

RAPPORT ANNUEL

1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020

Application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers de même que le respect de leurs droits



Le Rapport annuel 2019-2020 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers de même que le respect de leurs droits est une production du bureau du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Approuvé par le conseil d'administration le 16 septembre 2020.

4675, rue Bélanger
Montréal (Québec) H1T 1C2
Téléphone : 514 593-3600
ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca

Crédits auteurs et collaborateurs :

Recherche et rédaction

Céline Roy, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

Coordination

Céline Roy, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

Collaborateurs

Ilinca Tanasa, commissaire locale adjointe aux plaintes et à la qualité des services
Stéphane Marcil, commissaire local adjoint aux plaintes et à la qualité des services

Conception graphique

Geneviève Malo, adjointe à la direction

Notes

Dans ce document, l'emploi du masculin générique désigne aussi bien les femmes que les hommes et est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

Parfois, les pourcentages sont arrondis modifiant ainsi le total de certains calculs.

La reproduction est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

Ce document est disponible en ligne sur le site Web : www.ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca

© CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 2020

ISBN 978-2-550-87664-9 (format électronique)

DÉPÔT LÉGAL

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC, 2020

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA, 2020

TABLE DES MATIÈRES

LÉGENDE	1
MOT DE LA COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES	2
FAITS SAILLANTS	3
LA PRÉSENTATION DU RAPPORT	4
PRÉSENTATION DU RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES	5
BILAN DES ACTIVITÉS	6
1. PLAINTES	6
1.1. Tableau des dossiers de plainte selon la mission	6
1.2. Portrait des dossiers de plainte selon l'installation.....	7
1.3. Tableau des motifs de plainte	8
1.4. Tableaux des dossiers de plainte par motif selon la mission.....	8
1.5. Motifs de plainte ayant donné lieu à des mesures correctives	9
1.5.1. À portée systémique	9
1.5.2. À portée individuelle	9
1.6. Portrait des dossiers de plainte de maltraitance.....	10
1.6.1 Tableau des dossiers de plainte par forme de maltraitance.....	10
1.7. Recommandations du Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services	10
1.8. Délai pour le traitement des plaintes	13
1.9. Recours au Protecteur du citoyen	13
2. INTERVENTIONS	15
2.1. Tableau des dossiers d'intervention selon la mission	16
2.2. Portrait des dossiers d'intervention selon l'installation.....	17
2.3. Tableau des motifs d'intervention.....	17
2.4. Tableaux des dossiers d'intervention par motif selon la mission.....	18
2.5. Portrait des dossiers d'intervention de maltraitance.....	19
2.5.1. Tableau des dossiers de maltraitance.....	19
2.5.2. Tableau des dossiers d'intervention par forme de maltraitance.....	19
2.6. Intervention du Protecteur du citoyen	20
3. DEMANDES D'ASSISTANCE	20
3.1. Tableau des demandes d'assistance	20
4. DEMANDES DE CONSULTATION	20
4.1. Tableau des motifs de demandes de consultation	21
5. AUTRES FONCTIONS DU COMMISSAIRE	21
5.1. Tableau des autres fonctions du commissaire	22
6. RAPPORT DES MÉDECINS EXAMINATEURS	22
6.1. Portrait des dossiers de plainte médicale	23
6.2. Portrait des dossiers de plainte selon l'installation.....	23
6.3. Tableau des motifs de plainte médicale.....	24
6.4. Délais pour le traitement des plaintes médicales	24
6.5. Recours au Comité de révision	24
6.6. État des dossiers de plainte transmis au comité de révision.....	25
7. COMMENTAIRES DE SATISFACTION DES USAGERS	27
ANNEXE I	29
ANNEXE II	39
ANNEXE IV	46
ANNEXE V	49
ANNEXE VI	50
ANNEXE VII	52

LÉGENDE

BCLPQS	Bureau du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services
CH	Centre hospitalier
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHSP	Centre hospitalier de soins psychiatriques
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CLPQS	Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services
CLSC	Centre local de services communautaires
CM	Conseil multidisciplinaire
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CR	Centre de réadaptation
CRD	Centre de réadaptation en dépendance
CRDA	Centre de réadaptation pour personne présentant une déficience auditive
CRDI-TED	Centre de réadaptation pour personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement
CRDM	Centre de réadaptation pour personne présentant une déficience motrice
CRDP	Centre de réadaptation pour personne présentant une déficience physique
CRMDA	Centre de réadaptation pour mères en difficulté d'adaptation
CRPAT	Centre de réadaptation pour personnes alcooliques et autres personnes toxicomanes
OC	Organisme communautaire
Œ	Organisme avec entente (Atelier Le Fil D'Ariane, Clinique communautaire Pointe-Saint-Charles et Maison Elizabeth House)
RHTJP	Ressource offrant de l'hébergement en toxicomanie et en jeu pathologique
RI	Ressource intermédiaire
RPA	Résidence privée pour aînés
RTF	Ressource de type familial
SIGPAQS	Système d'information sur la gestion des plaintes et l'amélioration de la qualité des services

MOT DE LA COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

C'est un privilège de vous présenter le rapport annuel 2019-2020 du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers de même que le respect de leurs droits, et ce, conformément aux exigences prescrites par l'article 33, paragraphe 10 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* RLRQ, c. S -4.2¹. Ce rapport intègre également celui des médecins examinateurs et du comité de révision.

Le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal a comme mission de veiller à la santé et au bien-être de la population de son territoire. Dans le cadre des mandats locaux, régionaux et suprarégionaux qui lui sont dévolus, celui-ci offre une large gamme de services de santé et services sociaux généraux et spécialisés en s'assurant de les rendre accessibles, efficaces, efficients et de qualité.

Le bureau du commissaire local est responsable, envers le conseil d'administration, du respect des droits et du traitement diligent des plaintes de tous les usagers du CIUSSS du Centre-Sud y compris les résidences privées certifiées pour aînés du territoire, les ressources d'hébergement privées ou communautaires en dépendance de Montréal et les organismes communautaires de la région montréalaise. Il assume également la responsabilité de trois établissements du réseau de la santé par entente de services, soit la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles, l'Atelier le Fil d'Ariane et la Maison Elizabeth House.

En terminant, je tiens à remercier toutes les personnes qui se sont impliquées dans ce processus d'amélioration de la qualité des soins et des services dispensés, plus particulièrement, les usagers et leurs proches, les employés et les gestionnaires, ainsi que toute l'équipe du bureau du commissaire locale.

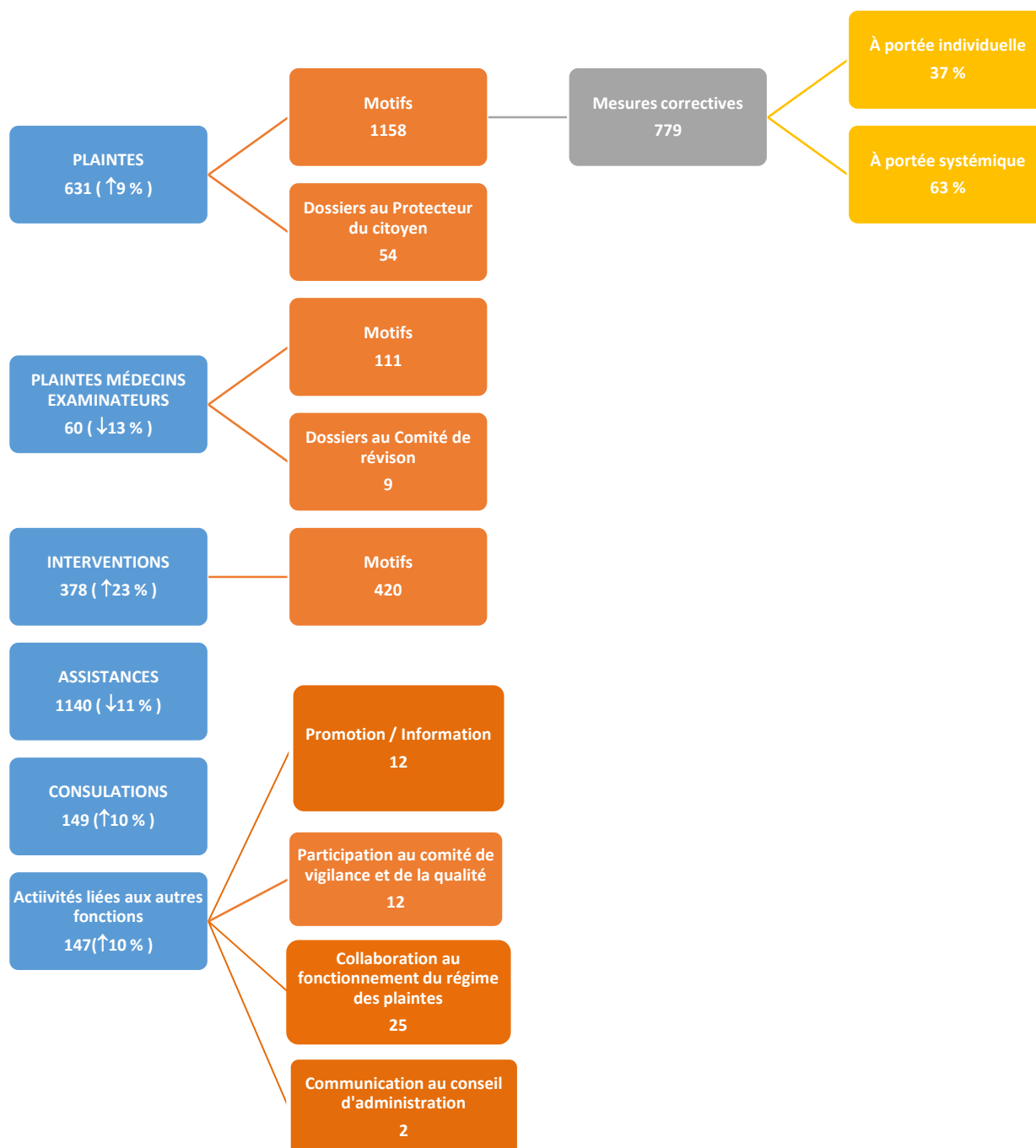


Céline Roy
Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

¹ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ, c. S -4.2 (« LSSSS »).

FAITS SAILLANTS

Le bureau du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services a traité 2358 dossiers au cours de l'exercice 2019-2020, répartis comme suit :



Notes :

- Diminution de 1 % du nombre de dossiers traités ;
- Au total, 46 % des dossiers de plainte ont été complétés en moins de 45 jours ;
- Des 54 dossiers transmis au Protecteur du citoyen, 9 ont fait l'objet de recommandations.

LA PRÉSENTATION DU RAPPORT

En vertu de la LSSSS, le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services a la responsabilité de préparer et de présenter au conseil d'administration, un rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers de même que le respect de leurs droits².

Conformément à l'article 53 de la LSSSS *modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*³, le ministre dépose à l'Assemblée nationale le rapport qui lui est transmis par tout centre intégré de santé et de services sociaux ou tout établissement non fusionné en application de l'article 76.10 de la LSSSS dans les trente jours de sa réception ou, si elle ne siège pas, dans les trente jours de l'ouverture de la session suivante ou de la reprise de ses travaux.

Conformément à l'article 76.11 de la LSSSS, ce rapport comprend le bilan des activités du bureau du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services et intègre le rapport des médecins examinateurs et celui du comité de révision.

Le rapport annuel doit aussi contenir les recommandations du commissaire local, du médecin examinateur coordonnateur, et indiquer les mesures correctives prises en vue d'améliorer la satisfaction des usagers et de favoriser le respect de leurs droits.

De plus, en vertu de l'article 14 de la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*⁴, le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services doit, dans le bilan des activités qu'il adresse à l'établissement, prévoir une section traitant spécifiquement des plaintes et des signalements qu'il a reçus, concernant des cas de maltraitance envers les personnes en situation de vulnérabilité, sans compromettre la confidentialité des dossiers de signalement, dont l'identité des personnes concernées par une plainte ou un signalement.

Afin de colliger les informations nécessaires, le système d'information de gestion des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services (SIGPAQS) est utilisé pour permettre la gestion intégrée des activités reliées à l'examen des plaintes, des dossiers d'intervention et des autres fonctions réalisées par le commissaire local.

² LSSSS, art. 33, paragraphe 10 et art.76.10.

³ *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, RLRQ. 2015, c. O -7.2.

⁴ *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*, RLRQ, c. L -6.3, (« Loi contre la maltraitance »).

PRÉSENTATION DU RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES

Les articles 29 et les suivants de la LSSSS prévoient un régime de traitement des plaintes des usagers ou de toute personne à l'égard d'un établissement, d'une ressource intermédiaire, d'une ressource de type familiale, d'une résidence privée certifiée pour aînés, d'une ressource certifiée d'hébergement en toxicomanie ou en jeu pathologique, d'un organisme communautaire et de toutes autres installations offrant des soins et des services de santé et des services sociaux.

Le régime permet de formuler une plainte écrite ou verbale auprès du commissaire local, dûment nommé par le conseil d'administration de l'établissement, sur les services de santé et les services sociaux que l'utilisateur a reçus, aurait dû recevoir, reçoit ou requiert.

Le commissaire local dont les fonctions sont exclusives au sein de l'établissement a également la responsabilité d'assurer la promotion de son indépendance, de prêter assistance à l'utilisateur, de donner son avis sur toute question de sa compétence et d'intervenir lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits d'un usager ou d'un groupe d'utilisateurs ne sont pas respectés.

Le régime d'examen des plaintes permet aussi à toute personne de formuler une plainte concernant un médecin, un dentiste ou un pharmacien, de même qu'un résident, et ce, auprès du médecin examinateur coordonnateur également nommé par le conseil d'administration.

Au terme d'un examen diligent et dans une perspective d'amélioration de la qualité des services, le commissaire local et les médecins examinateurs rendent des conclusions motivées au plaignant et peuvent, le cas échéant, formuler des recommandations au conseil d'administration.

La LSSSS prévoit également que l'utilisateur insatisfait des conclusions du commissaire local peut exercer un recours en deuxième instance auprès du Protecteur du citoyen. Quant aux plaintes médicales, elles peuvent être révisées par le comité de révision du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

BILAN DES ACTIVITÉS

Au cours de cet exercice, 2 358 personnes se sont adressées au bureau du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services. Leurs demandes avaient pour but d'exprimer leur insatisfaction, de recevoir de l'aide dans leurs démarches auprès de l'établissement ou pour demander l'avis du commissaire local sur l'application du régime d'examen des plaintes, les droits des usagers et l'amélioration de la qualité des services.

Vous trouverez ci-dessous le bilan détaillé des dossiers traités selon le type de dossier, la mission concernée et les motifs invoqués. Ce dernier sera complété par un sommaire des mesures correctives mises en place par l'établissement et des recommandations formulées envers celui-ci, le cas échéant.

1. PLAINTES

Il s'agit d'un type de dossier qui concerne une insatisfaction exprimée ou dirigée auprès du commissaire par un usager, son représentant ou l'héritier d'une personne décédée concernant les services que l'utilisateur a reçus, aurait dû recevoir, reçoit ou requiert d'un établissement ou d'une ressource à laquelle recourt un établissement⁵.

