motifs et l'année

CATÉGORIES DE MOTIFS	2010-2011		2009-2010	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Relations interpersonnelles	28	12 %	5	3 %
Soins et services offerts	44	19 %	17	12 %
Accessibilité et continuité	74	32 %	67	46 %
Organisation milieu/matériel	21	9 %	13	9 %
Aspect financier	28	12 %	12	8 %
Droits particuliers	26	11 %	13	9 %
Autres objets de demande	11	5 %	20	13 %
TOTAL	232	100 %	147	100 %

Les actions entreprises pour répondre aux demandes d'assistance ont consisté principalement à orienter la personne vers le bon service (76 %) et à lui fournir de l'information générale (16 %) sur le fonctionnement du réseau de la santé et des services sociaux ou sur le régime d'examen des plaintes (voir le tableau 2.25). Ce portrait est similaire à l'année précédente.

TABLEAU 2.25
Nombre et pourcentage des actions entreprises à la suite des demandes
d'assistance, selon les catégories d'action et l'année

CATÉGORIES DE MOTIFS	2010-2011		2009-2010	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Information générale	38	16 %	52	35 %
Clarification	4	2 %	4	3 %
Intercession ou liaison	8	4 %	12	8 %
Obtention d'un soin ou service	2	1 %	0	0 %
Référence	177	76 %	75	51 %
Autres	3	1 %	4	3 %
TOTAL	232	100 %	147	100 %

2.4.2 DEMANDE DE CONSULTATION

Une consultation est la réponse à une demande d'information ou à une demande d'avis sur un sujet en rapport avec le régime d'examen des plaintes. Elle exige parfois des démarches de recherche et de suivi.

En 2010-2011, un suivi a été donné à 17 demandes de consultation. Elles provenaient des commissaires locaux ou régionaux (8), des intervenants des établissements (3), de l'Agence (2), d'un organisme communautaire (1), du Protecteur du citoyen (1), d'un ministère (1) et d'un ordre professionnel (1). Les demandes portaient principalement sur les droits des usagers (9) et les soins et services offerts (3).

2.5 AUTRES ACTIVITÉS DU COMMISSAIRE

En plus de traiter les plaintes et les signalements, de fournir de l'assistance et de répondre aux demandes de consultation, le commissaire aux plaintes et à la qualité des services doit :

- ✓ collaborer avec les commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services;
- ✓ collaborer avec le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes;
- ✓ soutenir le développement et le suivi régional du Système d'information sur la gestion des plaintes et l'amélioration de la qualité des services (SIGPAQS);
- ✓ collaborer au développement et à l'organisation des activités liées au régime d'examen des plaintes et aux droits des usagers, tant à l'échelle régionale que provinciale;
- ✓ élaborer et présenter au conseil d'administration, pour approbation, un rapport annuel intégrant le bilan de ses activités ainsi qu'une synthèse des rapports annuels des commissaires locaux des établissements de la région;

- ✓ assurer un suivi périodique, auprès du Comité de vigilance et de la qualité des services, des engagements des organisations visées et de ses recommandations tant pour les plaintes que pour les signalements;
- ✓ assurer la promotion de l'indépendance de son rôle de commissaire aux plaintes et à la qualité des services;
- ✓ assurer le développement de son expertise, notamment par la formation appropriée et par la mise à niveau de ses connaissances.

En 2010-2011, 36 activités dites « autres activités du commissaire » ont été enregistrées dans le SIGPAQS. Presque les trois-quarts (72 %) de ces activités étaient liés à l'amélioration du fonctionnement du régime d'examen des plaintes (voir le tableau 2.26), ce qui est relativement comparable à la proportion observée (78 %) l'année précédente.

Il s'agissait principalement d'activités de collaboration avec la Direction de la qualité du ministère de la Santé et des Services sociaux, le Protecteur du citoyen, les commissaires régionaux, le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes et les commissaires locaux de la région de la Capitale-Nationale.

Concrètement, le commissaire a participé, à titre de représentant de la table des commissaires régionaux, au Groupe de travail du ministère de la Santé et des Services sociaux sur la formation des préposés de résidences pour personnes âgées. Il a piloté le groupe de travail sur l'élaboration de la section Plainte dans le Portail de l'Agence de la Capitale-Nationale, actuellement en élaboration. Il a assuré la coordination des travaux des commissaires de la Capitale-Nationale pour la production de deux avis : l'un sur le projet du cadre normatif du SIGPAQS et l'autre sur le document intitulé « *La notion d'indépendance dans l'exercice des fonctions de commissaires aux plaintes et à la qualité des services* ». Il a présidé les deux réunions de la Table de concertation des commissaires aux plaintes et à la qualité des services de la Capitale-Nationale, dont le mandat est de contribuer à l'amélioration de l'application du régime d'examen des plaintes.

D'autres activités ont été accomplies dans le but d'implanter une procédure efficace de traitement des signalements et des interventions, y compris le suivi des engagements et des recommandations. Enfin, la participation à des activités de formation a servi à développer l'expertise requise pour exercer avec efficacité la fonction de commissaire régional.

