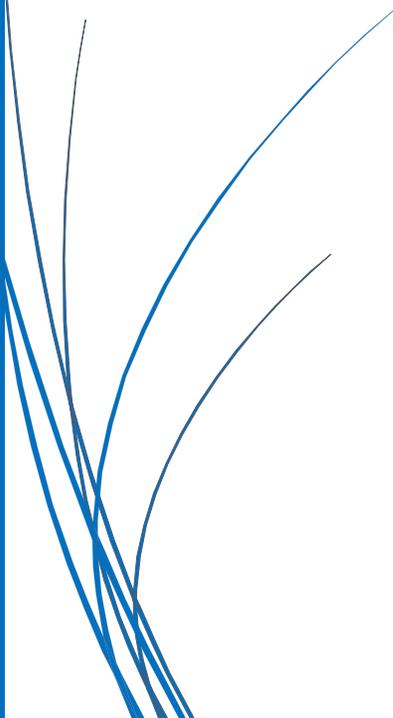


RAPPORT ANNUEL 2021-2022

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



Auteur

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

Planification et coordination

Jocelyne Guénette, Commissaire adjointe aux plaintes et à la qualité des services

Vérification des données et mise en page

Jocelyn Cossette, Technicien en administration

Peratsim Ntoya, Technicien en administration

Sandra Mompremier, Technicienne en administration

Source des données

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

Approuvé au conseil d'administration du CISSS de l'Outaouais le 15 juin 2022

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

Cette publication sera disponible sur le site internet du CISSS de l'Outaouais après son adoption à l'Assemblée nationale: www.ciasss-outaouais.gouv.qc.ca

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

ISBN : 978-2-550-92565-1 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-92566-8 (PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2022

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2022

© CISSS de l'Outaouais, 2022

Table des matières

MOT DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES	1
INTRODUCTION.....	2
LE RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES ET SES ASSISES LÉGALES.....	2
POUVOIR ET FONCTIONS DU COMMISSAIRE ET COMMISSAIRE ADJOINT AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES (CPQS).....	2
<i>Les clientèles desservies.....</i>	<i>3</i>
PARTIE 1 - RAPPORT DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES.....	5
1.1 LES FAITS SAILLANTS AU COURS DE L'EXERCICE 2021-22.....	5
1.2 BILAN DES DOSSIERS DE PLAINTES.....	10
<i>Plaintes par missions et installations.....</i>	<i>11</i>
<i>Motifs et mesures d'amélioration de la qualité des soins et des services.....</i>	<i>12</i>
<i>Situations récurrentes pour l'année.....</i>	<i>17</i>
<i>Délai de traitement des dossiers de plainte</i>	<i>18</i>
1.3 BILAN DES DOSSIERS D'INTERVENTION	19
<i>Évolution des dossiers d'intervention.....</i>	<i>19</i>
<i>Interventions selon la mission</i>	<i>20</i>
<i>Motifs d'intervention et mesures d'amélioration des soins et services.....</i>	<i>20</i>
1.4 BILAN DES DOSSIERS PROVENANT DU CAAP ET DE DROIT-ACCÈS DE L'OUTAOUAIS	24
1.5 BILAN DES DOSSIERS TRANSMIS POUR ÉTUDE À DES FINS DISCIPLINAIRES	24
1.6 BILAN DES DOSSIERS TRAITÉS POUR MALTRAITANCE.....	24
1.7 BILAN DES RECOMMANDATIONS DE LA COMMISSAIRE.....	31
1.8 BILAN DES DOSSIERS ANALYSÉS PAR LE PROTECTEUR DU CITOYEN EN DEUXIÈME INSTANCE	31
1.9 BILAN DES DEMANDES D'ASSISTANCE.....	33
1.10 BILAN DES CONSULTATIONS	34
1.11 BILAN DES AUTRES FONCTIONS ET AUTRES RESPONSABILITÉS LÉGALES DE LA COMMISSAIRE	34
PARTIE 2 - CONCLUSION ET OBJECTIFS 2022-23	37
ANNEXE 1	38