1.1. Tableau des dossiers de plainte selon la mission

Cette année, 631 dossiers de plainte ont été reçus comparativement à 577 pour l'année précédente. Il s'agit d'une augmentation de 9 %. Voici la répartition :

Mission	2018-2019	2019-2020
CH	175	210
CHSLD	51	34
CLSC	79	109
CPEJ	112	168
CRDITED	37	46
CRD	10	6
CRDM	20	15
CRDA	2	2
OC/Œ	29	34
RI	8	*
RPA	35	5
RHTJP	6	2
CIUSSS	13	*
TOTAL	577	631

*Les dossiers de plainte en RI et CIUSSS ont été déplacés dans leur mission respective.

Ce tableau comparatif nous permet de constater une augmentation des dossiers de plainte dans les missions CPEJ (49 %), CLSC (42 %) et CH (19 %) Les tableaux qui suivent apporteront des précisions sur ces augmentations.

⁵ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité, Direction de la qualité, *Cadre normatif pour SIGPAQS*, version 0.9.3, janvier 2013 (« Cadre normatif SIGPAQS »).

1.2. Portrait des dossiers de plainte selon l'installation

Installation	Reçus durant l'exercice	Transmis au Protecteur du citoyen
Centre de réadaptation en dépendance de Montréal	6	
Centre de réadaptation Lucie-Bruneau	6	2
Centre de répartition des demandes de services (CRDS)	3	
Centre d'hébergement Armand-Lavergne	2	
Centre d'hébergement Champlain	2	
Centre d'hébergement Saint-Henri	1	
Centre d'hébergement de Verdun	2	
Centre d'hébergement Émilie-Gamelin	5	1
Centre d'hébergement Jean-De La Lande	5	1
Centre d'hébergement Louis-Riel	1	
Centre d'hébergement Paul-Émile-Léger	2	1
Centre d'hébergement Réal-Morel	1	
Centre d'hébergement Yvon-Brunet	5	1
Centre jeunesse de Montréal	166	13
Clinique de périnatalité Jeanne-Mance	1	
CLSC de Saint-Henri	12	2
CLSC de Verdun	22	1
CLSC de Ville-Émard-Côte-Saint-Paul	9	
CLSC des Faubourgs — Parthenais	6	
CLSC des Faubourgs — Sainte-Catherine	11	
CLSC des Faubourgs — Visitation	8	1
CLSC du Plateau-Mont-Royal	15	1
CLSC Saint-Louis-du-Parc	6	3
CRDITED de Montréal	46	5
Direction de santé publique	1	
GMF Quartier-Latin	0	1
GMF Métro Monk	1	
GMF Notre-Dame	3	
GMF Sud-Ouest Verdun	1	
GMF-U de Verdun	6	
Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF)	7	
Hôpital chinois de Montréal	1	
Hôpital de Verdun	93	4
Hôpital Notre-Dame	113	8
Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal	9	1
Institut Raymond-Dewar	2	1
Institut universitaire de gériatrie de Montréal	7	
Maison de naissance Jeanne-Mance	2	
Organisme avec entente/Organisme communautaire	34	7
Résidence pour personnes âgées	5	
Ressource offrant de l'hébergement en toxicomanie et en jeu pathologique	2	
Urgence psychosociale-Justice (UPS-J)	1	
TOTAL	631	54

1.3. Tableau des motifs de plainte

Les 631 dossiers de plainte ont donné lieu à l'analyse de 1158 motifs répartis comme suit :

Motifs	2018-2019	2019-2020
Accessibilité	114	139
Aspect financier	28	26
Droits particuliers	148	191
Organisation du milieu et ressources matérielles	173	100
Relations interpersonnelles	205	216
Soins et services dispensés	499	482
Maltraitance	2	4
TOTAL	1169	1158

Les soins et services dispensés et les relations interpersonnelles ont toujours occupé ces rangs respectifs depuis plusieurs années. Par rapport à l'année précédente, les motifs de plainte associés aux catégories suivantes ont subi une augmentation :

- Accessibilité;
- Droits particuliers.

Vous trouverez au tableau suivant une analyse détaillée de ces motifs par mission.

1.4. Tableaux des dossiers de plainte par motif selon la mission

	CH		CHSLD		CLSC		CPEJ	
	18-19	19-20	18-19	19-20	18-19	19-20	18-19	19-20
Accessibilité	49	58	3	2	26	40	6	6
Aspect financier	13	18	2	0	1	2	3	3
Droits particuliers	45	46	7	13	15	30	31	69
Organisation du milieu et ressources matérielles	48	41	25	17	20	15	7	4
Relations interpersonnelles	72	80	18	8	27	44	35	62
Soins et services dispensés	115	106	45	26	75	73	122	218
Maltraitance	0	0	2	3	0	0	0	0
TOTAL	342	349	102	69	164	204	204	362

	CR		OC / CE		RPA		RHTJP	
	18-19	19-20	18-19	19-20	18-19	19-20	18-19	19-20
Accessibilité	25	26	4	7	0	0	1	0
Aspect financier	4	3	1	0	4	0	0	0
Droits particuliers	12	27	5	5	23	1	6	0
Organisation du milieu et ressources matérielles	15	6	3	14	39	1	4	2
Relations interpersonnelles	21	14	10	6	16	2	2	0
Soins et services dispensés	66	45	19	12	38	2	4	0
Maltraitance	0	0	0	0	0	1	0	0
TOTAL	143	121	42	44	120	7	17	2

Après une analyse détaillée, voici nos constats quant à la hausse de certains motifs:

- Le motif d’accessibilité, mission CH, concerne les deux hôpitaux, les sous-motifs sont : report de chirurgie, temps d’attente pour obtenir un rendez-vous et refus de services. Concernant les CLSC, le motif accessibilité réfère aux difficultés d’accès aux services et aux refus de services;
- Le motif relations interpersonnelles est en lien avec des commentaires et attitudes non verbales inappropriés et un manque de compréhension. D’ailleurs, plusieurs mesures correctives ont été mises en place;
- Le motif droits particuliers pour la mission CPEJ vise la confidentialité du dossier de l’usager, le droit à l’information sur le processus clinique et l’état de santé.

L’analyse détaillée des autres motifs ne nous permet pas de cibler des points de vigilance ou de récurrence.

1.5. Motifs de plainte ayant donné lieu à des mesures correctives

Des 1158 motifs traités, 779 ont donné lieu à des mesures correctives dont la majorité à portée systémique.

1.5.1. À portée systémique

Mesures correctives	
Adaptation des soins et services	300
Communication / promotion	62
Adoption / révision / application de règles et procédures	53
Adaptation du milieu et de l’environnement	40
Formation / supervision	29
Respect des droits	4
Promotion du régime	2
Ajustement financier	1
Autre	1
TOTAL	492

Vous trouverez à l’Annexe I, par ordre de fréquence, des mesures correctives mises en place par les gestionnaires concernés.

1.5.2. À portée individuelle

Mesures correctives	
Adaptation des soins et services	166
Information / sensibilisation d’un intervenant	63
Conciliation / intercession / médiation / liaison / précision / explication	15
Respect des droits	14
Obtention des services	10
Ajustement financier	9
Adaptation du milieu et de l’environnement	6
Respect du choix	3
Autre	1
TOTAL	287

À l'Annexe II, vous trouverez des exemples de mesures correctives à portée individuelle, par ordre de fréquence.

1.6. Portrait des dossiers de plainte de maltraitance

Définition de la maltraitance

Un geste singulier ou répétitif ou un défaut d'action appropriée qui se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance et qui cause, intentionnellement ou non, du tort ou de la détresse à une personne⁶

Au total, trois dossiers de plainte ayant comme motif la maltraitance ont été examinés. Les trois dossiers étaient fondés et concernaient la mission CHSLD et une résidence privée pour aînés.

1.6.1. Tableau des dossiers de plainte par forme de maltraitance

Les trois dossiers ont donné lieu à l'analyse de quatre motifs répartis par forme de maltraitance :

Motifs	
Physique	2
Matérielle ou financière	0
Psychologique	0
Organisationnelle	0
Sexuelle	0
Violation des droits	2
Âgisme	0
TOTAL	4

À l'Annexe IV, vous trouverez les formes de maltraitance, exemples d'indices observables et d'outils de repérage.

1.7. Recommandations du Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

Au cours de l'année le bureau du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services a formulé des recommandations dans les 7 dossiers suivants.

Dossier 1/Mission CRDITED

- R-1** Assurer à ces usagers qu'ils reçoivent les réponses à leurs besoins, comme précisé dans l'entente initiale;
- R-2** Qu'ils puissent atteindre le résultat souhaité par le programme, soit l'intégration d'un milieu résidentiel de la communauté (milieu naturel ou de l'établissement).

⁶ Loi contre la maltraitance, art.2 (3).

Dossier 2/Mission CRDITED

R-1 Que la direction DI-TSA-DP s'assure que l'enfant soit hébergé dans des conditions qui répondent à ses besoins, et ce, dans un délai raisonnable. Dans l'attente d'un déplacement, nous recommandons que la direction s'assure que :

- a) Le plan de transition qui sera essentiel à la demande de déplacement soit élaboré en tenant compte des recommandations du SQETGC;
- b) Les solutions du comité éthique soient prises en considération;
- c) La demande de l'équipe EID s'actualise en vue d'estomper l'usager des mesures de contrôle (plan de chambre).

R-2 Que dans un délai raisonnable des décisions soient prises afin :

- a) D'assurer à ce que ces usagers reçoivent les réponses à leurs besoin, comme précisé dans l'entente initiale;
- b) Qu'ils puissent atteindre le résultat souhaité par le programme, soit l'intégration d'un milieu résidentiel de la communauté (milieu naturel ou de l'établissement).

Dossier 3/Mission CRDITED

R-1 Que la direction adjointe s'assure que les plans d'intervention soient révisés, comme prescrit par la Loi et qu'ils soient consignés au dossier de l'usager (SIPAD).

R-2 Que la direction adjointe s'assure que les plans d'action multimodale soient mis à jour comme prescrit, que les informations soient consignées au dossier de l'usager.

R-3 Que la direction adjointe s'assure que les notes d'évolution inscrites au dossier de l'usager soient le reflet de la pratique professionnelle et clinique, comme attendu, et qu'elles soient inscrites selon un délai raisonnable.

Dossier 4/Mission CRDITED

R-1 Que le service AEO communique annuellement avec les usagers ou leurs représentants, afin de les informer du temps d'attente prévisible et revalider leur situation jusqu'à l'entrée en service.

Dossier 5/Mission CRDITED

R-1 Que la direction adjointe DI-TSA-DP 1^{re}, 2^e et 3^e ligne s'assure que toutes les informations pertinentes à la prise de décision quant à la priorisation d'une demande de services soient considérées notamment lorsqu'il y a des partenaires impliqués, comme le CJM-IU.

R-2 Que le dossier de l'usager au CRDITED de Montréal fasse l'objet d'une réévaluation quant à la priorisation de la demande de services en tenant compte de l'implication du CJM-IU.

R-3 Que le service adaptation/réadaptation, Programme TSA 7-100 ans, s'assure que les usagers et leurs représentants soient informés de l'état de leur dossier lorsqu'il y a une rupture de services.

R-4 Que le service adaptation/réadaptation, Programme TSA 7-100 ans, incluant ses gestionnaires, agissent avec diligence, rigueur et célérité dans les retours d'appels aux usagers, à leurs représentants et aux partenaires impliqués comme le CJM-IU.

Dossier 6/Mission CH

R-1 Retirer le logo de l'établissement de la grille tarifaire, ainsi que de la facture émise par le médecin.

R-2 De travailler de concert avec les personnes concernées pour s'assurer que les informations inscrites sur la grille tarifaire et sur la facture soient exactes et pour clarifier les recours accessibles pour l'utilisateur qui conteste ces frais.

R-3 De clarifier les procédures en vigueur pour l'obtention de résumés de dossier et l'envoi de photocopies pour les usagers au sein des cliniques externes. Selon le cas, d'en informer le personnel en soutien administratif aux médecins et d'y sensibiliser les médecins détenant des privilèges dans l'établissement susceptible de recevoir de telles demandes, le tout afin de s'assurer que les usagers sont référés au bon endroit pour ces démarches.

R-4 De statuer sur les tâches du personnel en soutien administratif quant à la complétion du formulaire et la collecte des sommes réclamées et la remise de la facture.

Dossier 7/Mission CPEJ

R-1 Que la direction adjointe effectue les démarches nécessaires pour s'assurer que les intervenants chargés de l'inscription d'un usager dans un établissement scolaire affilié par entente, informent les parents ou l'utilisateur âgé de plus de 14 ans de manière complète et spécifique sur ces aspects :

- La nature des renseignements personnels que les intervenants de deux organisations se communiqueront;
- La confidentialité et l'usage de ces renseignements;
- Le nom des personnes qui se communiqueront ces renseignements et les organismes auxquels ils sont rattachés;
- La possibilité que les intervenants autorisés à consulter les renseignements échangés inscrivent ces derniers dans leur dossier;
- Les droits d'accès et de rectification prévus par les lois applicables.

R-2 Que la direction adjointe effectue les démarches nécessaires pour s'assurer que les intervenants responsables de l'inscription des usagers du CJM-IU dans les établissements scolaires affiliés par entente, respectent les règles entourant la confidentialité et la sollicitation du consentement des parents ou de l'utilisateur âgé de plus de 14 ans conformément aux articles 8, 9, 12 et 13 de *L'entente-cadre*.

R-3 Que la direction adjointe effectue les démarches nécessaires pour s'assurer que la signature des parents et de l'utilisateur de plus de 14 ans soit présente sur les formulaires : dossier de l'élève, formulaire santé (Urgence), ainsi que le dossier d'aide particulière. Dans les cas où la signature ne pourrait être obtenue, une note explicative devrait être consignée au dossier de l'utilisateur au CJM-IU précisant les moyens pris pour l'obtenir.

- R-4** Que la direction adjointe effectue les démarches nécessaires pour fournir un outil d'aide à la complétion pour ce type de formulaire, qui inclut notamment les points de vigilance devant être respectés pour informer adéquatement l'utilisateur et de solliciter son consentement libre et éclairé à la transmission d'informations détenues par le CJM-IU. Cet outil devrait aussi comprendre les adaptations nécessaires pour s'assurer que les informations transmises par l'intervenant le soient dans un langage adapté, en vue d'en faciliter la compréhension des enjeux, surtout pour les usagers âgés de 14 à 18 ans. Cet outil devrait être aisément accessible à tous les intervenants du CJM-IU, qui ne sont pas familiers avec la complétion d'un tel formulaire.
- R-5** Que la direction adjointe évalue la possibilité de se doter d'un mécanisme permettant la traçabilité et l'accès par le CJM-IU au formulaire d'inscription de l'élève, complété par ses intervenants. Ces mesures pourraient s'avérer d'intérêt en cas d'audit de qualité ou de recours administratif.
- R-6** Que la direction adjointe effectue les démarches nécessaires pour valider que les exigences relatives à la complétion du formulaire d'inscription de l'élève, soit un acte qui réponde aux exigences du consentement libre et éclairé, et qui respecte le champ de pratique de l'intervenant du CJM-IU. Cette recommandation vise plus spécifiquement la complétion des sous-sections : *Autorisation de transmission du dossier de l'élève (document 14) et Dossier professionnel institutionnel – Consentement à l'intervention professionnelle, pages 1 et 2.*
- R-7** Que la direction adjointe effectue les démarches nécessaires afin de remplir son engagement pour créer et maintenir un comité interétablissements, conformément aux articles 29 et 31 de l'*Entente-cadre*, entre le Centre jeunesse de Montréal et la Commission scolaire de Montréal. Conformément au mandat établi par ce comité, que la direction transmette aux représentants de la Commission scolaire de Montréal les enjeux entourant la contribution du CJM-IU à l'inscription d'un de ses usagers dans son établissement scolaire (formulaires utilisés, signatures requises, nature des renseignements demandés, etc.)