TABLEAU 2.26
Nombre et pourcentage des activités du commissaire,
selon les catégories

CATÉGORIES D'ACTIVITÉS	2010-2011	
	NOMBRE	%
Promotion ou information	6	17 %
Communication au conseil d'administration	1	3 %
Participation au Comité de vigilance et de la qualité des services	3	8 %
Collaboration au fonctionnement du régime d'examen des plaintes	26	72 %
TOTAL	36	100 %

ANNEXES

ANNEXE I

Liste des établissements de la région de la Capitale-Nationale

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT	MISSION**
Centre d'hébergement du Boisé Itée	▪ CHSLD privé conventionné
Centre d'hébergement Saint-Jean-Eudes inc.	▪ CHSLD privé conventionné
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec	▪ CRDI
Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve (CRUV)	▪ CRPAT
Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord	▪ CHSGS ▪ CHSLD ▪ CLSC
Centre de santé et de services sociaux de Charlevoix	▪ CHSGS ▪ CHSLD ▪ CLSC ▪ CRDI ▪ CRDP-MOT (CRDM)
Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale	▪ CHSGS ▪ CHSLD ▪ CLSC
Centre de santé et de services sociaux de Portneuf	▪ CHSGS ▪ CHSLD ▪ CLSC
Centre hospitalier <i>affilié</i> universitaire de Québec (CHA)	▪ CHSGS
Centre hospitalier Notre-Dame-du-Chemin inc.	▪ CHSLD privé conventionné
Centre hospitalier Saint-François inc.	▪ CHSLD privé conventionné
Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ)	▪ CHSGS
Centre jeunesse de Québec	▪ CJ
Centre d'hébergement et de soins longue durée Côté-Jardin inc.	▪ CHSLD privé non conventionné
Conseil de la nation huronne Wendat *	▪ CHSLD privé non conventionné
Groupe Champlain inc. (Centre d'hébergement Champlain des Montagnes)	▪ CHSLD privé conventionné

ANNEXE I (suite)

Liste des établissements de la région de la Capitale-Nationale

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT	MISSION **
Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CHSGS ▪ CHSLD
Hôpital Ste-Monique inc.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CHSLD privé conventionné
Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CRDP-AUD ▪ CRDP-MOT ▪ CRDP-VIS
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CHSGS
Institut universitaire en santé mentale de Québec	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CHSP ▪ CHSLD
Jardins du Haut-Saint-Laurent (1992) inc.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CHSLD privé non conventionné
La Corporation Notre-Dame de Bon-Secours (La Champenoise)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CHSLD privé conventionné
La Maison Legault inc.*	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CHSLD privé non conventionné
La Maison Michel-Sarrazin	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CHSGS privé conventionné spécifique
Le Centre d'accueil Nazareth inc.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CHSLD privé conventionné
CHSLD Domaine Saint-Dominique S.E.C.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CHSLD privé non conventionné
Vigi Santé ltée (Centre d'hébergement et de soins de longue durée Vigi de Saint-Augustin)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CHSLD privé conventionné

* Aucune plainte formulée, intervention réalisée et assistance apportée

** Voir annexe II pour la signification des sigles et acronymes

ANNEXE II

Liste des sigles et des acronymes

SIGLE	DÉFINITION
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHSP	Centre hospitalier de soins psychiatriques
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CRDI	Centre de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle
CRDP	Centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique
CRPAT	Centre de réadaptation pour les personnes alcooliques et autres toxicomanes
CSSS	Centre de santé et de services sociaux

ANNEXE III

Description des catégories de motifs de plaintes et d'interventions

Catégories*	Objets de plaintes et de signalement	
Accessibilité et continuité	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Délai ▪ Refus de services ▪ Transfert ▪ Absence de ressources ▪ Accessibilité linguistique ▪ Choix de l'établissement ou du professionnel 	
Soins et services offerts	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Habiletés techniques et professionnelles ▪ Évaluation, jugement professionnel ▪ Traitement ou intervention ▪ Continuité ▪ Conduite routière 	
Relations interpersonnelles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fiabilité ▪ Respect de la personne ▪ Respect de la vie privée ▪ Empathie ▪ Communication avec l'entourage (famille, proche, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Violence et abus ▪ Attitude ▪ Disponibilité ▪ Identification du personnel
Organisation et ressources matérielles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alimentation ▪ Intimité ▪ Mixité des clientèles ▪ Organisation spatiale ▪ Hygiène et salubrité ▪ Confort et commodités ▪ Relations avec la communauté 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Équipement et matériel ▪ Stationnement ▪ Règles et procédures de milieu de vie ▪ Conditions de vie adaptées au caractère ethnoculturel et religieux ▪ Sécurité et protection
Aspect financier	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Facturation ▪ Frais d'hébergement ▪ Frais de déplacement ▪ Frais de transport ambulancier ▪ Frais de médicaments ▪ Frais de stationnement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Besoins spéciaux ▪ Aide matérielle et financière ▪ Allocation des ressources financières ▪ Réclamation ▪ Sollicitation
Droits particuliers	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Information adéquate ▪ Dossier de l'utilisateur et dossier de plaintes ▪ Participation de l'utilisateur ▪ Consentement aux soins 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consentement à l'expérimentation ▪ Droit à la représentation ▪ Droit à l'assistance ▪ Droit de porter plainte ▪ Recours

* Comme définis par le Système d'information sur la gestion des plaintes et l'amélioration de la qualité des services (SIGPAQS)

ANNEXE IV

Motifs détaillés des plaintes et des interventions

- commissaire local et médecin examinateur

SIGPAQS

SECTION 1 - PLAINTES

Commissaire local

Tableau 1-E ÉTAT DES DOSSIERS DE PLAINTE DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU SELON LE NIVEAU DE TRAITEMENT ET LE MOTIF