ANNEXE 2	41
PARTIE 3 - RAPPORT DES MÉDECINS EXAMINATEURS DU CISS DE L'OUTAOUAIS	46
3.1 PRÉAMBULE	47
3.2 TRAITEMENT DES PLAINTES DU 1^{ER} AVRIL 2021 AU 31 MARS 2022	49
<i>Bilan des dossiers de plainte selon l'étape de l'examen</i>	49
<i>Bilan des dossiers de plainte selon l'étape de l'examen et la mission</i>	49
<i>État des dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires</i>	50
<i>État des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu selon le niveau de traitement et le motif</i>	51
<i>État des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu selon le délai d'examen</i>	51
3.3 RECOMMANDATIONS FAITES EN 2021-22	52
3.4 CONCLUSIONS POUR L'ANNÉE 2021-2022	53
3.5 OBJECTIFS POUR L'ANNÉE 2022-2023	53
3.6 MESSAGE DES MÉDECINS EXAMINATEURS POUR L'ANNÉE 2022-2023	54
PARTIE 4 - RAPPORT DU COMITÉ DE RÉVISION	55
4.1 MANDAT ET RESPONSABILITÉS	56
4.2 COMPOSITION DU COMITÉ DE RÉVISION DES PLAINTES MÉDICALES	56
4.3 BILAN DES DOSSIERS REÇUS EN 2021-22	57
<i>État des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu selon le délai d'examen</i>	58
4.4 CONCLUSIONS ET OBJECTIFS POUR L'ANNÉE 2021-22	58
PARTIE 5 – CENTRE D'HÉBERGEMENT CHAMPLAIN-DE-GATINEAU	59
5.1 BILAN DES DOSSIERS DE PLAINTES 2021-2022	59
5.2 BILAN DES DOSSIERS D'INTERVENTION	59
<i>Évolution des dossiers d'intervention</i>	59
<i>Motifs d'intervention et mesures d'amélioration des soins et services</i>	59
5.3 BILAN DES DEMANDES D'ASSISTANCE	60
5.4 BILAN DES DOSSIERS TRANSMIS POUR ÉTUDE À DES FINS DISCIPLINAIRES	60
5.5 LE RECOURS AU PROTECTEUR DU CITOYEN	60
5.6 BILAN DES CONSULTATIONS	60
5.7 BILAN DES AUTRES FONCTIONS ET AUTRES RESPONSABILITÉS LÉGALES DE LA COMMISSAIRE	61

<i>Les participations statutaires de la commissaire</i>	61
5.8 RAPPORT DU MEDECIN EXAMINATEUR	61
PARTIE 6 – VIGI DE L'OUTAOUAIS	62
6.1 BILAN DES DOSSIERS DE PLAINTES 2021-2022	62
6.2 BILAN DES DOSSIERS D'INTERVENTION	62
<i>Évolution des dossiers d'intervention</i>	63
<i>Motifs d'intervention et mesures d'amélioration des soins et services</i>	63
6.3 BILAN DES DEMANDES D'ASSISTANCE	65
6.4 BILAN DES DOSSIERS TRANSMIS POUR ÉTUDE À DES FINS DISCIPLINAIRES	65
6.5 LE RECOURS AU PROTECTEUR DU CITOYEN	66
6.6 BILAN DES CONSULTATIONS	66
6.7 BILAN DES AUTRES FONCTIONS ET AUTRES RESPONSABILITÉS LÉGALES DE LA COMMISSAIRE	66
<i>Les participations statutaires de la commissaire</i>	66
6.8 RAPPORT DU MEDECIN EXAMINATEUR	67



Liste des sigles ou acronymes

APPR	Agent de planification, programmation et de recherche
CA	Conseil d'administration
CAAP	Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHSP	Centre hospitalier de soins psychiatriques
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CISSSO	Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CPQS	Commissaire aux plaintes et à la qualité des services
CVQ	Comité de vigilance et de la qualité
LPJ	Loi de la protection de la jeunesse
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MDPR	Médecin, dentiste, pharmacien ou un résident
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OC	Organisme communautaire
PDC	Protecteur du citoyen
RAC	Résidence à assistance continue
RI	Résidence intermédiaire
R-I	Résidence
RPA	Résidence privée pour aînés
RTF	Résidence de type familial
SIGPAQS	Système intégré de gestion des plaintes et amélioration de la qualité des services
SPU	Services préhospitalier d'urgence

Liste des graphiques

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

Graphique 1. Dossiers ouverts selon le type pour l'exercice 2021-22	5
Graphique 2a. Nombre de motifs de plainte concernant la COVID-19.....	6
Graphique 2b. Nombre de motifs d'intervention concernant la COVID-19.....	6
Graphique 2c. Nombre de motifs d'assistance concernant la COVID-19.....	7
Graphique 3. Nombre de dossiers concernant la COVID-19.....	7
Graphique 4. Répartition du nombre de dossiers COVID-19 par mission	8
Graphique 5. Évolution du nombre de dossiers reçus.....	10
Graphique 6. Motifs de plainte par catégories.....	13
Graphique 7. Évolution des motifs de plainte par catégories.....	14
Graphique 8. Évolution des dossiers d'intervention depuis les trois dernières années.....	19
Graphique 9. Motifs des interventions conclues pendant l'exercice.....	20
Graphique 10. Évolution annuelle des motifs d'intervention.....	22