Il est à noter que le comité de vigilance et de la qualité est principalement responsable d'assurer, auprès du conseil d'administration, le suivi des recommandations du commissaire local aux plaintes et à qualité des services ou du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées, conformément aux dispositions de la LSSSS⁷.

1.8. Délai pour le traitement des plaintes

Au total, 46 % des dossiers de plainte ont été conclus conformément au délai de 45 jours comparativement à 64 % pour l'exercice précédent.

Vous trouverez à l'Annexe III, un tableau détaillé concernant les délais pour le traitement des dossiers de plainte.

1.9. Recours au Protecteur du citoyen

Au cours de l'année 2019-2020, 54 dossiers ont été transmis au Protecteur du citoyen dont 9 ont donné lieu aux recommandations suivantes :

⁷ LSSSS, art. 181.0.1.

Dossier 1/Mission CH

R1 Rappeler à l'ensemble du personnel infirmier concerné qu'il doit aviser le médecin lorsqu'il est informé qu'un usager ou une usagère présente une douleur sévère et/ou qu'il considère que la douleur est un signe de détérioration de son état.

R2 Rappeler au personnel concerné qu'il doit toujours chercher à remplacer la literie lorsqu'un usager ou une usagère l'informe que celle-ci est souillée.

R3 Rappeler au personnel infirmier concerné qu'il doit s'assurer d'administrer l'insuline à la bonne dose et en conformité avec l'ordonnance médicale disponible au dossier.

R4 Déclarer les erreurs de dose d'administration d'insuline du 3 et 5 février en soirée à l'aide du rapport de déclaration d'incident ou d'accident – AH-223.

Dossier 2/Mission CLSC

R1 Rappeler au personnel d'intervention du CLSC de Verdun les normes en matière d'accès à l'information.

R2 Prendre les moyens nécessaires afin que des évaluations soient réalisées périodiquement concernant l'élaboration des plans d'intervention et les plans de services individualisés par les intervenants des services jeunesse de première ligne.

R3 Rappeler aux intervenants des services jeunesse de première ligne la possibilité d'élaborer des plans de services intersectoriels individualisés avec le milieu scolaire, lorsque requis.

Dossier 3/CRDM

R1 Procéder à l'évaluation des besoins et du potentiel de réadaptation de l'usagère.

R2 Réviser le plan d'intervention (PI) en y précisant l'ensemble des services requis ainsi que la fréquence, l'intensité et l'échéancier de ceux-ci.

R3 Maintenir les services de physiothérapie pour l'ensemble de la période où il y aura évaluation de la condition de l'usagère et révision du PI.

Dossier 4/CRDA

R1 S'assurer que les usagers inscrits à ces services soient, dès leur inscription, informés de la possibilité de recevoir certains services de leur réseau local de services, en complément à ceux offerts par le centre de réadaptation.

Dossier 5/CRDITED

R1 Se doter d'une entente de partenariat formelle précisant les fondements légaux et règlementaires à la base de la collaboration entre les établissements, le rôle attendu de chacun, selon la mission qui lui est propre et les modalités d'élaboration et de coordination des PSI pour leur clientèle commune, ayant une DI ou un TSA, prise en charge à long terme dans les installations de l'IUSMM.

R2 Mettre en œuvre le plan de service individualisé (PSI) du 30 septembre 2019 et de solliciter le soutien de l'OPHQ pour en assurer la coordination.

R3 De mettre à jour le PI de l’usager dans le contexte du PSI, dispenser les services planifiés et assurer la révision de ce plan tous les 90 jours.

Dossier 6/CRDITED

R1 Proposer à l’usagère et à sa représentante légale de réviser le plan d’intervention individualisé (PII) dans le but de définir une offre de services spécifiques et spécialisés axée sur le projet de vie de l’usagère à court, moyen et long terme.

R2 Réévaluer, s’il y a lieu, l’aptitude au consentement de l’usagère selon les services qui seront proposés, dans le respect des bonnes pratiques en la matière.

R3 Élaborer et adopter une procédure de consentement aux soins, précisant notamment les modalités d’évaluation de l’aptitude au consentement des usagers ayant une DI ou un TSA, de même que de bonnes pratiques de communication avec leurs proches ou leur représentant légal à propos de cette obligation.

Dossier 7/CH

R1 Harmoniser les pratiques au regard des communications aux patients qui attendent à l’urgence, en diffusant une procédure à cet égard.

Dossier 8/CPEJ

R1 Effectuer un rappel aux intervenants quant à la nécessité d’informer les parents après chaque mesure de contrôle exercée, et ce, le plus rapidement possible.

R2 Émettre une consigne claire afin que les intervenants présentent systématiquement aux parents le formulaire informatif sur l’utilisation des mesures particulière d’un usager hébergé en RI, et ce, dès son admission.

Dossier 9/CPEJ

R1 Procéder à la mise à jour de la Politique et des procédures inter-centre jeunesse.

R2 Dans l’attente de la nouvelle politique, clarifier le concept d’unité familiale et en assurer sa diffusion.

R3 Prévoir, dans la mise à jour de la politique, un mécanisme permanent de coordination permettant d’assurer une compréhension commune de celle-ci et une uniformité de la pratique des répondants dans la province.

Il est à noter que le comité de vigilance et de la qualité est responsable principalement d’assurer, auprès du conseil, le suivi des recommandations du commissaire local aux plaintes et à qualité des services ou du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées, conformément aux dispositions de la LSSSS⁸.

2. INTERVENTIONS

Il s’agit d’un type de dossier, dont l’information menant à son ouverture peut provenir de toute personne, dans lequel le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services intervient de sa propre initiative ou sur signalement lorsqu’il juge avoir des motifs raisonnables de croire que les droits d’un usager ou d’un groupe d’usagers ne sont pas respectés⁹.

⁸ LSSSS, art. 33, par. 6.

⁹ LSSSS, art. 33, par. 7.

Ce type de demande exige la même démarche d'analyse qu'un dossier de plainte.

2.1. Tableau des dossiers d'intervention selon la mission

Au total, 378 dossiers d'intervention ont été ouverts, dont 366 à la suite d'un signalement et 12 sur constat du commissaire local. Il s'agit d'une augmentation de 23 % par rapport à l'exercice précédent.

Mission	2018-2019	2019-2020
CH	92	141
CHSLD	55	80
CLSC	38	70
CPEJ	14	24
CRDITED	11	33
CRD	3	1
CRDM	9	9
CRDA	1	4
OC/Œ	9	7
RI	12	*
RPA	51	9
RHTJP	2	0
CIUSSS	10	*
TOTAL	307	378

*Les dossiers d'intervention en RI et CIUSSS ont été déplacés dans leur mission respective.

Ce tableau nous permet de constater une augmentation significative des dossiers d'intervention dans les missions CRDITED (191 %), CLSC (84 %) et CPEJ (64 %).

2.2. Portrait des dossiers d'intervention selon l'installation

Installation	Reçus durant l'exercice
Centre de réadaptation en dépendance de Montréal	1
Centre de réadaptation Lucie-Bruneau	1
Centre de répartition des demandes (CRDS)	1
Centre d'hébergement Armand-Lavergne	5
Centre d'hébergement Bruchési	1
Centre d'hébergement Champlain	9
Centre d'hébergement de Saint-Henri	1
Centre d'hébergement de Verdun	3
Centre d'hébergement des Seigneurs	4
Centre d'hébergement du Manoir-de-l'Âge-d'Or	3
Centre d'hébergement Émilie-Gamelin	7
Centre d'hébergement Ernest-Routhier	5
Centre d'hébergement Jean-De la Lande	5
Centre d'hébergement Louis-Riel	5
Centre d'hébergement Paul-Émile-Léger	7
Centre d'hébergement Réal-Morel	8
Centre d'hébergement Yvon-Brunet	8
Centre jeunesse de Montréal	24
CLSC de Verdun	26
CLSC de Verdun – Île-des-Soeurs	6
CLSC de Ville-Émard-Côte-Saint-Paul	5
CLSC de Saint-Henri	2
CLSC des Faubourgs — Parthenais	2
CLSC des Faubourgs — Sainte-Catherine	2
CLSC des Faubourgs — Visitation	3
CLSC du Plateau Mont-Royal	4
CLSC Saint-Louis-du-Parc	9
CRDITED de Montréal	33
Direction de la Santé publique	1
GMF Notre-Dame	1
GMF-U de Verdun (Hôpital de Verdun)	8
Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF)	2
Hôpital chinois de Montréal	2
Hôpital de Verdun	56
Hôpital Notre-Dame	83
Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal	8
Institut universitaire de gériatrie de Montréal	7
Institut Raymond-Dewar	4
Organisme avec entente/Organisme communautaire	7
Résidence pour personnes âgées	9
TOTAL	378

2.3. Tableau des motifs d'intervention

Les 378 dossiers d'intervention ont donné lieu à l'analyse de 420 motifs. De ce nombre, 227 motifs ont donné lieu à des mesures correctives, dont 118 à portée individuelle.

Motifs	2018-2019	2019-2020
Accessibilité	25	51
Aspect financier	19	3
Droits particuliers	54	56
Organisation du milieu et ressources matérielles	104	89
Relations interpersonnelles	68	55
Soins et services dispensés	96	91
Maltraitance	42	75
Total	408	420

Dans le présent rapport, les motifs d'intervention ont subi une hausse de 77 % par rapport à l'exercice précédent.

2.4. Tableaux des dossiers d'intervention par motif selon la mission

	CH		CHSLD		CLSC		CPEJ	
	18-19	19-20	18-19	19-20	18-19	19-20	18-19	19-20
Accessibilité	12	25	1	2	7	15	0	1
Aspect financier	4	1	6	1	2	0	0	1
Droits particuliers	17	23	9	6	10	10	5	7
Organisation du milieu et ressources matérielles	21	37	16	28	4	10	4	0
Relations interpersonnelles	25	27	17	8	8	9	1	3
Soins et services dispensés	32	27	15	12	9	22	6	11
Maltraitance	1	4	16	36	13	19	0	0
TOTAL	112	144	80	93	53	85	16	23

	CR		OC / CE		RPA		RHTJP	
	18-19	19-20	18-19	19-20	18-19	19-20	18-19	19-20
Accessibilité	2	4	1	3	2	1	0	0
Aspect financier	1	0	2	0	3	0	1	0
Droits particuliers	2	8	2	1	8	1	1	0
Organisation du milieu et ressources matérielles	10	8	4	1	41	5	4	0
Relations interpersonnelles	5	6	2	2	8	0	2	0
Soins et services dispensés	9	14	6	1	16	4	3	0
Maltraitance	5	13	0	0	7	3	0	0
TOTAL	34	53	17	8	85	14	11	0

Après une analyse détaillée des catégories de motifs, voici nos constats :

- Le motif accessibilité pour la mission CH réfère au temps d'attente pour obtenir un rendez-vous et aux reports de chirurgie;
- Le motif soins et services dispensés pour la mission CLSC cible les habiletés techniques et professionnelles et l'absence de suivi.

Mis à part les signalements de maltraitance, l'analyse détaillée des motifs d'intervention concernant les autres missions ne permet pas de ressortir des points de vigilance ou de récurrence.

2.5. Portrait des dossiers d'intervention de maltraitance

Définition de la maltraitance

Un geste singulier ou répétitif ou un défaut d'action appropriée qui se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance et qui cause, intentionnellement ou non, du tort ou de la détresse à une personne¹⁰

Au total, 68 dossiers d'intervention ayant comme motif la maltraitance ont été traités, soit une augmentation de 62 % par rapport à l'année dernière.

2.5.1. Tableaux des dossiers de maltraitance

Nombre de dossiers	
Non fondé	16
Fondé	38
Examen non complété	7
Actif	7
TOTAL	68

La répartition des dossiers, dont le signalement est fondé selon la mission :

Nombre de dossiers par mission	
CHSLD	24
CLSC	9
CH	3
CRDITED	1
RPA	1
TOTAL	38

2.5.2. Tableau des dossiers d'intervention par forme de maltraitance

Considérant qu'un dossier d'intervention de maltraitance peut comporter plus d'un motif, les 68 dossiers ont donné lieu à l'analyse de 77 motifs répartis par forme de maltraitance :

Nombre de motifs	
Physique	24
Matérielle ou financière	31
Psychologique	15
Organisationnelle	1
Sexuelle	4
Violation des droits	2
TOTAL	77

¹⁰ Loi contre la maltraitance, art.2 (3).

À l'Annexe IV, vous trouverez les formes de maltraitance, exemples d'indices observables et d'outils de repérage.

2.6. Intervention du Protecteur du citoyen

De sa propre initiative, le Protecteur du citoyen est intervenu dans un dossier, sous la mission organisme communautaire, pour la période visée. L'intervention du Protecteur du citoyen n'a donné lieu à aucune recommandation et a été fermé en date du 7 novembre 2019.

Il est à noter que le comité de vigilance et de la qualité est responsable principalement d'assurer, auprès du conseil d'administration, le suivi des recommandations du commissaire local aux plaintes et à qualité des services ou du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées, conformément aux dispositions de la LSSSS¹¹.

3. DEMANDES D'ASSISTANCE

Il s'agit d'un type de dossier qui concerne généralement une demande d'aide concernant la formulation d'une plainte ou l'obtention d'un soin ou d'un service¹². Au total, 1140 demandes d'assistance ont été reçues.

3.1. Tableau des demandes d'assistance

Cette année les demandes d'assistance ont diminué de 11 %.

	2018-2019	2019-2020
Aide concernant un soin ou un service	631	644
Aide à la formulation d'une plainte	656	496
TOTAL	1287	1140

4. DEMANDES DE CONSULTATION

Il s'agit d'un type de dossier qui concerne les demandes d'avis portant notamment sur toute question relevant de la compétence du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services¹³.

Au total, 149 demandes de consultation ont été reçues. Il s'agit d'une augmentation de 10 % par rapport à l'exercice précédent.

¹¹ Loi contre la maltraitance, art. 181.0.1.

¹² Cadre normatif SIGPAQS.

¹³ Cadre normatif SIGPAQS.