AU COURS DE L'EXERCICE 2010 - 2011

Période du 2010-04-01 au 2011-03-31

MOTIF / NIVEAU DE TRAITEMENT	Traitement non complété						Traitement complété				TOTAL	% Total par motif
	Abandonné par l'usager	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement	Avec mesure	Sans mesure	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement		
Accessibilité												
Absence de service ou de ressource	2	2	0	0	4	11.43	11	7	18	4.23	22	1.22
Délais	5	7	1	6	19	54.29	102	241	343	80.52	362	20.13
Difficulté d'accès	1	1	1	0	3	8.57	13	14	27	6.34	30	1.67
Refus de services	2	1	0	3	6	17.14	12	22	34	7.98	40	2.22
Autre	2	0	0	1	3	8.57	4	0	4	0.94	7	0.39
Sous-total	12	11	2	10	35	100.00	142	284	426	100.00	461	25.64
Aspect financier												
Allocation de ressources matérielles et financières	0	0	0	0	0	0.00	2	2	4	4.71	4	0.22
Facturation	0	0	0	0	0	0.00	9	7	16	18.82	16	0.89
Frais de déplacement / transport	0	0	1	0	1	12.50	3	2	5	5.88	6	0.33
Frais d'hébergement / placement	0	0	0	1	1	12.50	21	30	51	60.00	52	2.89
Legs et sollicitation	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	1.18	1	0.06
Processus de réclamation	2	0	4	0	6	75.00	2	6	8	9.41	14	0.78
Sous-total	2	0	5	1	8	100.00	37	48	85	100.00	93	5.17
Droits particuliers												
Accès au dossier de l'usager et dossier de plainte	2	1	1	1	5	21.74	13	17	30	30.30	35	1.95
Assistance / accompagnement	0	1	0	0	1	4.35	1	2	3	3.03	4	0.22
Choix du professionnel	1	0	0	1	2	8.70	1	4	5	5.05	7	0.39
Choix de l'établissement	0	1	2	1	4	17.39	0	1	1	1.01	5	0.28
Consentement	0	0	1	1	2	8.70	2	3	5	5.05	7	0.39
Droit à l'information	1	0	2	2	5	21.74	13	16	29	29.29	34	1.89
Droit de porter plainte	1	0	0	0	1	4.35	0	0	0	0.00	1	0.06

SIGPAQS - Système d'information de gestion des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services

Imprimé le 2011-07-22

SIGPAQS
SECTION 1 - PLAINTES

Commissaire local

**Tableau 1-E ÉTAT DES DOSSIERS DE PLAINTE DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU
SELON LE NIVEAU DE TRAITEMENT ET LE MOTIF**

AU COURS DE L'EXERCICE 2010 - 2011

Période du 2010-04-01 au 2011-03-31

MOTIF / NIVEAU DE TRAITEMENT	Traitement non complété						Traitement complété				TOTAL	% Total par motif
	Abandonné par l'utilisateur	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement	Avec mesure	Sans mesure	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement		
Droit de recours	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	1.01	1	0.06
Droit linguistique	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	1.01	1	0.06
Participation de l'utilisateur ou de son représentant	1	0	0	0	1	4.35	3	10	13	13.13	14	0.78
Représentation	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	1.01	1	0.06
Sécurité	0	0	0	1	1	4.35	7	0	7	7.07	8	0.44
Autre	0	0	0	1	1	4.35	3	0	3	3.03	4	0.22
Sous-total	6	3	6	8	23	100.00	43	56	99	100.00	122	6.79
Organisation du milieu et ressources matérielles												
Alimentation	1	1	1	0	3	8.11	9	12	21	11.23	24	1.33
Compatibilité des clientèles	0	1	0	0	1	2.70	3	5	8	4.28	9	0.50
Conditions d'intervention ou de séjour adaptées	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	0.53	1	0.06
Confort et commodité	0	4	4	2	10	27.03	12	21	33	17.65	43	2.39
Équipement et matériel	0	0	1	1	2	5.41	11	9	20	10.70	22	1.22
Hygiène / salubrité / désinfection	0	1	0	2	3	8.11	14	7	21	11.23	24	1.33
Organisation spatiale	0	1	1	1	3	8.11	10	7	17	9.09	20	1.11
Règles et procédures du milieu	2	0	1	1	4	10.81	13	23	36	19.25	40	2.22
Sécurité et protection	0	1	4	4	9	24.32	16	14	30	16.04	39	2.17
Autre	2	0	0	0	2	5.41	0	0	0	0.00	2	0.11
Sous-total	5	9	12	11	37	100.00	88	99	187	100.00	224	12.46
Relations Interpersonnelles												
Abus	4	2	2	3	11	25.00	14	23	37	11.04	48	2.67
Communication / attitude	8	5	1	7	21	47.73	104	94	198	59.10	219	12.18
Discrimination-racisme	0	0	0	0	0	0.00	3	3	6	1.79	6	0.33
Fiabilité / disponibilité	1	1	0	0	2	4.55	2	3	5	1.49	7	0.39

SIGPAQS - Système d'information de gestion des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services

Imprimé le 2011-07-22

SIGPAQS

SECTION 1 - PLAINTES

Commissaire local

Tableau 1-E ÉTAT DES DOSSIERS DE PLAINTE DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU SELON LE NIVEAU DE TRAITEMENT ET LE MOTIF