Graphique 11. Évolution des plaintes et interventions reçues en maltraitance au cours des trois dernières années.....	27
Graphique 12. Motifs de maltraitance à déclaration obligatoire.....	29
Graphique 13. Motifs des déclarations non obligatoires.....	29
Graphique 14. Évolution du nombre de recours au Protecteur du citoyen.....	32
Graphique 15. Évolution du nombre d'assistance.....	33
Graphique 16. Évolution du nombre d'assistance par motif.....	33
Graphique 17. Évolution du nombre de consultations.....	34

Liste des tableaux

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

Tableau 1. Comparatif des dossiers de plainte selon l'étape de l'examen.....	11
Tableau 2. Portée des mesures correctives des dossiers de plainte conclus.....	13
Tableau 3. Délai pour conclure les dossiers lors de l'exercice 2021-22.....	18
Tableau 4. Évolution des dossiers d'intervention.....	19
Tableau 5. Portée des mesures correctives des dossiers d'intervention conclus.....	21
Tableau 6. Nombre de dossiers selon le signalant.....	25
Tableau 7. Nombre de dossiers selon le type de signalement.....	27
Tableau 8. Nombre de motifs dans un signalement obligatoire.....	28
Tableau 9. Nombre de motifs dans un signalement non obligatoire.....	29
Tableau 10. Fondement du signalement dans une plainte ou intervention.....	29
Tableau 11. Bilan des recommandations émises par la commissaire pour l'exercice 2021-22.....	31
Tableau 12. Bilan des motifs pour les dossiers conclus par le PDC au cours de l'exercice 2021-22.....	32
Tableau 13. Bilan des recommandations émises par le PDC pour l'exercice 2021-22.....	32
Tableau 14. Autres fonctions de la commissaire.....	36
Tableau 15. Liste des recommandations et mesures.....	41-45

Rapport des médecins examinateurs pour le CISSS de l'Outaouais

Tableau 16. Bilan des dossiers de plaintes médicales selon l'étape de l'examen.....	49
Tableau 17. Évolution du bilan des dossiers de plainte médicale selon l'étape de l'examen.....	49
Tableau 18. Bilan des dossiers de plaintes médicales selon l'étape de l'examen et la mission.....	49
Tableau 19. Dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires.....	50
Tableau 20. État des dossiers de plaintes dont l'examen a été conclu selon le niveau de traitement et le motif.....	51
Tableau 21. Délai d'examen.....	51

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

Tableau 22. Les motifs, conclusions et délais de traitement des dossiers.....	57
Tableau 23. Délai d'examen.....	58

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

À titre de commissaire aux plaintes et à la qualité des services du Centre intégré de santé et des services sociaux (CISSS) de l'Outaouais, il me fait plaisir de vous présenter, conformément à l'article 33.10 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)*, le rapport annuel de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CISSS de l'Outaouais. Ce rapport, couvre la période du 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022, intègre le rapport annuel des médecins examinateurs, ainsi que le rapport annuel du comité de révision, tel que prévu à l'article 76.11 de la LSSSS.

Tout au long de l'année, les commissaires et les médecins examinateurs ont travaillé avec, pour ultime objectif, la recherche de l'amélioration de la qualité des services à la clientèle et la satisfaction des usagers. C'est un total de 2003 dossiers qui ont été traités, que ce soit pour des plaintes, des demandes d'assistance, des interventions, des consultations et des plaintes de nature médicale. Les données citées dans ce rapport sont recueillies par le biais du système intégré Web de gestion des plaintes et amélioration de la qualité des services (SIGPAQS).

Au cours de cette année, les acteurs du régime d'examen des plaintes ont concentré leurs efforts afin d'offrir avec rigueur et célérité, un traitement diligent des plaintes et des insatisfactions leur ayant été adressées par les usagers ou par leurs représentants.