4.1. Tableau des motifs de demandes de consultation

Motifs	2018-2019	2019-2020
Accessibilité	9	4
Aspect financier	2	4
Droits particuliers	93	100
Maltraitance	0	14
Organisation du milieu et ressources matérielles	5	6
Relations interpersonnelles	9	6
Soins et services dispensés	17	13
Autre	1	2
Total	136	149

5. AUTRES FONCTIONS DU COMMISSAIRE

L'article 33 de la LSSSS circonscrit les fonctions du commissaire local au respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes. Pour servir les intérêts des usagers, il ne faut toutefois pas en faire une lecture limitative.

À titre d'exemple :

- **Diffuse l'information sur les droits et les obligations des usagers et sur le code d'éthique** dans le but d'améliorer la possibilité pour une personne de faire valoir ses droits de manière adéquate;
 - L'amélioration des connaissances relatives aux droits des usagers et des recours existants concerne non seulement les personnes qui reçoivent des services, mais aussi les personnes de leur entourage, les intervenants et les administrateurs responsables de leur planification, de leur dispensation et de leur gestion;
 - Par conséquent, le commissaire local aura à développer et à utiliser, sur une base continue, divers moyens de communication auprès des usagers ou de leurs représentants, des familles, des proches, des employés, des intervenants, des gestionnaires, des bénévoles, etc., pour s'assurer qu'ils sont bien informés et qu'ils améliorent leurs connaissances et leur compréhension des droits et mécanismes de recours.
- **Assure la promotion du régime d'examen des plaintes.** La promotion du régime d'examen des plaintes va au-delà de sa simple publication. L'instauration d'alliances et de collaborations avec des groupes de promotion et de défense des droits, les Centres d'assistance et d'accompagnement ainsi qu'un maillage avec les instances en lien avec les structures de l'établissement comme les conseils professionnels, notamment le conseil des infirmières et infirmiers (CII), le conseil multidisciplinaire (CM) et le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) optimiseront la réalisation de cette fonction. Pour les mêmes raisons, il doit tenter d'établir des liens de confiance et de collaboration avec le comité des usagers et les comités de résidents;

- **À titre de membre désigné au sein du comité de vigilance et de la qualité**, le commissaire local sera témoin des suites qui seront données aux recommandations qu’il aura transmises au conseil d’administration dans le cadre de son mandat de traitement des plaintes et d’interventions et il pourra proposer, de concert avec les autres membres du comité, des mesures visant à améliorer la qualité des services;
- **Donne son avis sur les questions de sa compétence** : respect des droits des usagers, régime d’examen des plaintes, code d’éthique, aspects relatifs à l’amélioration de la satisfaction des usagers.

5.1. Tableau des autres fonctions du commissaire

Les autres fonctions du commissaire ont subi une hausse de 10 % par rapport à l’année précédente.

	2018-2019	2019-2020
Promotion/information	102	108
Communication au conseil d’administration (en séance)	1	2
Participation au comité de vigilance et de la qualité	11	12
Collaboration au fonctionnement du régime d’examen des plaintes	20	25
Total	134	147

6. RAPPORT DES MÉDECINS EXAMINATEURS

Pour l’application de la procédure d’examen des plaintes qui concernent un médecin, dentiste, pharmacien, de même qu’un résident en médecine, le conseil d’administration de l’établissement désigne, sur recommandation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), un médecin examinateur coordonnateur et des médecins examinateurs qui exercent ou non leur profession dans un centre exploité par l’établissement. Le directeur des services professionnels peut être désigné pour agir à ce titre.

Si l’établissement exploite plusieurs centres ou installations, le conseil d’administration peut, s’il l’estime nécessaire et sur recommandation du CMDP, désigner un médecin examinateur par centre ou par installation.

Les médecins examinateurs de l’établissement sont responsables envers le conseil d’administration de l’application de la procédure d’examen des plaintes qui concernent un médecin, un dentiste ou un pharmacien de même qu’un résident en médecine¹⁴.

Le conseil d’administration doit prendre les mesures nécessaires pour préserver en tout temps l’indépendance des médecins examinateurs dans l’exercice de leurs fonctions.

À cette fin, le conseil d’administration doit notamment s’assurer que les médecins examinateurs, en tenant compte, le cas échéant, des autres fonctions qu’ils peuvent exercer pour l’établissement, ne se trouvent pas en situation de conflit d’intérêts dans l’exercice de leurs fonctions¹⁵.

¹⁴ LSSSS, art. 42.

¹⁵ LSSSS, art. 43.

6.1. Portrait des dossiers de plainte médicale

Au total, 60 dossiers de plainte ont été reçus pour cette période, représentant une diminution de 13 % par rapport à l'exercice précédent. De ce nombre, 9 dossiers ont été transmis au comité de révision.

Mission	2018-2019	2019-2020
CH	55	51
CHSLD	4	3
CIUSSS	0	2
CLSC	10	4
TOTAL	69	60

Des 60 dossiers de plaintes médicales :

- 9 dossiers : rejetés sur examen sommaire;
- 3 dossiers : désistement;
- 2 dossiers : hors compétence;
- 1 dossier : refus de collaborer.

6.2. Portrait des dossiers de plainte selon l'installation

Instance visée	Reçus durant l'exercice
Centre d'hébergement Armand-Lavergne	1
Centre d'hébergement Champlain	1
CIUSSS Centre-sud-de-l'île-de-Montréal	2
CLSC des Faubourgs — Parthenais	1
GMF 1851 Milenia	1
GMF des Faubourgs	1
GMF-U de Verdun	1
Hôpital de Verdun	23
Hôpital Notre-Dame	28
Institut universitaire de gériatrie de Montréal	1
TOTAL	60

6.3. Tableau des motifs de plainte médicale

Au total, 111 motifs de plaintes ont été examinés, comparativement à 91 pour l'exercice précédent.

Motifs	2018-2019	2019-2020
Accessibilité	4	6
Aspect financier	1	2
Droits particuliers	5	4
Org. du milieu et ress. matérielles	0	0
Relations interpersonnelles	40	51
Soins et services dispensés	41	47
Autre	0	1
Total	91	111

Des 111 motifs traités, aucun n'a donné lieu à des mesures correctives.

6.4. Délais pour le traitement des plaintes médicales

Au total, 76 % des plaintes médicales ont été traitées en deçà de 45 jours.

Vous trouverez à l'Annexe V, un tableau détaillé concernant les délais pour le traitement des dossiers de plainte des médecins examinateurs.

6.5. Recours au Comité de révision

Le comité de révision est une instance relevant du conseil d'administration.

En vertu de l'article 52 de la LSSSS, sauf lorsqu'une plainte est acheminée pour étude à des fins disciplinaires, le comité de révision a pour fonction de réviser le traitement accordé à l'examen d'une plainte par un des médecins examinateurs de l'établissement. À cet effet, il doit prendre connaissance de l'ensemble du dossier de plainte, s'assurer que l'examen de la plainte a été effectué de façon appropriée, diligemment et avec équité et que les motifs des conclusions du médecin examinateur, le cas échéant, se fondent sur le respect des droits et des normes professionnelles. Au terme de sa révision, le comité doit, dans les 60 jours de la réception d'une demande de révision, communiquer par écrit un avis motivé au plaignant, au professionnel concerné, au médecin examinateur et au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services de l'établissement.

Motifs à l'appui, l'avis du comité doit conclure à l'une des options suivantes :

1. Confirmer les conclusions du médecin examinateur de l'établissement;
2. Requérir du médecin examinateur qu'il effectue un complément d'examen dans un délai fixé par le comité et qu'il transmette ses nouvelles conclusions au plaignant, avec copie au comité de révision, au professionnel concerné ainsi qu'au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services;
3. Lorsque la plainte concerne un médecin, un dentiste ou un pharmacien, membre du CMDP, institué pour l'établissement, acheminer copie de la plainte, ainsi que du dossier, vers ce conseil pour son étude à des fins disciplinaires par un comité constitué à cette fin;

4. Recommander au médecin examinateur ou, s'il y a lieu, aux parties elles-mêmes, toute mesure de nature à les réconcilier.

6.6. État des dossiers de plainte transmis au comité de révision

Neuf dossiers ont été transmis au comité de révision, dont voici les détails :

Motifs	Délai d'examen	Conclusion
Hôpital Notre-Dame		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Soins et services dispensés/traitement/intervention/services (action faite)/plan de services ou plan d'intervention; 2. Relations interpersonnelles/communication/attitude/manque d'empathie; 3. Relations interpersonnelles/communication/attitude/manque d'information; 4. Soins et services dispensés/décision clinique/évaluation et jugement professionnels. 	118 jours	Traitement complété/Sans mesure/Aucune action
Hôpital de Verdun		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Relations interpersonnelles/communication/attitude/manque d'empathie; 2. Soins et services dispensés/traitement/intervention/services (action faite)/approche thérapeutique. 	53 jours	Traitement complété/Sans mesure/Aucune action
Hôpital Notre-Dame		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Relations interpersonnelles/communication/attitude/manque d'écoute; 2. Droits particuliers/consentement/libre et éclairé aux services; 3. Soins et services dispensés/Traitement/intervention/services (action faite)/médication. 	-	L'examen du comité de révision est en cours.
CLSC de Verdun		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Relations interpersonnelles/communication/attitude/manque d'écoute; 2. Soins et services dispensés/traitement/intervention/services (action faite)/médication. 	30 jours	Traitement complété/Sans mesure/Aucune action

CLSC des Faubourgs - Parthenais		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Relations interpersonnelles/communication/attitude/manque d'écoute; 2. Soins et services dispensés/décision clinique/autre; 3. Relations interpersonnelles/communication/attitude/manque d'empathie. 	43 jours	Traitement complété/Avec mesure : Demander au CLSC des Faubourgs de faire une démarche auprès d'une autre clinique pour trouver un nouveau médecin de famille à l'usager, pour assurer la prise en charge de son suivi médical.
Hôpital Notre-Dame		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Relations interpersonnelles/abus/menace; 2. Relations interpersonnelles/communication/attitude/attitude non verbale inappropriée; 3. Soins et services dispensés/traitement/intervention/services (action faite)/approche thérapeutique. 	48 jours	Traitement complété/Sans mesure/Aucune action
Hôpital Notre-Dame		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Droits des particuliers/droit de recours; 2. Soins et services dispensés/traitement/intervention/services (action faite)/approche thérapeutique. 	-	À la demande de l'usagère, le dossier est en suspens
Hôpital de Verdun		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Relations interpersonnelles/communication/attitude/manque d'information; 2. Relations interpersonnelles/respect/manque à l'égard de la personne/manque de politesse; 3. Soins et services dispensés/traitement/intervention/services (action faite)/interventions. 	-	L'examen du comité de révision est en cours.
Hôpital de Verdun		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Relations interpersonnelles/abus/harcèlement psychologique (répétitif); 2. Relations interpersonnelles/respect/manque à l'égard de la personne/manque de politesse. 	-	L'examen du comité de révision est en cours.

Le comité de révision a conclu 89 % des dossiers dans un délai de 60 jours.

7. COMMENTAIRES DE SATISFACTION DES USAGERS

Puisqu'il s'agit du rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers de même que le respect de leurs droits, nous souhaitons le terminer en y ajoutant quelques extraits de commentaires de satisfaction que nous avons reçus au bureau du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services. Nous avons, bien entendu, fait suivre ces commentaires aux personnes visées et à leur supérieur.

« Je voulais prendre le temps de vous communiquer ma satisfaction face au nouveau site du CCSMTL. Félicitation pour le lien LSQ et l'ensemble des informations qui sont beaucoup mieux accessibles. »

« [...] Je voudrais souligner la grande courtoisie des deux réceptionnistes responsables de faire les cartes d'hôpital à l'Hôpital Notre-Dame avant que j'aie passé un scan. Ces dernières étaient très sympathiques et professionnelles en même temps. Bravo à votre équipe et bonne continuation! »

« [...] j'ai eu une chirurgie du genou gauche [...]. Il a fait un excellent travail. Toute l'équipe, depuis l'accueil avant la chirurgie jusqu'à mon arrivée à ma chambre, incluant tout le personnel de la salle d'opération ont démontré un professionnalisme extraordinaire. Le côté humain, l'empathie et la compassion réelle dont ils ont fait preuve à mon égard m'ont mise en état de totale confiance. »

« Récemment opérée, la plaie tarde à guérir et semble s'infecter. J'ai téléphoné à 8 h 15 ce matin et laissé un message, sans grand espoir de voir une infirmière aujourd'hui. On m'a rappelée à 8 h 25 pour me proposer un rendez-vous à L'Île-des-Sœurs à 8 h 45. On m'a appelée immédiatement et une infirmière expérimentée m'a reçue, conseillée et rassurée sur le traitement proposé par le pharmacien 3-4 jours plus tôt. Quel service !!! »

« Ma conjointe [...] a été hospitalisée à l'Hôpital de Verdun pour traiter un cancer et est malheureusement décédée [...] malgré ce dénouement tragique, je voulais remercier l'ensemble de votre équipe des soins palliatifs pour l'excellence des soins et l'humanisme de votre personnel. [...] ont offert, à mon avis, tous les soins possibles afin de guérir mon épouse et lui ont également offert un support humain hors pair. Aux docteurs, infirmiers, préposés, gens d'entretien et bénévoles, un grand merci pour vos soins et votre affection tout au long de cette difficile épreuve. »

« Nous sommes deux Paramédicaux qui souhaitons souligner la belle intervention avec Mme [...] infirmière en chef et son équipe du CHSLD Ernest-Routhier. Nous avons répondu à une urgence et avons été reçus par Mme [...]. Nous voulons souligner l'excellent rapport donné en arrivant et ensuite, nous avons pu bien communiquer pour la suite, une intervention singulière qui sortait de l'ordinaire. Ce n'est pas tous les jours qu'on prend le temps de nous donner des informations aussi professionnellement et que le désir de travailler en équipe, dans un but commun, se fait sentir. »

« Je vous écris ce courriel dans le but de souligner les excellents services reçus par votre équipe d'infirmières. J'allais au CLSC de Verdun pour recevoir des transfusions de Venofer. J'ai été assignée [...] qui m'a préparé à recevoir le produit intraveineux. Son accueil fut gracieux, malgré mon considérable retard. Quinze minutes après l'administration du produit, j'ai commencé à développer des symptômes d'allergie. Madame [...] est tout de suite intervenue, sûre d'elle-même, connaissant déjà le protocole pour un choc anaphylactique. Quelques minutes plus tard, il y avait 5 infirmières à mes côtés qui exécutaient toutes les manœuvres nécessaires. Elles savaient toutes leur rôle, se supportant les unes et les autres afin de sauver ma vie. Elles se faisaient aimables et rassurantes démontrant un contrôle de la situation malgré la gravité. Elles ont appelé les services d'urgence juste au bon moment. Les pompiers et les ambulanciers ont remarqué le travail rigoureux et investi qu'elles avaient dispensé. Ils ont été impressionnés par elles et leur ont mentionné. [...] vous êtes privilégiés d'avoir des infirmières compétentes de par leurs connaissances, mais aussi par leurs grandes qualités humaines. Leur présence a vraiment été salutaire pour moi dans ce moment de grande détresse et de vulnérabilité. »