AU COURS DE L'EXERCICE 2010 - 2011

Période du 2010-04-01 au 2011-03-31

MOTIF / NIVEAU DE TRAITEMENT	Traitement non complété						Traitement complété				TOTAL	% Total par motif
	Abandonné par l'utilisateur	Cessé	Refusé	Rejetés sur examen sommaire	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement	Avec mesure	Sans mesure	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement		
Respect	4	0	3	3	10	22.73	57	29	86	25.67	96	5.34
Autre	0	0	0	0	0	0.00	3	0	3	0.90	3	0.17
Sous-total	17	8	6	13	44	100.00	183	152	335	100.00	379	21.08
Soins et services dispensés												
Compétence technique et professionnelle (capacité de base à faire le travail)	1	0	5	1	7	8.54	50	17	67	15.44	74	4.12
Continuité	1	6	1	1	9	10.98	63	46	109	25.12	118	6.56
Décision clinique	4	2	5	16	27	32.93	28	36	64	14.75	91	5.06
Organisation des soins et services (systémique)	0	0	5	3	8	9.76	12	18	30	6.91	38	2.11
Traitement / intervention / services (action faite)	9	3	3	15	30	36.59	70	91	161	37.10	191	10.62
Autre	0	0	0	1	1	1.22	1	2	3	0.69	4	0.22
Sous-total	15	11	19	37	82	100.00	224	210	434	100.00	516	28.70
Autre												
Sous-total	0	0	1	1	2	100.00	1	0	1	100.00	3	0.17
TOTAL	57	42	51	81	231	100.00	718	849	1567	100.00	1798	100.00

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

Ce tableau inclut le nombre de motifs par niveau de traitement.

Nom de l'instance : Toutes

Nom de l'établissement : 03- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE NATIONALE

Région : Capitale-Nationale

SIGPAQS

SECTION 1 - PLAINTES

Médecin examinateur

Tableau 1-E ÉTAT DES DOSSIERS DE PLAINTE DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU SELON LE NIVEAU DE TRAITEMENT ET LE MOTIF

AU COURS DE L'EXERCICE 2010 - 2011

Période du 2010-04-01 au 2011-03-31

MOTIF / NIVEAU DE TRAITEMENT	Traitement non complété						Traitement complété				TOTAL	% Total par motif
	Abandonné par l'utilisateur	Cessé	Refusé	Rejetés sur examen sommaire	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement	Avec mesure	Sans mesure	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement		
Accessibilité												
Délais	0	0	0	0	0	0.00	1	3	4	66.67	4	1.72
Refus de services	1	1	0	0	2	66.67	0	1	1	16.67	3	1.29
Autre	0	0	1	0	1	33.33	1	0	1	16.67	2	0.86
Sous-total	1	1	1	0	3	100.00	2	4	6	100.00	9	3.88
Aspect financier												
Autre	0	0	0	0	0	0.00	2	1	3	100.00	3	1.29
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	2	1	3	100.00	3	1.29
Droits particuliers												
Accès au dossier de l'utilisateur et dossier de plainte	1	1	0	0	2	100.00	1	2	3	37.50	5	2.16
Choix du professionnel	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	12.50	1	0.43
Consentement	0	0	0	0	0	0.00	1	1	2	25.00	2	0.86
Droit à l'information	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	12.50	1	0.43
Droit linguistique	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	12.50	1	0.43
Sous-total	1	1	0	0	2	100.00	5	3	8	100.00	10	4.31
Organisation du milieu et ressources matérielles												
Règles et procédures du milieu	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	100.00	1	0.43
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	1	0	1	100.00	1	0.43
Relations Interpersonnelles												
Abus	0	0	0	0	0	0.00	1	5	6	9.84	6	2.59
Communication / attitude	4	2	0	2	8	66.67	17	23	40	65.57	48	20.69
Discrimination-racisme	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	1.64	1	0.43
Respect	3	0	0	1	4	33.33	7	7	14	22.95	18	7.76
Sous-total	7	2	0	3	12	100.00	25	36	61	100.00	73	31.47

SIGPAQS - Système d'information de gestion des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services

Imprimé le 2011-07-22

SIGPAQS

SECTION 1 - PLAINTES

Médecin examinateur

**Tableau 1-E ÉTAT DES DOSSIERS DE PLAINTE DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU
SELON LE NIVEAU DE TRAITEMENT ET LE MOTIF**

AU COURS DE L'EXERCICE 2010 - 2011

Période du 2010-04-01 au 2011-03-31

MOTIF / NIVEAU DE TRAITEMENT	Traitement non complété						Traitement complété				TOTAL	% Total par motif
	Abandonné par l'usager	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement	Avec mesure	Sans mesure	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement		
Soins et services dispensés												
Compétence technique et professionnelle (capacité de base à faire le travail)	0	1	1	0	2	8.33	0	5	5	4.55	7	3.02
Continuité	2	0	0	1	3	12.50	4	13	17	15.45	20	8.62
Décision clinique	4	1	2	7	14	58.33	13	51	64	58.18	78	33.62
Organisation des soins et services (systémique)	0	0	0	0	0	0.00	0	2	2	1.82	2	0.86
Traitement / intervention / services (action faite)	1	0	0	4	5	20.83	9	12	21	19.09	26	11.21
Autre	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	0.91	1	0.43
Sous-total	7	2	3	12	24	100.00	27	83	110	100.00	134	57.76
Autre												
Sous-total	0	1	0	1	2	100.00	0	0	0	100.00	2	0.86
TOTAL	16	7	4	16	43	100.00	62	127	189	100.00	232	100.00

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

Ce tableau inclut le nombre de motifs par niveau de traitement

Nom de l'instance : Toutes

Nom de l'établissement : 03- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE NATIONALE

Région : Capitale-Nationale

SIGPAQS

SECTION 1 - PLAINTES

Comité de révision

**Tableau 1-E ÉTAT DES DOSSIERS DE PLAINTE DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU
SELON LE NIVEAU DE TRAITEMENT ET LE MOTIF**