Le travail qu'effectue l'équipe de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services est un travail qui implique la collaboration du personnel, des gestionnaires et directeurs du CISSS de l'Outaouais ainsi que des partenaires dans la communauté. Je me dois de souligner leur excellente participation lors de l'analyse des dossiers. Ces collaborations sont essentielles pour développer une vision globale des besoins de la clientèle et ainsi identifier les meilleures stratégies pour augmenter la satisfaction de celle-ci. Sans les attitudes d'ouverture et de collaboration présentes chez les gestionnaires et les employés de l'Établissement, il serait difficile d'exercer pleinement mon rôle et d'arriver à travailler concrètement à l'amélioration de la qualité des services au sein de l'établissement.

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



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

INTRODUCTION

Le présent rapport a pour objectif premier de renseigner la population concernant toutes les activités rattachées au régime d'examen des plaintes et de la qualité des services et fait état des activités du bureau de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services en regard de l'application de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et de la Loi 115 visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité.

Évidemment, l'année 2021-22 fut marquée par des demandes liées à la pandémie de COVID-19, ce qui nous a permis de constater les impacts de cette maladie sur l'expérience des usagers du CISSS de l'Outaouais et des résidents des résidences privées pour aînés (RPA) du territoire. Cette nouvelle réalité a nécessité une réorganisation rapide des modalités de travail et de l'offre de service du bureau de la commissaire.

Ce rapport comprend le bilan des activités de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services, celui du médecin examinateur et du comité de révision. Cette année une mise à jour de la circulaire 2022-020 du MSSS sur le régime d'examen des plaintes du réseau de la santé et des services sociaux (art. 53 LMRSSS) précise notamment que les informations des établissements privés dans le bilan annuel, devront être présentées de façon à les distinguer de celles qui concernent le centre intégré des territoires visés des centres d'hébergement privés conventionnés. Pour la région de l'Outaouais, il s'agit de Vigi de l'Outaouais et Champlain-de-Gatineau.

Le régime d'examen des plaintes et ses assises légales

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

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

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

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

- Applique la procédure d'examen des plaintes dans le respect des droits des usagers;
- Recommande au conseil d'administration toute mesure susceptible d'améliorer le traitement des plaintes pour l'établissement, au besoin;

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

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

Les clientèles desservies

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

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

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

- Est témoin ou a connaissance du fait que les droits d'un usager ou d'un groupe d'utilisateurs n'ont pas été respectés;
- Veut signaler un cas de maltraitance;

- Veut consulter le CPQS.

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

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

Droit de réserve

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

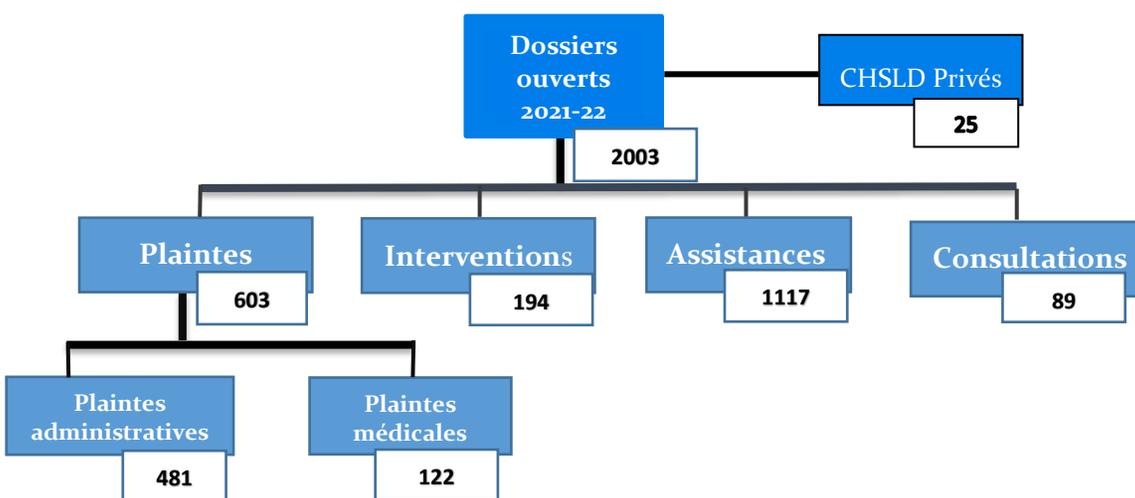
Partie 1

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

1.1 LES FAITS SAILLANTS AU COURS DE L'EXERCICE 2021-22

Un total de 2028 dossiers ont été traités par le bureau de la commissaire au cours de l'exercice 2021-22 comparativement à 1886 en 2020-21, ce qui représente une augmentation de 7 % quant au volume de dossiers traités. De ces 2028 dossiers, 25 concernent les 2 CHSLD privé conventionné, soit Vigi Santé et Champlain. Je discuterai de ces deux instances séparément dans le rapport annuel pour informer le CA du volume d'activités requis pour le bureau de la Commissaire aux plaintes. Le bilan tel que demandé par la circulaire du MSSS (2022-020) est présenté au CVQ de chacune des instances privées (Vigie Santé et Champlain).