« Le personnel à l'urgence, ainsi qu'à la salle de plâtre ont été non seulement professionnel et efficace, mais aussi avec une excellente attitude, une bonne humeur et un service client excellent et croyez-moi je suis normalement assez critique à ce niveau. »

« Les soins que le personnel du 4^e de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal apportait à maman étaient simplement sans pareil. Chacun et chacune des préposé(e)s et infirmier(ères) étaient incroyables. Malgré leur travail difficile et souvent pas agréable, ils et elles le faisaient avec dévouement, professionnalisme et grand soin. »

ANNEXE I

Plaintes/mesures correctives à portée systémique

- **Adaptation des soins et services :**
 - La chef de service est informée de la procédure pour réinitialiser le mot de passe d'une boîte vocale pour assurer un suivi des messages sur la boîte vocale lors de l'absence d'un intervenant;
 - Nous travaillons à diminuer la rotation du personnel de la liste de rappel à la RAC;
 - Nous travaillons actuellement pour modifier le plancher de poste de la RAC Nicolas-Moisan;
 - Une collaboration est maintenue avec le CCOMTL en lien avec la traduction des pochettes d'accueil du CHSLD Saint-Henri;
 - Un rappel aux préposés aux bénéficiaires (PAB) et aux infirmières impliquées de démontrer plus d'empathie a été fait;
 - Un rappel aux PAB et aux infirmières impliquées a été fait sur l'importance de la confidentialité du dossier d'un usager;
 - Un rappel au personnel de la préadmission sur l'importance du service à la clientèle et sur la politesse a été fait;
 - Les coordonnées du bureau du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services ont été transmises à l'équipe, ainsi que des formulaires, dépliants et affiches;
 - La consignation des notes au dossier a été bonifiée conformément au protocole de garde;
 - Un changement au plan de travail des PAB si l'utilisateur refuse son bain et l'ajout dans le rapport inter quart ont été faits;
 - Le rôle des infirmières du triage à l'égard des usagers se présentant avec une RAMQ expirée a été rappelé dans le cadre d'une station visuelle;
 - La mise en place d'une nouvelle procédure pour le dépôt des biens de valeur a été instaurée;
 - Un avis à tout le personnel à l'accueil des CLSC a été envoyé à l'effet de mentionner aux usagers qu'ils doivent adresser leur demande de remboursement au CIUSSS, dans les 60 jours suivants les services admissibles reçus, en présentant une carte d'assurance maladie valide;
 - Le chef s'est engagé à revoir les pratiques de soins infirmiers avec le prochain gynécologue;
 - Un audit a été réalisé et les résultats serviront à améliorer l'ensemble du processus à l'urgence;
 - Une note de service rappelant l'importance de soulager les usagers à partir du triage a été émise;
 - L'attitude de l'infirmière au triage fera l'objet de discussions au comité de triage afin d'identifier des solutions pouvant améliorer cet aspect;
 - Les mécanismes permettant de faciliter la réévaluation des patients et la communication entre infirmières et médecins font l'objet d'évaluation. Des pistes de solutions sont envisagées actuellement et seront implantées si concluant;
 - Le personnel de l'hôpital indiquera dorénavant aux usagers que le CLSC communiquera avec eux concernant les services qui ont été demandés;
 - Un rappel aux infirmières auxiliaires du centre de prélèvements quant à l'utilisation du cellulaire et aux discussions personnelles a été fait;
 - Un rappel a été fait pour qu'après deux tentatives, l'infirmière propose à l'utilisateur que la deuxième infirmière effectue le prélèvement;
 - Les professeurs de stage seront avisés qu'ils doivent valider l'exactitude du contenu de l'enseignement, avant qu'il soit livré;
 - Un rappel auprès des infirmières concernant le ton de voix utilisé lorsqu'elles discutent au poste a été fait. Elles ont été invitées à être davantage discrètes dans leurs échanges, par souci de confidentialité, par respect pour la clientèle et pour l'image qu'elles projettent;

- Un rappel à l'équipe a été fait sur l'importance d'être courtois et compréhensif envers les usagers;
- Une révision du mode d'administration de certains tests audiologiques à certaines clientèles a été faite;
- Un rappel a été fait sur l'importance de bien informer, de solliciter le consentement de l'utilisateur et de consigner l'information pertinente au dossier;
- Il a été déterminé qu'un remplaçant serait désigné à chaque employé absent pour éviter les bris de services;
- Un rappel a été fait à l'équipe quant aux transferts des usagers et l'emphase a été mise sur l'importance de démontrer de l'empathie et de respecter la capacité des usagers;
- Un nouveau poste de travailleur social a été affiché;
- Un rappel aux agents administratifs de ne pas refuser de requête et d'informer les usagers sur l'offre de services et leurs options a été fait;
- Les gestionnaires sont intervenus auprès de leur personnel et ont mis en place des mesures en vue de qualifier la dispensation du service;
- Des mécanismes seront mis en place pour que lorsqu'il y a une absence, les usagers et/ou familles soient avisés le plus rapidement possible et que l'équipe se mette à rechercher activement un remplacement;
- Un rappel a été fait au personnel quant au bruit durant la nuit;
- Une révision sera faite concernant la politique de retard aux rendez-vous de vaccination infantile;
- Les règles de tenue de dossier, particulièrement en ce qui a trait aux notes d'évolution, seront revues avec l'ensemble des membres de l'équipe;
- Lors d'un changement d'employé, la chef apportera la modification sur la plateforme électronique de jumelage-pairage (PDJP) afin d'assurer un suivi;
- La chef sensibilisera les membres de son personnel à ne pas prendre la décision d'annuler une demande de déplacement, sans en premier lieu, solliciter son avis;
- L'équipe a été rencontrée pour expliquer la nouvelle façon de procéder quant à l'émission de la carte d'hôpital, peu importe le moment du rendez-vous;
- Une agente administrative participera à l'élaboration du programme opératoire des cliniques privées;
- Un rappel sera fait aux infirmières de réévaluer les usagers et de bien le documenter au dossier;
- Le déplacement et la création de postes de commis ont été faits;
- La mise à jour des codes SSSS pour tout le personnel qui peut produire des rapports AH-223 a été réalisée. Divers outils produits par la gestion des risques pour promouvoir la culture de déclaration ont été déployés;
- Application des mesures proposées par une consultante d'une firme externe dans le secteur de l'imagerie médicale;
- Un rappel a été fait à son équipe et aux chefs de service à l'effet que le consentement des deux parents est requis pour accepter une demande d'hébergement d'un usager mineur;
- Un rappel officiel a été fait à la ressource intermédiaire de contacter le service de garde du CIUSSS en dehors des heures de travail lorsqu'il arrive un événement complexe ou potentiellement litigieux;
- Les ASSS concernées par les manquements ont été rencontrées individuellement par le chef de programme pour leur rappeler de se référer au plan de service et à l'ICASI ou à la répartition en cas de questions;
- Les ASSS concernées par les manquements seront rencontrées une fois par semaine par le chef de programme. Un audit des dossiers auprès des usagers desservis par ces ASSS sera également conduit;
- L'ensemble des ASSS recevront des messages de la chef de la répartition leur rappelant de respecter les consignes du plan de services des usagers;

- Un rappel aux employés du service alimentaire a été fait à l'effet de mettre le grille-pain à un niveau de cuisson moins élevé et de surveiller l'état des rôties avant de les distribuer;
- Un rappel au personnel a été fait sur la civilité et sur l'importance de rapporter toute situation problématique au supérieur;
- Un rappel au personnel a été fait lors d'une rencontre d'équipe afin de transmettre les informations contenues dans la procédure application des mesures de contrôle;
- Lors d'une rencontre d'équipe, la chef a rappelé aux infirmières l'importance de questionner davantage les allergies, surtout celles dites « larges » et de documenter les réponses obtenues sur le formulaire Rapport des notes de l'infirmière – Bloc opératoire;
- L'équipe de l'entretien ménager du 6AB a été rencontrée et sensibilisée à l'importance de leur travail dans l'expérience de l'utilisateur;
- L'équipe de soins a été rencontrée sur les trois quarts de travail et a été informée que la diminution du temps de réponse sera priorisée comme objectif de travail d'équipe;
- L'équipe de soins a été rencontrée sur les trois quarts afin d'être sensibilisée à l'importance de garder l'environnement propre;
- Les préposés du 6AB vont dorénavant questionner l'utilisateur à savoir si le repas est assez chaud afin qu'un suivi puisse être fait avec la cuisine;
- Un rappel de bien expliquer la raison pour laquelle un utilisateur doit apporter son CPAP a été fait;
- Dans le but d'améliorer la qualité des communications et des services, l'équipe a convenu d'augmenter les tournées dans la grande salle;
- Les infirmières ont été avisées qu'elles doivent être plus vigilantes quant à leurs conversations. Elles se sont engagées à se rappeler à l'ordre mutuellement;
- Un rappel quant à la prévention des infections et le port des gants a été fait;
- Un rappel a été fait aux infirmières afin qu'elles consignent au dossier toute particularité concernant l'utilisateur;
- Un retour a été fait avec les infirmières afin de s'assurer d'une bonne compréhension de ce qui est attendu de la complétion des formulaires et des notes au dossier, ainsi que des suivis à faire au niveau de la planification des invitations pour la rencontre interdisciplinaire d'un utilisateur;
- Le coordonnateur et les chefs évalueront le travail de la travailleuse sociale et contribueront à certaines activités selon les besoins de support en attendant l'arrivée d'une nouvelle travailleuse sociale;
- La travailleuse sociale a été rencontrée et un rappel des attentes à son égard en lien avec le suivi des nouvelles admissions a été fait;
- Le chef de programme au niveau SAD fera un rappel à tous les intervenants sur l'importance de s'assurer de transmettre lors d'un transfert, les informations concernant la représentation légale d'un utilisateur;
- Un rappel formel a été fait à l'équipe quant aux annulations du transport adapté lorsque les services doivent être cessés;
- Les dossiers fermés seront acheminés aux archives;
- La procédure de rédaction a été discutée en équipe et les attentes revues afin d'assurer la compréhension. De la sensibilisation est poursuivie aux rencontres d'équipe;
- Un rappel formel a été adressé à l'éducateur concernant les exigences de tenue de dossiers à respecter, ses dossiers ont aussi fait l'objet de supervision;
- L'infirmière-chef a sensibilisé le personnel sur l'approche clientèle;
- Un encadrement de la pratique du nouveau personnel sur l'unité a été fait, ainsi qu'une réorganisation des services sur l'unité;
- Un rappel a été fait sur l'importance de s'assurer de bien informer le patient et de répondre à ses questions pour tout ce qui a trait aux médicaments et aux accidents survenus au cours de la prestation des services;

- Un rappel a été fait sur l'importance de fournir de l'enseignement ainsi que des dépliants postopératoires;
- Un rappel formel a été fait à l'intervenant visé. Il ne peut annuler la participation d'un usager à un atelier pour cause de retard, il doit exercer un jugement clinique;
- La situation a été discutée de façon confidentielle lors d'une rencontre d'équipe afin de sensibiliser tout le personnel au respect des usagers;
- L'équipe a été sensibilisée sur l'application du pré triage et sur l'importance des notes de départ;
- Un comité visant à évaluer les services de l'urgence a été mis en place;
- Un comité sur la civilité a été mis en place;
- Un rappel a été fait sur l'importance de valider les attentes et l'approche auprès du patient et de véhiculer l'approche du patient partenaire;
- Une analyse de tous les dossiers de fiducie de l'Hôpital Notre-Dame sera débutée au secteur de santé mentale;
- Une analyse du nombre d'appels reçus par le secrétariat médical, ainsi que du nombre d'appels non répondus sera effectuée. En fonction des constats de cette analyse, l'efficacité du système actuel sera évaluée afin de valider s'il s'agit d'une problématique récurrente ou ponctuelle et si le système doit être revu;
- Une modification de l'offre de service au sein de la direction Di-TSA volet adaptation et réadaptation TSA 7-100 ans, service de niveau priorité modérée est en cours d'actualisation. Ainsi, il devrait y avoir une accélération dans les prochains mois des prises en charge sur la liste modérée;
- Un suivi a été fait par les responsables de soins afin de s'assurer que le processus entourant le lavage des vêtements soit fait de manière conforme;
- Un rappel effectué par le CIUSSS a été fait afin que les PAB et professionnels du CIUSSS soient plus vigilants concernant la présence d'ecchymose sur les usagers;
- Le promoteur s'est engagé à ce que son équipe soit plus proactive avec des familles ayant un comportement difficile;
- Le promoteur a demandé à son équipe de noter davantage au dossier les situations d'abus verbal venant des membres de la famille envers les employés de la ressource;
- Le chef d'administration de programme a fait un suivi avec la nouvelle équipe clinique afin qu'ils puissent partir sur de nouvelles bases;
- Lors d'une rencontre d'équipe, la chef de service a revu la procédure quant au retrait des sous-vêtements des usagers. Afin de préserver l'intimité de ceux-ci, les technologues s'assureront de fermer le rideau pendant que l'utilisateur retire ses sous-vêtements;
- Un rappel à toute l'équipe a été fait en lien avec les ententes relatives à la complétion des PI;
- La chef de service a revu le formulaire avec l'agente administrative afin que l'horaire soit mis à jour;
- Des consignes claires ont été données à toute l'équipe des PAB concernant la possibilité de départ inopiné de l'usagère;
- Des décomptes d'usagers sont maintenant faits plusieurs fois par jour naturellement (lever, repas, collations, coucher et lors de la distribution de la médication) en s'assurant de ne pas porter préjudices aux droits et libertés de chacun;
- Un rappel a été fait aux infirmières de l'équipe qu'elles doivent impérativement inscrire une note après être allées voir les usagers qui sont de retour d'un départ inopiné afin de documenter leur état de santé, même si l'utilisateur va bien;
- L'ajout de services d'une hygiéniste dentaire a été fait;
- La façon d'utiliser l'accessoire lors du scan a été modifiée. Un rappel a été fait aux technologues de faire attention en tout temps à la sécurité des usagers lors de l'utilisation de l'appareil;
- Le processus d'embauche d'un nouvel employé pour assister dans l'extermination des punaises de lit a été entamé;