AU COURS DE L'EXERCICE 2010 - 2011

Période du 2010-04-01 au 2011-03-31

MOTIF / NIVEAU DE TRAITEMENT	Traitement non complété						Traitement complété				TOTAL	% Total par motif
	Abandonnés par l'utilisateur	Cessé	Refusé	Rejetés sur examen sommaire	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement	Avec mesure	Sans mesure	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement		
Accessibilité												
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	0	0	0	100.00	0	0.00
Aspect financier												
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	0	0	0	100.00	0	0.00
Droits particuliers												
Accès au dossier de l'utilisateur et dossier de plainte	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	100.00	1	6.25
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	0	1	1	100.00	1	6.25
Organisation du milieu et ressources matérielles												
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	0	0	0	100.00	0	0.00
Relations Interpersonnelles												
Communication / attitude	0	0	0	0	0	0.00	0	5	5	83.33	5	31.25
Respect	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	16.67	1	6.25
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	0	6	6	100.00	6	37.50
Soins et services dispensés												
Décision clinique	0	0	0	0	0	0.00	0	9	9	100.00	9	56.25
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	0	9	9	100.00	9	56.25
Autre												
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	0	0	0	100.00	0	0.00
TOTAL	0	0	0	0	0	100.00	0	16	16	100.00	16	100.00

SIGPAQS

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

Ce tableau inclut le nombre de motifs par niveau de traitement

Nom de l'instance : Toutes

Nom de l'établissement : 03- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE NATIONALE

Région : Capitale-Nationale

SIGPAQS
SECTION 2 - INTERVENTIONS

Commissaire local

Tableau 2-F ÉTAT DES DOSSIERS D'INTERVENTION DONT LE TRAITEMENT A ÉTÉ CONCLU SELON LE NIVEAU DE TRAITEMENT ET LE MOTIF

AU COURS DE L'EXERCICE 2010 - 2011

Période du 2010-04-01 au 2011-03-31

MOTIF / NIVEAU DE TRAITEMENT	Traitement non complété					Traitement complété				TOTAL	% Total par motif	
	Abandonné par l'utilisateur	Cassé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement	Avec mesure	Sans mesure	Sous-total			% Par motif / Niveau de traitement
Accessibilité												
Absence de service ou de ressource	0	0	0	0	0	0.00	0	2	2	5.71	2	0.63
Délais	0	0	0	0	0	0.00	6	16	22	62.86	22	6.96
Difficulté d'accès	0	0	0	0	0	0.00	2	6	8	22.86	8	2.53
Refus de services	0	1	1	0	2	66.67	1	1	2	5.71	4	1.27
Autre	0	1	0	0	1	33.33	1	0	1	2.86	2	0.63
Sous-total	0	2	1	0	3	100.00	10	25	35	100.00	38	12.03
Aspect financier												
Allocation de ressources matérielles et financières	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	9.09	1	0.32
Facturation	0	0	0	0	0	0.00	3	2	5	45.45	5	1.58
Frais d'hébergement / placement	0	0	0	0	0	0.00	1	1	2	18.18	2	0.63
Processus de réclamation	0	0	1	0	1	100.00	1	1	2	18.18	3	0.95
Autre	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	9.09	1	0.32
Sous-total	0	0	1	0	1	100.00	5	6	11	100.00	12	3.80
Droits particuliers												
Accès au dossier de l'utilisateur et dossier de plainte	0	0	0	0	0	0.00	12	7	19	43.18	19	6.01
Choix du professionnel	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	2.27	1	0.32
Consentement	0	1	0	0	1	33.33	0	0	0	0.00	1	0.32
Droit à l'information	0	0	0	0	0	0.00	5	4	9	20.45	9	2.85
Droit de porter plainte	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	2.27	1	0.32
Droit de recours	0	0	0	1	1	33.33	0	1	1	2.27	2	0.63
Droit linguistique	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	2.27	1	0.32
Participation de l'utilisateur ou de son représentant	0	0	0	0	0	0.00	2	0	2	4.55	2	0.63

SIGPAQS - Système d'information de gestion des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services

Imprimé le 2011-07-21

SIGPAQS

SECTION 2 - INTERVENTIONS

Commissaire local

Tableau 2-F ÉTAT DES DOSSIERS D'INTERVENTION DONT LE TRAITEMENT A ÉTÉ CONCLU SELON LE NIVEAU DE TRAITEMENT ET LE MOTIF

AU COURS DE L'EXERCICE 2010 - 2011

Période du 2010-04-01 au 2011-03-31

MOTIF / NIVEAU DE TRAITEMENT	Traitement non complété						Traitement complété				TOTAL	% Total par motif
	Abandonné par l'usager	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement	Avec mesure	Sans mesure	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement		
Représentation	0	0	0	0	0	0.00	1	1	2	4.55	2	0.63
Sécurité	0	1	0	0	1	33.33	3	3	6	13.64	7	2.22
Autre	0	0	0	0	0	0.00	1	1	2	4.55	2	0.63
Sous-total	0	2	0	1	3	100.00	26	18	44	100.00	47	14.87
Organisation du milieu et ressources matérielles												
Alimentation	0	0	0	0	0	0.00	1	3	4	5.97	4	1.27
Conditions d'intervention ou de séjour adaptées	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	1.49	1	0.32
Confort et commodité	0	0	0	0	0	0.00	1	5	6	8.96	6	1.90
Équipement et matériel	0	0	0	0	0	0.00	3	4	7	10.45	7	2.22
Hygiène / salubrité / désinfection	0	0	0	0	0	0.00	8	5	13	19.40	13	4.11
Organisation spatiale	1	0	0	0	1	100.00	6	1	7	10.45	8	2.53
Règles et procédures du milieu	0	0	0	0	0	0.00	12	7	19	28.36	19	6.01
Sécurité et protection	0	0	0	0	0	0.00	2	7	9	13.43	9	2.85
Autre	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	1.49	1	0.32
Sous-total	1	0	0	0	1	100.00	33	34	67	100.00	68	21.52
Relations interpersonnelles												
Abus	0	0	0	0	0	0.00	7	11	18	26.87	18	5.70
Communication / attitude	0	1	1	0	2	100.00	18	17	35	52.24	37	11.71
Discrimination-racisme	0	0	0	0	0	0.00	1	1	2	2.99	2	0.63
Respect	0	0	0	0	0	0.00	7	4	11	16.42	11	3.48
Autre	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	1.49	1	0.32
Sous-total	0	1	1	0	2	100.00	33	34	67	100.00	69	21.84
Soins et services dispensés												

SIGPAQS - Système d'information de gestion des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services

Imprimé le 2011-07-21

SIGPAQS

SECTION 2 - INTERVENTIONS

Commissaire local

Tableau 2-F ÉTAT DES DOSSIERS D'INTERVENTION DONT LE TRAITEMENT A ÉTÉ CONCLU SELON LE NIVEAU DE TRAITEMENT ET LE MOTIF

AU COURS DE L'EXERCICE 2010 - 2011

Période du 2010-04-01 au 2011-03-31

MOTIF / NIVEAU DE TRAITEMENT	Traitement non complété					Traitement complété				TOTAL	% Total par motif	
	Abandonné par l'usager	Cessé	Refusé	Rejetés sur examen sommaire	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement	Avec mesure	Sans mesure	Sous-total			% Par motif / Niveau de traitement
Compétence technique et professionnelle (capacité de base à faire le travail)	1	0	0	0	1	50.00	5	3	8	10.53	9	2.85
Continuité	1	0	0	0	1	50.00	8	6	14	18.42	15	4.75
Décision clinique	0	0	0	0	0	0.00	6	11	17	22.37	17	5.38
Organisation des soins et services (systémique)	0	0	0	0	0	0.00	4	3	7	9.21	7	2.22
Traitement / intervention / services (action faite)	0	0	0	0	0	0.00	18	12	30	39.47	30	9.49
Sous-total	2	0	0	0	2	100.00	41	35	76	100.00	78	24.68
Autre												
Sous-total	0	1	0	0	1	100.00	1	2	3	100.00	4	1.27
TOTAL	3	6	3	1	13	100.00	149	154	303	100.00	316	100.00

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

Ce tableau inclut le nombre de motifs par niveau de traitement

Nom de l'instance : Toutes

Nom de l'établissement : 03- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE NATIONALE

Région : Capitale-Nationale

ANNEXE V

Motifs détaillés des plaintes et des interventions - commissaire régional

SIGPAQS

SECTION 1 - PLAINTES

Commissaire régional

Tableau 1-E ÉTAT DES DOSSIERS DE PLAINTÉ DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU SELON LE NIVEAU DE TRAITEMENT ET LE MOTIF

AU COURS DE L'EXERCICE 2010 - 2011

Période du 2010-04-01 au 2011-03-31

MOTIF / NIVEAU DE TRAITEMENT	Traitement non complété						Traitement complété				TOTAL	% Total par motif
	Abandonnés par l'utilisateur	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement	Avec mesure	Sans mesure	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement		
Accessibilité												
Absence de service ou de ressource	0	0	0	0	0	0.00	2	0	2	11.76	2	1.31
Délais	0	0	0	0	0	0.00	3	9	12	70.59	12	7.84
Difficulté d'accès	0	0	0	0	0	0.00	1	1	2	11.76	2	1.31
Refus de services	0	0	1	0	1	100.00	0	1	1	5.88	2	1.31
Sous-total	0	0	1	0	1	100.00	6	11	17	100.00	18	11.76
Aspect financier												
Facturation	0	0	1	0	1	50.00	0	1	1	33.33	2	1.31
Frais de déplacement / transport	0	0	0	0	0	0.00	0	2	2	66.67	2	1.31
Processus de réclamation	0	1	0	0	1	50.00	0	0	0	0.00	1	0.65
Sous-total	0	1	1	0	2	100.00	0	3	3	100.00	5	3.27
Droits particuliers												
Accès au dossier de l'utilisateur et dossier de plainte	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	11.11	1	0.65
Choix de l'établissement	0	0	0	0	0	0.00	1	1	2	22.22	2	1.31
Consentement	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	11.11	1	0.65
Droit à l'information	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	11.11	1	0.65
Participation de l'utilisateur ou de son représentant	0	0	0	0	0	0.00	1	1	2	22.22	2	1.31
Sécurité	0	0	0	0	0	0.00	2	0	2	22.22	2	1.31
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	4	5	9	100.00	9	5.88
Organisation du milieu et ressources matérielles												
Alimentation	1	0	0	0	1	20.00	9	7	16	29.09	17	11.11
Confort et commodité	0	0	0	0	0	0.00	2	3	5	9.09	5	3.27
Hygiène / salubrité / désinfection	1	0	1	0	2	40.00	1	6	7	12.73	9	5.88

SIGPAQS - Système d'information de gestion des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services

Imprimé le 2011-06-13

SIGPAQS

SECTION 1 - PLAINTES

Commissaire régional

Tableau 1-E ÉTAT DES DOSSIERS DE PLAINTE DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU SELON LE NIVEAU DE TRAITEMENT ET LE MOTIF