- Une agente administrative a été ajoutée au service;
- Le chef de service a mentionné à l'équipe que si une réaction n'est pas dirigée vers eux ou leur travail directement, qu'ils doivent faire usage de plus d'écoute active;
- Des éléments de vérification ont été ajoutés aux tournées visuelles;
- Le chef de service est intervenu auprès de son équipe et effectuera des rappels lors des réunions d'équipe concernant les normes entourant la confidentialité des usagers;
- L'équipe du service alimentaire, ainsi que le chef de service, s'est questionnée sur la meilleure méthode à prendre afin de communiquer par écrit le deuxième choix de repas aux usagers. Ils conviennent que les choix doivent être bien indiqués et à la vue des usagers et des employés;
- Un rappel a été fait sur l'importance que les employés s'identifient avec leur nom;
- Un rappel verbal et écrit a été fait aux infirmières du centre de prélèvements du CLSC de Ville-Émard—Côte-Saint-Paul sur l'importance du savoir-être et de l'explication des procédures aux usagers;
- La direction a procédé à un rappel en lien avec le droit des usagers à déposer une plainte;
- Un rappel a été fait au personnel quant à l'importance de s'assurer que les usagers sont bien installés au fauteuil roulant;
- Rappel sur la manière de consigner les médicaments PRN et en auto-administration, ainsi que sur l'évaluation de la condition de l'utilisateur;
- Un rappel a été fait au personnel de l'IRM d'orienter les usagers en fauteuil roulant vers la toilette-cabine adaptée si l'utilisateur est autonome ou accompagné;
- Consulter les médecins spécialistes et documenter la demande d'admission de façon complète pour les maladies orphelines;
- Valider les critères d'accès avant de référer l'utilisateur vers un autre établissement;
- Consigner au dossier les démarches effectuées lors de l'analyse d'une demande de service;
- Un retour a été fait sur l'attitude attendue de la part des agentes répondant au téléphone et précisément pour orienter l'appel vers un collègue pouvant servir une clientèle anglophone;
- Un rappel écrit a été fait aux réceptionnistes leur rappelant d'offrir deux options à la clientèle qui contacte le CLSC pour une première demande de services psychosociaux, soit venir en personne avec la requête ou transférer au poste de l'accueil psychosocial;
- Un rappel au personnel de l'accueil psychosocial a été fait à l'effet de respecter les demandes et les besoins des usagers au regard des modalités d'évaluation de leur demande;
- L'emballage des articles utilisés pour les prélèvements devra être déballé devant les usagers, tout juste avant le prélèvement;
- Le chef de service a procédé à un rappel quant aux attentes de courtoisie, le code d'éthique de l'établissement et des moyens qui peuvent aider à soutenir leur travail;
- Le chef de service a déterminé avec les équipes de la vaccination le message à transmettre aux usagers dans l'éventualité où une clinique se termine et que certaines personnes ne peuvent être vaccinées. À cet effet, ils s'assureront de transmettre l'information pertinente pour recevoir un vaccin dans la communauté;
- La coordonnatrice a rencontré toute l'équipe de nuit. Elle leur a parlé de l'importance de la bientraitance des patients et les valeurs organisationnelles. Elle leur a demandé de s'assurer d'être deux dans cette chambre, afin de valider les préoccupations du patient;
- Une réunion entre les équipes de l'urgence, l'imagerie médicale et la coordonnatrice des unités de soins critiques a eu lieu afin de discuter de divers enjeux concernant le bon fonctionnement et la collaboration entre ces départements. Une autre rencontre avec les unités de soins sera planifiée avec les mêmes buts;
- Un rappel a été fait aux technologues de déclarer tout incident;
- Des rappels en lien avec la communication seront faits à l'ensemble du personnel du 3^e Sud afin de maximiser le travail et de s'assurer de la sécurité des soins apportés;

- Un gabarit a été confectionné pour y déposer les seringues de vaccination après avoir vérifié le consentement et l'adaptation de l'environnement pour la vaccination en milieu scolaire;
- l'employé concerné a été rencontré par la gestionnaire, la responsable et l'intervenant. Un rappel du code d'éthique et de ses obligations a été fait;
- Un rappel a été fait aux assistantes qu'elles pouvaient utiliser les espaces du court séjour/solarium lors de situations majeures ou d'adresser la problématique au coordonnateur d'activités;
- La clientèle mineure pouvant être moins encline à communiquer ses demandes, un rappel a été fait à l'équipe de soins d'être à l'écoute et de communiquer davantage afin d'assurer leur sécurité;
- L'aspect des notes au dossier a été abordé avec les assistantes qui ont fait les rappels nécessaires aux infirmières et auxiliaires lors de rencontres;
- Réanimer au sein du service MVS Est les attendus pour le plan des visites;
- Un rappel auprès du personnel du Foyer l'Éclipse à l'effet que le CCSMTL soit informé des situations de perte, vol ou bris de biens des usagers;
- Le chef rencontrera son équipe afin de rappeler leur responsabilité quant à la prise en charge des usagers et pour les sensibiliser à l'importance d'un suivi adéquat et rigoureux;
- Les infirmières seront sollicitées à informer le chef de programme des lacunes observées dans les services des usagers sous leur responsabilité à leur retour lors d'absences prolongées;
- Les infirmières seront sollicitées à transmettre leurs constats quant aux compétences et jugements cliniques des infirmiers et infirmières en remplacement, afin que le chef puisse assurer l'encadrement clinique nécessaire;
- L'importance de la tenue de dossier, de la mise à jour du plan de traitement thérapeutique et du suivi auprès des professionnels collaborateurs sera abordée avec l'équipe du soutien à domicile du secteur Faubourgs;
- Un rappel a été fait aux ASSS qu'il est attendu que leurs bottes soient retirées pour les soins et services;
- Un rappel sera fait à l'ensemble des employés de son équipe quant à la procédure permettant de rechercher le rendez-vous fixé pour un usager;
- un rappel a été fait à toute l'équipe d'inscrire une note au dossier de l'utilisateur lorsqu'un appel est fait;
- Les relations de travail ont été interpellées et un avis écrit a été acheminé à l'employée concernée;
- Un rappel a été fait au commis de prévenir les usagers de la politique de retard lors de la prise de rendez-vous;
- Un rappel a été fait à l'équipe, afin de les sensibiliser sur l'obligation d'obtenir le consentement de l'utilisateur avant une intervention médicale et sur l'importance de l'informer des soins prodigués;
- Un rappel a été fait aux intervenants AEO sur l'importance de s'assurer que les demandes soient documentées et comportent l'historique des démarches effectuées;
- Des critères clairs d'éligibilité ont été établis pour les services du Programme UniSSon;
- Le formulaire d'attestation de présence a été simplifié;
- Un rappel a été fait à tout le personnel, tout titre et quart de travail confondu, sur l'importance de s'assurer que les usagers sont bien habillés surtout pendant la saison hivernale;
- Un rappel a été fait à l'équipe du CRDS sur les règles de confidentialité ainsi que sur l'importance de bien documenter chacune des interventions dans le dossier des usagers;
- Le CRDS a un plan de séances de formation en cours pour toute l'équipe afin de s'assurer qu'ils soient toujours dans une optique d'amélioration continue. Des séances d'information seront également planifiées lors des rencontres d'équipe hebdomadaires;

- Les critères d'admissibilités aux services SAD ont été révisés et mis en page. Un outil a été créé afin de standardiser l'évaluation des besoins des infirmières;
- Une rencontre d'équipe a été tenue entre les infirmières et la gestionnaire de cas pour réviser le processus lors de congés des usagers et la demande de révision par les ASI des départs des infirmières novices;
- Un rappel formel a été fait à l'ensemble des employés sur les règles de confidentialité à respecter pour le courrier des usagers;
- La situation vécue par l'usagère a été utilisée aux fins d'étude de cas pour sensibiliser les vis-à-vis de la chef d'adoption quant aux partages d'information à travers le réseau notamment par l'entremise de la plateforme informatique;
- Sensibilisation du CCSMTL auprès de l'équipe centralisée quant à l'information devant être communiquée aux usagers sur les services qui peuvent être rendus par le CIUSSS et CISSS;
- L'équipe et les usagers ont été consultés sur les besoins pour établir la programmation de la nouvelle borne;
- Un rappel a été fait à l'infirmière ainsi qu'à l'équipe d'infirmière sur la procédure à suivre lors de la vaccination;
- Un rappel au personnel a été fait sur l'importance de donner le numéro du BCLPQS lorsque demandé et de s'assurer qu'il y ait des formulaires de plainte dans les présentoirs;
- Un rappel a été fait concernant la mise à jour des plans de soins. Des audits seront également faits pour s'assurer de l'efficacité de ce rappel;
- Un rappel a été fait sur l'importance d'offrir un climat propice au sommeil des usagers. Ne pas parler fort et s'assurer de rapidement voir à fermer le son des divers appareils utilisés;
- Un rappel aux employés de la téléphonie a été fait pour qu'ils transfèrent aux bons départements plutôt que de répondre eux-mêmes aux questions et de transmettre une information erronée;
- L'intervenante visée par la plainte n'interviendra plus auprès des usagers (départ à la retraite);
- Un rappel a été fait à tous les technologues de ne pas retirer les attelles plâtrées lors d'examen IRM;
- Un rappel a été fait aux infirmières sur l'importance de faire les vérifications nécessaires quant aux médicaments, ainsi qu'aux allergies en plus de l'indiquer correctement au dossier médical. Le personnel infirmier a également été invité à répondre aux questions de la famille quant à la médication et à se référer au médecin traitant au besoin;
- Le service a procédé à l'ajout de cinq éducatrices spécialisées afin de soutenir l'équipe dans la collecte de données permettant ainsi d'accélérer la prise en charge des dossiers;
- La chef a fait parvenir un communiqué aux commis des CLSC afin de demander aux parents d'appeler à partir du 30 avril pour obtenir un rendez-vous à l'été suivant;
- Un rappel a été fait sur l'importance de bien inscrire les bains de siège dans les plans de soins et des capsules de formation pour rappeler la méthode de soins ont été présentées;
- Un rappel a été fait à l'équipe de faire preuve de patience et d'empathie auprès des familles;
- La chef a rappelé à l'équipe de rester calme, d'aller chercher de l'aide et d'éviter que les émotions personnelles l'emportent;
- Une révision des dossiers similaires ayant pu contenir des erreurs informatiques a été menée.

- **Communication / promotion :**

- La chef de service a fait un rappel à son équipe pour s'assurer que le message d'accueil de la boîte vocale des intervenants à l'intention des usagers soit mis à jour lors des vacances ou des absences pour en informer les usagers et les référer à une personne-ressource;
- Le service AEO communiquera annuellement avec les usagers ou leurs représentants afin de les informer du temps d'attente prévisible et pour revalider leur situation jusqu'à l'entrée en service;

- Un rappel a été fait à l'équipe de soins de respecter la douleur lors d'application de PX médicale;
- S'assurer que l'utilisateur reçoive l'information exacte et complète sur la facturation et la mise à jour du mode de fonctionnement avec l'accueil;
- Un rappel a été fait aux commis de laisser leur poste téléphonique, afin de permettre aux usagers en attente de chirurgie de les rejoindre;
- Une formation sur la déclaration et divulgation a été tenue lors d'une rencontre d'équipe;
- Une mise à jour du rôle de l'ASI pour la vérification des plans de travail a été faite;
- Le mode d'identification du service a été fait afin qu'il soit compréhensible par la clientèle;
- Un rappel aux agentes administratives à l'effet qu'elles doivent répondre aux messages sur leur boîte vocale a été fait lors de rencontres d'équipes;
- Un rappel sur les politiques applicables et la distribution de politiques et de dépliants pertinents sur l'unité a été fait;
- Un rappel des obligations relatives à la consignation des notes au dossier suite au constat d'un bien disparu a été fait;
- Un rappel de l'importance du suivi des remplacements ponctuels auprès de la chef de service sera fait à l'équipe de la liste de rappel lors de la prochaine station visuelle;
- Un rappel sur la procédure à utiliser lors des transferts et l'attitude respectueuse devant être démontrée en tout temps a été fait;
- Des rappels réguliers sont effectués au sujet du port de la carte d'identité et de l'obligation de s'identifier;
- Des affiches indiquant à la clientèle d'éteindre leur cellulaire lorsqu'ils sont en interaction avec le personnel de l'accueil ont été mises en place;
- Un rappel sur l'identification a été fait auprès de tous les employés de l'imagerie médicale;
- Un rappel à l'effet de ne pas tutoyer les usagers a été fait lors de la réunion d'équipe;
- Le service s'est engagé à ajouter au code de vie la procédure des avertissements et des avis;
- L'équipe des agents a été informée de ne pas toucher les usagers, mais de suivre les usagers plus agités du regard;
- Remise du dépliant sur les droits et recours des personnes mises sous garde et un rappel a été fait sur l'importance de remplir le formulaire Vérification lors de la mise en isolement;
- Un rappel a été fait aux ASSS qu'ils ne doivent en aucun temps faire des appels personnels au domicile d'un usager;
- Une rencontre d'équipe a été tenue pour expliquer le code d'éthique. Une demande a été faite au commis à l'effet de recourir aux courriels préétablis;
- Un rappel a été fait aux agentes administratives de rediriger leur ligne téléphonique vers un autre poste lors d'absence;
- L'information fournie à la femme enceinte quant aux types de suivis professionnels ainsi que sur les conditions d'accès a été clarifiée;
- Un rappel a été fait aux commis de l'endoscopie de l'hôpital Notre-Dame et de l'hôpital de Verdun de mentionner le nom de l'utilisateur au complet lors de l'attribution de rendez-vous;
- Le site internet a été modifié afin de corriger la section identifiant les personnes pouvant recevoir les services;
- L'équipe a été rappelée d'utiliser et de remettre l'outil information explicative aux parents;
- Le chef technique a expliqué à l'utilisateur de manière claire les changements techniques à faire sur différents appareils, les alternatives possibles ainsi que d'autres impératifs techniques pertinents avant que l'utilisateur n'effectue un choix;
- La chef de l'unité fera un rappel à son équipe quant à l'importance de la confidentialité des renseignements et de la tenue d'échange à l'écart afin d'assurer que personne ne puisse prendre connaissance des informations échangées;
- Un rappel sur l'importance de documenter l'aspect de la peau des bras s'il y a présence d'ecchymoses à la suite de ponctions veineuses;

- **Adoption / révision / application de règles et procédures :**

- Une procédure en cas d'absence d'un intervenant a été mise en place. Le spécialiste des activités cliniques informe toutes les familles de la charge de cas de l'intervenant et effectue un suivi auprès de la chef de service par la suite;
- Un rappel à l'équipe a été fait de ne pas oublier d'utiliser l'aide-mémoire « Contribution financière des parents à l'hébergement de leur enfant » et de remettre le dépliant « Contribution financière » aux deux parents en temps opportun;
- Une intervention sera faite auprès de l'ensemble de l'équipe ASSS sur les attitudes et comportements à adopter avec les usagers et les familles plus difficiles;
- Un groupe de travail a été mis en place afin de produire une procédure à l'attention des éducateurs des ressources pour encadrer et préciser leur responsabilité lors du transfert d'hébergement d'un usager;
- La procédure Activités liées au placement et déplacement des usagers en milieux de vie substitués sera présentée lors de la réunion d'équipe;
- La chef en réadaptation va aborder l'ajout de précisions quant à la documentation requise pour le placement et déplacement en appartement supervisé à la rencontre prévue pour la révision de la Procédure de déplacement;
- La direction adjointe effectue les démarches nécessaires pour s'assurer que les intervenants responsables de l'inscription des usagers du CJM-IU dans des établissements scolaires affiliés par entente respectent les règles entourant la confidentialité et la sollicitation du consentement des parents ou de l'utilisateur âgée de plus de 14 ans, conformément aux articles 8, 9, 12 et 13 de l'Entente-cadre;
- La direction adjointe évaluera la possibilité de se doter d'un mécanisme permettant la traçabilité et l'accès par le CJM-IU au Formulaire d'inscription de l'élève, complété par ces intervenants. Ces mesures pourraient s'avérer d'intérêt en cas d'audit de qualité ou de recours administratifs;
- Le processus d'expulsion du Programme de jour sera revu avec le conseil d'administration;
- Le questionnaire pour demander le bras dominant sera révisé;
- Un plan d'action a été déposé pour redresser l'organisme communautaire. De nouveaux règlements généraux ont été adoptés et les nouveaux administrateurs élus doivent redéfinir l'offre clinique;
- un rappel a été fait au personnel quant à l'importance de déclarer rapidement toute chute avec ou sans conséquence;
- Révision de la procédure interne du traitement diligent des demandes de réclamation;
- Un rappel au personnel a été fait lors d'une rencontre d'équipe afin de transmettre les informations contenues dans la procédure d'application des mesures de contrôle;
- La procédure Protection des biens personnels de l'utilisateur a été révisée, adoptée et déployée à l'automne;
- La procédure de rédaction a été transmise à la direction adjointe concernée et diffusée aux employés concernés par la problématique;
- Le protocole de mise en application du triage rapide a été révisé;
- L'élaboration d'un processus et de standards de rédaction clairs notamment en ce qui a trait au consentement devant être obtenu pour la rédaction d'un rapport à la demande d'un parent et au mode de transmission dudit document;
- Le protocole contre les punaises de lit a été modifié et l'ajout d'une entente de respect du protocole;
- Une sensibilisation et de la responsabilisation face à la problématique de punaises de lit ont été menées;
- La direction s'est engagée à modifier le projet éducatif pour ajouter un libellé en lien avec la protection des biens personnels;

- Une nouvelle procédure quant au retrait des bijoux et des effets personnels a été adoptée;
- Développement d'une ordonnance collective pour les prises de sang chez une femme enceinte qui présente des vomissements, signe de déshydratation et de constipation;
- Un rappel a été fait sur l'importance de procéder à l'élaboration de PII selon les standards de pratique à la révision des PI;
- Réanimer à l'équipe Enfance Nord-Ouest 3 les attendus en lien avec l'ajout des objectifs de réadaptation et l'élaboration des PII;
- Un retour sur l'application de la règle de soins d'administration sécuritaire de la médication;
- Des précisions ont été ajoutées au code de vie pour les usagers en hébergement;
- Le chef a fait un rappel à son équipe quant à la nécessité de compléter les rapports AH-223, et ce, le plus rapidement possible suite à un incident ou accident;
- Une discussion a été tenue avec l'équipe de santé mentale afin d'offrir les mécanismes de tenue de dossier conformes aux exigences;
- La problématique a fait l'objet d'une discussion en réunion et l'équipe médicale a proposé de revoir la procédure d'ouverture des plages de rendez-vous médicaux.

ANNEXE II

Plaintes/mesures correctives à portée individuelle

- **Adaptation des soins et des services :**

- Le chef d'équipe nous a informés qu'une révision du plan d'action multimodal a eu lieu avec les différentes interventions mises en place;
- Les policiers communautaires ont été informés quant aux caractéristiques de la clientèle hébergée à la RAC Baldwin;
- Un protocole a été rédigé pour les interventions policières ou lors des transports par ambulance, lequel sera déposé au cartable de l'utilisateur afin de les guider sur les façons de faire;
- Des modalités de contact ont été établies entre la mère et l'intervenante;
- La chef de service a repris la situation avec l'infirmière afin de qualifier davantage sa pratique;
- Un rappel a été fait à l'agente administrative de ne pas donner de conseils cliniques;
- Des mesures disciplinaires ont été mises en place par les ressources humaines;
- Un rappel des obligations de divulgation a été fait au professionnel concerné;
- L'infirmière s'est engagée à ne plus hausser le ton, mais s'assurera qu'elle ne soit pas en position de danger face à un patient. Elle va plutôt utiliser le bouton panique et demandera de l'aide;
- Un soutien professionnel sera offert à l'éducatrice afin de qualifier ses interventions;
- Les ressources humaines ont été impliquées, l'employée a été suspendue quatre jours;
- L'employée concernée s'est engagée à prendre le temps de discuter avec les usagers et leurs proches face à la nouvelle réalité;
- L'utilisateur s'est vu offrir la possibilité de rencontrer une infirmière du programme au centre de prévention clinique, mais a refusé;
- La chef de service a réassigné la même intervenante au dossier des enfants afin d'assurer une continuité;
- Un calendrier de contact a été préparé et remis au parent lors de la visite suivante;
- Une lettre de convocation au suivi social a été envoyée afin de régulariser les rencontres de suivi à une fois par mois et de s'assurer de la disposition du Centre jeunesse de Montréal à transmettre les informations concernant la situation des enfants;
- L'intervenante à l'application des mesures responsable du dossier des enfants a pris contact avec le parent pour se présenter et reprendre le suivi social;
- Le PI a été élaboré, lequel devait être révisé depuis février 2019;
- L'infirmière a été avisée des attentes et sera guidée par l'ASI;
- La directrice adjointe s'assurera que le suivi dans le cadre des supervisions soit effectué avec rigueur afin d'offrir un service à la hauteur des attentes;
- Un accommodement exceptionnel a été fait pour offrir un cours en anglais;
- L'expulsion de l'usagère au programme de jour a été limitée à deux ans;
- Une mesure disciplinaire a été imposée à l'infirmier. Les relations de travail ont été impliquées;
- Un formulaire AH-223 a été rempli et versé au dossier de l'utilisateur;
- Le dossier a été modifié pour y ajouter les informations requises : durée de l'intervention, personnes présentes, suivi effectué, motif et mesure d'isolement;
- Le gestionnaire a demandé à l'infirmier de compléter le formulaire AH-223 pour la chute;
- Le chef d'unité a demandé au personnel infirmier, ainsi qu'à la technicienne en réadaptation de réévaluer la volonté, ainsi que la capacité physique de l'usagère;
- L'agente administrative a été rencontrée et un rappel a été fait sur le professionnalisme;

- La chef de service a revu avec les employés l'accompagnement dirigé à réaliser avec l'usagère. Notamment, le personnel lui donnera plus de temps pour réaliser ses transitions et on elle ne sera plus dirigée avec un bras;
- Un plan d'action a été élaboré par le chef. Les besoins de l'usagère ont été réévalués en accord avec la représentante et un guide concernant l'approche à préconiser a été élaboré;
- Une grille de surveillance des ecchymoses a été mise en place, le tout évalué quotidiennement par l'infirmière;
- La chef d'unité a transmis à l'équipe traitante l'information nécessaire. Elle a également rencontré l'amie de l'usagère pour clarifier la situation;
- Une réévaluation des besoins de l'usagère a été faite en collaboration avec la mère et les intervenants afin de s'assurer que les mesures de contrôle répondent aux besoins;
- L'horaire des soins d'hygiène a été modifié afin que les soins de l'usager ne soient pas planifiés la même journée que les soins d'un autre usager. Ainsi, en cas d'absence, il est plus facile de redistribuer les tâches avec ce nouvel horaire;
- Une note a été ajoutée dans le plan de services, soit : lorsqu'il est impossible d'assigner les 4 ASSS [...], l'ASSS ne peut faire les soins de stomie, une infirmière doit assurer les soins;
- L'infirmière-chef va rappeler à l'ASI son rôle pour pacifier des situations litigieuses;
- Un rappel a été fait quant à l'importance de desservir la clientèle avec respect sans qu'elle se sente diminuée dans son intégrité;
- Le plaignant sera interpellé au moment de la révision annuelle du PI de son fils afin de pouvoir y prendre part, si désiré;
- Un rappel a été fait à l'infirmier sur l'importance de prendre les signes neurologiques, comme prescrit;
- L'infirmier a été appelé de bien documenter les notes au dossier;
- L'employée concernée ne sera plus appelée à intervenir directement auprès des enfants et de la famille de l'usagère;
- L'ICASI a rencontré l'infirmière afin de la sensibiliser sur le savoir-être lors des soins à domicile. L'infirmière a été informée qu'elle doit absolument demander le consentement de l'usager pour regarder / vérifier si une chose se trouve dans un tiroir, une armoire ou autre;
- L'employée a fait l'objet d'une mesure administrative;
- Un rappel a été fait quant à l'importance de la politesse et que, si une situation s'envenime, l'infirmière peut référer l'usager à sa supérieure;
- Le plan d'intervention sera révisé en participation avec les parents;
- Des consignes de vigilance ont été données à la réception concernant l'usagère;
- Un rappel a été fait à l'agent administratif de ne pas déposer un rapport AH-223 sur le bureau d'un intervenant en vacances, mais plutôt sur celui d'un collègue présent;
- L'utilisation d'une préposée de la ressource intermédiaire sera préconisée et l'appel à l'agence sera de dernier recours. Il sera indiqué de demeurer avec l'usagère en tout temps;
- Des ajustements et des précisions ont été faits au PI;
- Le chef de programme TCC et TGC prévoit revoir les limites de l'intervention avec la travailleuse sociale à son retour dans son service;
- Les services sont maintenant offerts via Chèque emploi-service;
- Un suivi a été effectué auprès de l'infirmier responsable et aussi auprès de l'équipe en soins infirmiers par la conseillère-cadre en soins infirmiers;
- Un suivi quotidien sera encadré par l'ICASI et le chef de programme afin qu'une telle situation ne se reproduise plus. La direction des soins infirmiers a été informée de la situation et sera impliquée au besoin;
- Un rappel a été fait sur l'importance de documenter l'état de santé de l'usager de manière complète et en se référant aux médecins spécialistes;

- Un rappel a été fait sur le besoin de valider les critères d'accès et de recevabilités de la demande avant de référer le dossier;
- La chef de service s'est assuré qu'une table de révision ait eu lieu aussitôt avoir été mise au courant du transfert;
- L'employée ciblée par la plainte a fait l'objet d'une enquête pour différents écarts dans sa pratique. Des mesures disciplinaires lui ont d'ailleurs été remises afin qu'elle puisse effectuer une réflexion sur ses agissements. Les relations de travail sont également d'avis qu'elle a mal agi et qu'elle doit modifier certains comportements, sinon elle s'expose à des mesures disciplinaires plus sévères pouvant aller jusqu'au congédiement;
- L'agente administrative a été rencontrée par la chef de service afin de faire un retour sur la situation. Effectivement, en dépit du comportement de l'utilisateur, l'agente ne peut prendre l'initiative qu'il ne s'agit pas d'un type d'intervention préconisée et qu'il relève de l'équipe clinique d'intervenir dans une telle situation. L'agente a été invitée à se référer à la chef de service si une situation semblable survenait à nouveau;
- La technologue a été rencontrée, la chef a exprimé ses attentes et un suivi sera effectué;
- L'employé a été rencontré et les attentes quant au service à la clientèle lui ont été rappelées, soit de faire plus attention à ses propos en s'assurant de rester poli et respectueux;
- Un rappel a été fait à la PAB concernant l'importance de la communication non violente et de la compassion;
- La PAB a eu droit à un atelier sur les valeurs et la communication;
- Un rappel a été fait à l'infirmière concernant l'empathie et l'écoute ainsi que concernant ses obligations professionnelles et les attentes de sa gestionnaire;
- Un rappel quant à l'importance de bien consigner les notes au dossier a été fait à l'infirmière;
- Un rappel a été fait à l'employé de ne pas réagir de façon inappropriée lors d'altercation avec un usager. Ayant reçu la formation « comment agir avec une personne hostile ». Il a été avisé d'améliorer son comportement au travail;
- L'organisme communautaire va privilégier les communications écrites des plans de services avec l'utilisateur pour le futur;
- Une rencontre a été tenue avec la famille et les intervenants afin d'améliorer la communication;
- Un rappel a été fait à l'intervenant à l'application des mesures quant à l'importance que les notes aux dossiers reflètent les services dispensés;
- Le PI et le plan des visites seront révisés selon le Guide de soutien à la pratique pour les visites supervisées;
- Un formulaire AH-223 a été rempli en lien avec le vol rapporté;
- L'intervenant social attribué au dossier de l'utilisateur remettra le formulaire de réclamation pour bris ou perte d'effets personnels;
- Les balises concernant les retours d'appels ont été réanimées;
- Une demande a été faite à l'intervenant de faire un calendrier de contacts dans les plus brefs délais et que celui-ci tienne compte des disponibilités de chacun;
- Considérant les lacunes observées en lien avec le suivi des activités, le guide de pratique concernant les notes de suivis a été réanimé à l'intervenant. Une attention particulière sera maintenue à ce sujet lors des supervisions entre ce dernier et son supérieur immédiat;
- L'ergothérapeute reconnaît les lacunes quant au suivi et s'engage à assurer un retour d'appel aux usagers lorsqu'elle transmet un message à un autre intervenant ou département;
- L'intervenante a été rencontrée pour vérifier sa pratique professionnelle et les recommandations lui ont été données par la superviseuse clinique et la chef de service;
- L'intervenante a eu recours à la supervision clinique externe;
- L'intervenant a complété une formation sur l'évaluation du fonctionnement social;

- Une infirmière responsable a été nommée pour les soins de la mère de la plaignante. Ainsi, bien qu'elle n'effectuera pas elle-même l'ensemble des soins, elle aura la responsabilité d'assurer le suivi du dossier, d'effectuer l'évaluation des besoins en temps requis et de veiller aux changements de plan de soins;
- Un rappel a été fait à l'infirmier quant aux attentes de sa supérieure;
- Une formation dédiée à l'amélioration de la communication lors des services téléphoniques à la clientèle sera planifiée pour l'employée;
- L'agente administrative en question a été rencontrée pour lui rappeler la procédure à suivre;
- Une infirmière du GASAD a contacté l'usagère afin de faire une évaluation des besoins complète et standard;
- Une seconde rencontre d'information a été organisée;
- Un rappel sur l'approche clientèle et le code d'éthique a été fait;
- La chef de service a fait part à l'ASSS de ses attentes dans une situation de conflit, soit qu'elle ne devait pas hausser le ton auprès des usagers et que dans une telle situation, elle n'avait qu'à faire ce que madame voulait, donc partir;
- Dans la mesure du possible, l'ASSS ne sera plus assignée pour les soins de l'usagère;
- Un rappel sur l'importance de consigner les notes pertinentes au dossier de manière contemporaine;
- Une sensibilisation aux particularités du dossier de l'usager et un suivi/coaching de la gestionnaire ont été faits;
- Une rencontre avec la famille a été organisée pour fournir des explications et des clarifications sur les services;
- La commis visée ne travaillera plus au centre de rendez-vous dû à ses multiples erreurs;
- Un formulaire AH-223 a été rempli pour la perte des lunettes;
- Un rappel a été fait sur l'importance de s'assurer de la bonne adresse pour l'acheminement du courrier;
- La chef d'unité a rencontré l'éducatrice afin de revoir avec elle la situation, lui faire part de ses attentes lors d'événements semblables et de lui offrir des pistes d'amélioration quant à ses interventions;
- L'infirmière a été avisée par l'AIC d'être davantage à l'écoute des demandes des usagers. L'AIC a également accompagné l'infirmière lors de la manœuvre suivante afin de lui enseigner la méthode adéquate de mobilisation;
- Afin de s'assurer que la technique de cathétérisme de l'infirmière soit adéquate, le chef a mentionné qu'elle sera rencontrée par une conseillère-cadre en soins infirmiers afin de revoir et de renforcer l'enseignement de la méthode de soins pour s'assurer que le soin soit toujours réalisé de façon sécuritaire;
- L'employé sera encadré étroitement et un rappel des obligations et du code d'éthique a été fait.