AU COURS DE L'EXERCICE 2010 - 2011

Période du 2010-04-01 au 2011-03-31

MOTIF / NIVEAU DE TRAITEMENT	Traitement non complété						Traitement complété				TOTAL	% Total par motif
	Abandonné par l'usager	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement	Avec mesure	Sans mesure	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement		
Organisation spatiale	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	1.82	1	0.65
Règles et procédures du milieu	0	0	0	0	0	0.00	7	4	11	20.00	11	7.19
Sécurité et protection	0	0	2	0	2	40.00	8	7	15	27.27	17	11.11
Sous-total	2	0	3	0	5	100.00	27	28	55	100.00	60	39.22
Relations Interpersonnelles												
Abus	0	1	0	0	1	50.00	2	4	6	25.00	7	4.58
Communication / attitude	0	0	0	0	0	0.00	10	2	12	50.00	12	7.84
Respect	0	1	0	0	1	50.00	6	0	6	25.00	7	4.58
Sous-total	0	2	0	0	2	100.00	18	6	24	100.00	26	16.99
Soins et services dispensés												
Compétence technique et professionnelle (capacité de base à faire le travail)	0	0	0	0	0	0.00	10	3	13	37.14	13	8.50
Continuité	0	0	0	0	0	0.00	7	5	12	34.29	12	7.84
Décision clinique	0	0	0	0	0	0.00	1	1	2	5.71	2	1.31
Organisation des soins et services (systémique)	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	2.86	1	0.65
Traitement / intervention / services (action faite)	0	0	0	0	0	0.00	4	3	7	20.00	7	4.58
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	22	13	35	100.00	35	22.88
Autre												
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	0	0	0	100.00	0	0.00
TOTAL	2	3	5	0	10	100.00	77	66	143	100.00	153	100.00

SIGPAQS

SECTION 2 - INTERVENTIONS

Commissaire régional

Tableau 2-F ÉTAT DES DOSSIERS D'INTERVENTION DONT LE TRAITEMENT A ÉTÉ CONCLU SELON LE NIVEAU DE TRAITEMENT ET LE MOTIF

AU COURS DE L'EXERCICE 2010 - 2011

Période du 2010-04-01 au 2011-03-31

MOTIF / NIVEAU DE TRAITEMENT	Traitement non complété						Traitement complété				TOTAL	% Total par motif
	Abandonné par l'usager	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement	Avec mesure	Sans mesure	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement		
Accessibilité												
Délais	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	50.00	1	1.52
Refus de services	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	50.00	1	1.52
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	1	1	2	100.00	2	3.03
Aspect financier												
Facturation	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	100.00	1	1.52
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	1	0	1	100.00	1	1.52
Droits particuliers												
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	0	0	0	100.00	0	0.00
Organisation du milieu et ressources matérielles												
Alimentation	0	0	0	0	0	0.00	2	3	5	16.67	5	7.58
Confort et commodité	0	0	0	0	0	0.00	4	0	4	13.33	4	6.06
Équipement et matériel	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	3.33	1	1.52
Hygiène / salubrité / désinfection	0	0	0	0	0	0.00	2	6	8	26.67	8	12.12
Règles et procédures du milieu	0	0	0	0	0	0.00	2	1	3	10.00	3	4.55
Sécurité et protection	0	0	0	0	0	0.00	3	6	9	30.00	9	13.64
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	13	17	30	100.00	30	45.45
Relations Interpersonnelles												
Abus	0	0	0	0	0	0.00	0	3	3	27.27	3	4.55
Communication / attitude	0	0	0	0	0	0.00	1	2	3	27.27	3	4.55
Respect	0	0	0	0	0	0.00	1	4	5	45.45	5	7.58
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	2	9	11	100.00	11	16.67
Soins et services dispensés												

SIGPAQS - Système d'information de gestion des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services

Imprimé le 2011-06-13

SIGPAQS

SECTION 2 - INTERVENTIONS

Commissaire régional

Tableau 2-F ÉTAT DES DOSSIERS D'INTERVENTION DONT LE TRAITEMENT A ÉTÉ CONCLU SELON LE NIVEAU DE TRAITEMENT ET LE MOTIF

AU COURS DE L'EXERCICE 2010 - 2011

Période du 2010-04-01 au 2011-03-31

MOTIF / NIVEAU DE TRAITEMENT	Traitement non complété						Traitement complété				TOTAL	% Total par motif
	Abandonnés par l'utilisateur	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement	Avec mesure	Sans mesure	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement		
Compétence technique et professionnelle (capacité de base à faire le travail)	0	0	0	0	0	0.00	5	6	11	50.00	11	16.67
Continuité	0	0	0	0	0	0.00	2	2	4	18.18	4	6.06
Organisation des soins et services (systémique)	0	0	0	0	0	0.00	1	1	2	9.09	2	3.03
Traitement / intervention / services (action faite)	0	0	0	0	0	0.00	2	3	5	22.73	5	7.58
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	10	12	22	100.00	22	33.33
Autre												
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	0	0	0	100.00	0	0.00
TOTAL	0	0	0	0	0	100.00	27	39	66	100.00	66	100.00

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

Ce tableau inclut le nombre de motifs par niveau de traitement

Nom de l'instance : Toutes

Nom de l'établissement : 03- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE NATIONALE