● **Information — sensibilisation d'un intervenant :**

- La chef de service a repris la situation avec l'intervenant afin de clarifier les limites de son mandat dans le cadre du Projet Pari;
- L'infirmière auxiliaire a été rencontrée pour la sensibiliser à la teneur de ses propos et lui suggérer d'autres façons d'intervenir;
- La chef de service a recadré l'intervenante, par le biais d'une rencontre de supervision, afin de s'assurer que celle-ci se conforme au code d'éthique de l'établissement. Ainsi, l'intervenante s'engage à redresser la situation et d'assurer une gestion rigoureuse de la planification des rencontres;
- L'intervenante a été rencontrée afin de lui rappeler ses responsabilités quant au suivi et les attentes de la chef de service quant à la révision du plan d'intervention;

- Une discussion a été tenue avec l'assistante concernant le prêt de civière pour ajuster la pratique avec tous au besoin;
- L'employé concerné au moment du congé a été rencontré et des explications nécessaires ont été données en présence d'un questionnement d'un usager;
- Un avis verbal a été fait auprès de l'infirmière à l'effet de procéder à une évaluation complète lors du triage;
- Un rappel a été fait à l'employé quant à l'attitude attendue envers la clientèle;
- Un rappel formel a été fait auprès de l'infirmière concernant le prêt de couverture;
- La situation a été portée à l'attention des ressources humaines;
- Un rappel a été fait au professionnel concerné à l'égard de comment effectuer l'évaluation ciblée et les critères d'attribution d'une civière;
- L'intervenant a été rencontré par son supérieur immédiat;
- La commis a été avisée de rappeler tous les usagers qui laissaient des messages sur la boîte vocale;
- La chef de service a fait un rappel à la stagiaire quant au consentement des soins auprès des usagers avant de faire un examen. La réponse de l'utilisateur doit être claire et la question doit être bien comprise par celui-ci;
- Les attentes de courtoisie et le respect du code d'éthique ont été rappelés à l'employée;
- La chef de service a revu avec l'intervenante les règles attendues en lien avec l'attitude et le comportement à avoir avec les usagers et leurs parents;
- Un rappel a été fait à l'employée d'écouter les usagers lors du triage, de faire des réévaluations et de donner des explications sur le temps d'attente;
- Un rappel verbal a été fait à la commis de demeurer polie avec les usagers;
- Un avis verbal a été fait sur l'importance de noter l'évaluation de l'état de conscience;
- L'agente administrative a été rencontrée. Une journée de repos a été prise et une discussion avant et après a été tenue avec la chef de service;
- Un avis verbal à l'infirmier a été fait de respecter la procédure de RAD à l'urgence de l'Hôpital Notre-Dame;
- Rappel verbal à l'infirmier concerné de procéder à l'évaluation des usagers avant de faire signer un refus de traitement. Un rappel à l'équipe de soins de se référer à l'ASI lors de conflits a également été fait;
- L'infirmière auxiliaire concernée a été avisée d'informer l'infirmière lorsque l'utilisateur veut quitter sans congé médical;
- L'intervenante a été sensibilisée sur le délai pour compléter le PI, maximum 30 jours après l'ordonnance;
- La chef a revu la situation avec l'intervenante pour sécuriser un parent dans une situation similaire dans le futur, soit la non-réception des documents légaux en cas de représentation par avocat;
- Un rappel verbal a été fait à l'infirmier de procéder à ses propres évaluations lors du triage d'utilisateurs amenés par les ambulanciers;
- L'infirmière a été informée de ne pas refaire le processus inscription-triage lorsqu'un utilisateur a été oublié;
- Un rappel à l'intervenant relativement aux attendus en ce qui a trait à la traçabilité des motifs justifiant les décisions cliniques aux notes au dossier;
- Un rappel a été fait par l'assistant et le gestionnaire d'éviter de discuter avec des utilisateurs de sujets trop personnels, comme l'orientation sexuelle, les convictions politiques ou religieuses, etc.;
- L'employé a été rencontré par le chef des installations matérielles immédiatement après l'événement;
- Le chef a fait un rappel à l'employé visé en pareilles circonstances qu'il doit rester calme, aller chercher l'aide d'un tiers et d'éviter que ses émotions l'emportent;
- Un rappel à l'intervenante en lien avec les obligations de confidentialité et de courtoisie a été fait.

- **Conciliation / intercession / médiation / liaison / précision / explication :**

- Un suivi a été fait lors d'une rencontre interdisciplinaire concernant le port de vêtements à la RAC et au CAJ, pour s'assurer que le comportement de déshabillage de l'utilisateur ne perturbe pas ses activités;
- L'intervenante au centre a contacté le service de transport pour assurer un suivi de la demande. Le chef de service s'est engagé à effectuer un suivi auprès de l'intervenante pivot pour suivre l'évaluation de la demande;
- L'intervenante s'est engagée à faire un suivi avec la SAC concernant l'attribution d'une intervenante par le Centre jeunesse de la Montérégie;
- Afin d'assurer le respect de l'ordonnance, la chef de service a été demandée l'avis du contentieux à l'égard du plancher minimal des visites mère-enfant;
- Le plaignant a rencontré le travailleur social ainsi que la chef de service afin de préciser l'offre de service et d'établir un cadre avec la collaboration des parties;
- La chef s'est engagée à faire le suivi avec la directrice de l'agence, afin de s'assurer que l'ASSS porte les gants pour les services lorsque requis.

ANNEXE III

État des dossiers de plainte du CLPQS dont l'examen a été conclu selon le délai d'examen

Délai d'examen	Moyenne	%
Moins de 3 jours	1	2 %
4 à 15 jours	9	3 %
16 à 30 jours	24	7 %
31 à 45 jours	41	33 %
Sous-Total	35	45 %
46 à 60 jours	51	21 %
61 à 90 jours	73	23 %
91 à 180 jours	112	10 %
181 jours et plus	275	1 %
Sous-Total	74	55 %
TOTAL	56	100 %

Le pourcentage est relatif au total de la colonne.

Ce tableau inclut le nombre de dossiers et le délai moyen pour l'exercice du 1^{er} palier.

ANNEXE IV

Formes de maltraitance, exemples d'indices observables et d'outils de repérage.

En fonction de leurs rôles auprès des usagers, les différents professionnels et intervenants sont susceptibles d'avoir accès à des indices particuliers.

Toute situation où l'on observe des indices de maltraitance doit faire l'objet d'une évaluation par un professionnel de l'équipe afin de conclure ou non à une situation de maltraitance. Le supérieur immédiat doit en être avisé sans délai.

Les observations et le processus d'évaluation doivent être documentés au dossier de l'utilisateur selon les normes et procédures ayant cours dans l'établissement.

Exemples d'indices, non exhaustifs, observables chez les personnes selon les types de maltraitance :

Forme de Maltraitance	Indices observables
Maltraitance physique	<ul style="list-style-type: none">• Blessures inexpliquées, manque de correspondance entre les blessures et les explications (réponses évasives ou défensives), ecchymoses ;• Grand nombre d'incidents et d'accidents ;• Peur ;• Tremblement ;• Isolement ;• Réticence à recevoir des soins ;• Difficulté à voir la personne âgée seule ;• Absence ou bris de lunettes et prothèses dentaires ;• Surmédication ou sous-médication ;• Manque d'hygiène ;• Malnutrition, déshydratation, perte de poids inexpliquée ;• Apparence physique négligée (ongles longs, cheveux mal entretenus, etc.), vêtements souillés ou inappropriés pour la saison ;• Maladie physique mal contrôlée ;
Maltraitance sexuelle	<ul style="list-style-type: none">• Verbalisation d'un sentiment de honte ;• Repli sur soi ;• Peur, changement de comportement ;• Angoisse ou agressivité au moment des soins d'hygiène ou du changement de vêtements ;• Infections ou plaies aux organes génitaux ;• Douleurs abdominales ;• Désinhibition sexuelle ;

Maltraitance psychologique	<ul style="list-style-type: none"> • Peur, culpabilité, repli sur soi, faible estime de soi ; • Nervosité apparente en présence de la personne maltraitante ; • Symptômes dépressifs ; • Confusion ou symptômes d'atteintes cognitives non diagnostiquées ; • Hyperactivité ou hypoactivité ; • Manque d'attention et d'interaction sociale ; • Sécurité insuffisante, milieu de vie non adapté à la condition de la personne ; • Apathie, • Culpabilité excessive ; • Trouble du sommeil, troubles de la mémoire, changement de comportement, etc.
Maltraitance matérielle ou financière	<ul style="list-style-type: none"> • Fonds insuffisants pour payer les factures ; • Perte de contrôle sur les finances ; • Disparition de documents liés aux avoirs de la personne ; • Niveau de vie ou services inappropriés malgré des revenus suffisants ; • Disparition d'objets ; • Anxiété lorsqu'on questionne la personne relativement à la gestion de ses avoirs ; • Prêts à des tiers, transactions inhabituelles dans les comptes bancaires, signatures suspectes sur les chèques ou d'autres documents, changement d'institution financière ; • Endettement inexplicé, changement dans les placements (transactions inhabituelles, rachats massifs ou multiplication des transactions) ; • Visite régulière d'un proche à l'occasion de la réception des revenus mensuels ; • Changement soudain de la procuration ou du testament, changement de bénéficiaire dans une police d'assurance-vie, vente de biens ; • Biens personnels ou argent qui ont disparu, etc.
Violation des droits	<ul style="list-style-type: none"> • Insécurité, difficulté à prendre une décision ; • Privation de relation sociale, refus de fréquenter une ressource ; • Nonaccès aux documents légaux ; • Aliénation familiale et sociale, isolement, dénigrement, difficulté pour la personne aînée à rester seule en présence de tiers sans la présence de la personne maltraitante qui tente de contrôler la situation (répond à la place de la personne aînée et ne permet pas de vie privée), contrôle des fréquentations (répond au téléphone à sa place en affirmant que la personne dort, renvoie des amis venus visiter la personne...) ; • Ne pas tenir compte des plaintes d'un usager, etc.

Maltraitance organisationnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction de la personne à un numéro ; • Non-satisfaction des besoins de base ; • Non-respect des droits de la personne (intimité, dignité, vie privée, droit de vote, droit de recevoir des appels ou des visiteurs, choisir ses activités, circuler librement) ; • Prestation de soins ou de services selon des horaires où l'on ne prend pas en compte les besoins des usagers et où l'on ne tente pas d'accommoder en fonction de leurs préférences chaque fois que possible ; • Attente induite pour recevoir un service ; • Détérioration anormale, inexplicquée ou suspecte de l'état de santé (plaies, dépression, anxiété, etc.)
Âgisme	<ul style="list-style-type: none"> • Langage infantilisant envers la personne aînée ; • Non-reconnaissance des savoirs ou des compétences ; • Exclusion sociale ; • Rejet des idées et du point de vue ; • Honte, culpabilité de ne pas être « à la hauteur » ; • Faible estime de soi ; • Insécurité, etc.

Source : Adapté du Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées, p.83-93, Québec, 2016.

ANNEXE V

État des dossiers de plainte des médecins examinateurs dont l'examen a été conclu selon le délai d'examen

Délai d'examen	Moyenne	%
Moins de 3 jours	1	17 %
4 à 15 jours	10	20 %
16 à 30 jours	22	20 %
31 à 45 jours	40	19 %
Sous-Total	19	76 %
46 à 60 jours	49	11 %
61 à 90 jours	64	9 %
91 à 180 jours	134	3 %
181 jours et plus	420	1 %
Sous-Total	85	24 %
TOTAL	34	100 %

Le pourcentage est relatif au total de la colonne.

Ce tableau inclut le nombre de dossiers et le délai moyen pour l'exercice du 1^{er} palier.

ANNEXE VI

Lexique des données du système d'information sur la gestion des plaintes et l'amélioration de la qualité des services (SIGPAQS)

Catégorie de motifs	
Accessibilité	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de service ou de ressource ; • Délais ; • Difficulté d'accès ; • Refus de service et autre.
Aspect financier	<ul style="list-style-type: none"> • Allocation des ressources matérielles et financières ; • Facturation ; • Frais de déplacement/ transport; • Frais d'hébergement/placement ; • Legs et sollicitation ; • Processus de réclamation et autre.
Droits particuliers	<ul style="list-style-type: none"> • Accès au dossier de l'utilisateur ; • Assistance/accompagnement ; • Choix du professionnel ; • Choix de l'établissement ; • Consentement ; • Droit à l'information ; • Droit à un accommodement raisonnable ; • Droit de communiquer ; • Droit de porter plainte ; • Droit de recours ; • Droit linguistique ; • Participation de l'utilisateur ou de son représentant ; • Représentation ; • Sécurité et autre.
Organisation du milieu et ressources matérielles	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentation ; • Comptabilité des clientèles ; • Conditions d'intervention ou de séjour adaptées ; • Confort et commodité ; • Équipement et matériel ; • Hygiène/salubrité/désinfection ; • Organisation spatiale ; • Règles et procédures du milieu ; • Sécurité et protection et autre.
Relations interpersonnelles	<ul style="list-style-type: none"> • Abus ; • Communication/attitude ; • Discrimination/racisme ; • Fiabilité/disponibilité ;

	<ul style="list-style-type: none"> • Respect et autre.
<p>Soins et services dispensés</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Compétence technique et professionnelle (capacité de base à faire le travail) ; • Continuité ; • Décision clinique ; • Organisation des soins et services (systémique) ; • Traitement/intervention/services (action faite) et autre.
<p>Maltraitance</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Discrimination et âgisme ; • Matérielle ou financière ; • Organisationnelle (soins et services) ; • Physique ; • Psychologique ; • Sexuelle ; • Violation des droits.

ANNEXE VII

Les mesures correctives à portée individuelle ou systémique

Adaptation des soins et services

- Ajustement des activités professionnelles;
- Ajout de services ou de ressources humaines;
- Amélioration des communications;
- Changement d'intervenant;
- Collaboration avec le réseau;
- Élaboration/révision/application;
- Encadrement des intervenants;
- Évaluation des besoins;
- Information et sensibilisation des intervenants;
- Formation du personnel;
- Réduction du délai et autres;
- Relocalisation / transfert d'un usager.

Adaptation du milieu et de l'environnement

- Ajustement technique et matériel;
- Amélioration des conditions de vie;
- Amélioration des mesures de sécurité et protection et autres.

Adoption/révision/application des règles et procédures

- Code d'éthique;
- Politiques et règlements;
- Protocole clinique ou administratif et autres.

Ajustement financier

Conciliation / intercession / médiation / liaison / précision / explication

Communication / promotion

Formation / supervision

Promotion du régime

- Communication avec le comité des usager et autres.

Obtention de services

Respect des droits et autres.

Respect du choix

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Sud-
de-l'île-de-Montréal*

Québec 