Région : Capitale-Nationale

ANNEXE VI

Liste des tableaux

N°	Partie I - Titre des tableaux	Page
1.1	Nombre de plaintes traitées, selon le statut, le responsable et l'année	16
1.2	Nombre et pourcentage de plaintes en cours d'examen au début et à la fin de l'exercice 2009-2010, selon le responsable et la mission des établissements	17
1.3	Nombre et pourcentage de plaintes reçues en 2010-2011, selon le responsable et la mission des établissements	17
1.4	Nombre et pourcentage de plaintes conclues, selon le responsable et l'auteur	18
1.5	Nombre de l'ensemble des plaintes conclues, selon l'année et la mission des établissements	18
1.6	Nombre et pourcentage de plaintes conclues en 2010-2011, selon le responsable et la mission des établissements	19
1.7	Nombre de motifs pour l'ensemble des plaintes conclues, selon l'année	19
1.8	Nombre et pourcentage de motifs pour l'ensemble des plaintes conclues, selon la catégorie des motifs et l'année	20
1.9	Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes conclues en 2010-2011, selon le responsable et la catégorie de motifs	20
1.10	Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes conclues en 2010-2011, selon le responsable, les catégories de motifs et le stade de traitement	21
1.11	Nombre de motifs pour les plaintes conclues en 2010-2011, selon le responsable, les catégories de motifs et les catégories de traitement	22
1.12	Nombre de mesures correctives pour les plaintes conclues par les commissaires locaux en 2010-2011, selon la catégorie de motif	24
1.13	Nombre de mesures correctives pour les plaintes conclues par les médecins examinateurs en 2010-2011, selon la catégorie des motifs	25
1.14	Nombre et pourcentage de plaintes conclues, selon le délai de traitement (en jours) en 2010-2011	26
1.15	Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes conclues en 2010-2011 et transmises en deuxième instance, selon le responsable et la catégorie de motifs	27
1.16	Nombre de plaintes traitées par les comités de révision, selon le statut et l'année	28
1.17	Nombre et pourcentage de plaintes conclues par les comités de révision en 2010-2011, selon le délai de traitement (en jours) et l'année	29
1.18	Nombre d'interventions traitées par les commissaires locaux, selon leur statut	29
1.19	Nombre et pourcentage d'interventions conclues par les commissaires locaux, selon l'auteur et l'année	30
1.20	Nombre d'interventions traitées par les commissaires locaux, selon l'établissement et le statut au 31 mars 2011	30
1.21	Nombre et pourcentage de motifs pour les interventions conclues par les commissaires locaux en 2010-2011, selon la catégorie de motifs et le stade de traitement	31

ANNEXE VI (suite)

Liste des tableaux

N°	Partie I - Titre des tableaux (suite)	Page
1.22	Nombre de motifs pour les interventions conclues par les commissaires locaux en 2010-2011, selon la catégorie de motifs et la catégorie de traitement	32
1.23	Nombre de mesures correctives pour les interventions conclues par les commissaires locaux en 2010-2011, selon la catégorie de motifs	33
1.24	Nombre et pourcentage des autres activités des commissaires locaux, selon les catégories d'activités et l'année	35

N°	Partie II - Titre des tableaux	Page
2.1	Nombre de plaintes traitées, selon l'année et le statut	39
2.2	Nombre et pourcentage de plaintes en cours d'examen au début et à la fin de l'exercice 2010-2011, selon l'organisation visée	40
2.3	Nombre et pourcentage de plaintes reçues selon l'organisation visée et l'année	41
2.4	Nombre et pourcentage de plaintes conclues, selon l'auteur et l'année	41
2.5	Nombre et pourcentage de plaintes conclues, de motifs de plaintes et de mesures correctives proposées, selon l'organisation visée en 2010-2011	42
2.6	Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes conclues, selon l'organisation visée et l'année	43
2.7	Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes conclues, selon les catégories de motifs et l'organisation visée en 2010-2011	43
2.8	Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes conclues, selon le stade de traitement et l'organisation visée en 2010-2011	44
2.9	Nombre de motifs pour les plaintes conclues, selon les catégories de motifs et les catégories de traitement en 2010-2011	44
2.10	Nombre de mesures correctives proposées pour les plaintes conclues, selon les catégories de motifs en 2010-2011	45
2.11	Nombre et pourcentage de mesures correctives des plaintes, selon la catégorie de mesure et le statut pour l'année 2010-2011	46
2.12	Nombre et pourcentage de plaintes conclues, selon le délai de traitement (en jours) et l'année	48
2.13	Nombre et pourcentage de plaintes conclues en 45 jours et moins, selon l'organisation et l'année	47
2.14	Nombre d'interventions traitées, selon leur statut et l'année	49
2.15	Nombre et pourcentage d'interventions conclues, selon l'auteur	50
2.16	Nombre et pourcentage d'interventions conclues, de motifs de plaintes et de mesures correctives proposées, selon l'organisation visée en 2010-2011	50
2.17	Nombre et pourcentage de motifs pour les interventions conclues, selon les catégories de motifs et l'année	51
2.18	Nombre de motifs pour les interventions conclues, selon les catégories de motifs et les catégories de traitement en 2010-2011	51

ANNEXE VI (suite)

Liste des tableaux

N°	Partie II - Titre des tableaux (suite)	Page
2.19	Nombre de mesures correctives pour les interventions conclues, selon les catégories de motifs en 2010-2011	52
2.20	Nombre et pourcentage de mesures correctives des interventions, selon la catégorie de mesures et le statut pour l'année 2010-2011	53
2.21	Nombre et pourcentage d'interventions conclues, selon le délai de traitement (en jours) et l'année	54
2.22	Nombre et pourcentage de plaintes et d'interventions conclues, de motifs de plaintes et d'interventions et de mesures correctives proposées, selon l'organisation visée en 2010-2011	55
2.23	Nombre et pourcentage de motifs pour les plaintes et les interventions conclues, selon les catégories de motifs et l'organisation visée en 2010-2011	55
2.24	Nombre et pourcentage des motifs des demandes d'assistance, selon les catégories de motifs et l'année	60
2.25	Nombre et pourcentage des actions entreprises à la suite des demandes d'assistance, selon les catégories d'action et l'année	61
2.26	Nombre et pourcentage des activités du commissaire, selon les catégories	62
2.27	Nombre et pourcentage des actions entreprises à la suite des demandes d'assistance, selon les catégories d'action	59
2.28	Nombre et pourcentage des activités du commissaire, selon les catégories	60

*Agence de la santé
et des services
sociaux de la Capitale-
Nationale*

Québec 