La partie 1 concerne les 2003 dossiers du CISSS de l'Outaouais.



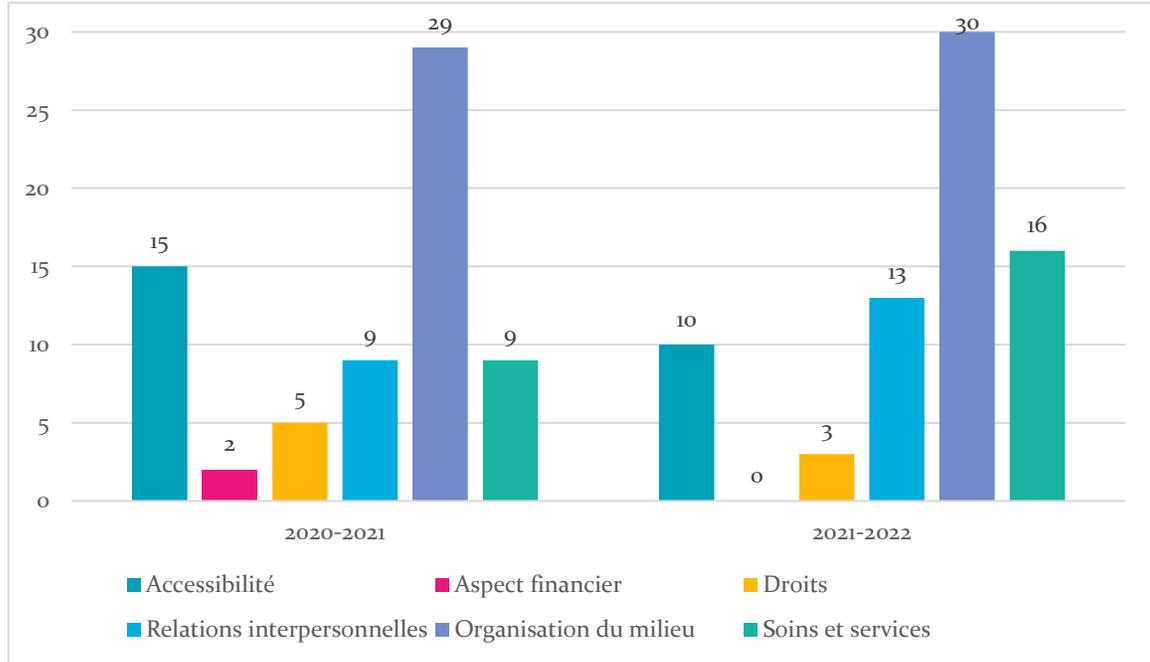
Graphique 1. Dossiers ouverts selon le type, pour l'exercice 2021-22

Premier fait saillant : Contexte de la pandémie COVID-19

Dans le contexte de la 2^e année de pandémie, un volume relativement important d'insatisfactions des usagers est lié à vaccination ainsi qu'aux directives ministérielles. L'année 2021-22 a nécessité le maintien de la modulation de l'offre de services par le CISSS de l'Outaouais pour répondre aux besoins évolutifs de la clientèle à l'égard de la pandémie. Quoiqu'il n'y avait pas de délestage des activités cliniques, certains services d'activités ont dû ajuster leur offre de service en fonction de la disponibilité de la main-d'œuvre. La pénurie de main d'oeuvre a eu un impact sur l'offre de services de certains secteurs. Plusieurs insatisfactions des usagers sont liées à l'accessibilité pour l'obtention d'un rendez-vous, l'organisation des lieux pour la vaccination ainsi que les règles pour la présence de proches aidants dans certains milieux dont les CHSLD, les RPA et les hôpitaux. Bien que je comprenne que la situation soit difficile, je ne peux intervenir sur la raison d'être de ces directives. Mon intervention se fait à deux niveaux, soit : d'expliquer aux usagers la raison de la mise en place de ces directives puis de m'assurer que les directives soient bien appliquées par les

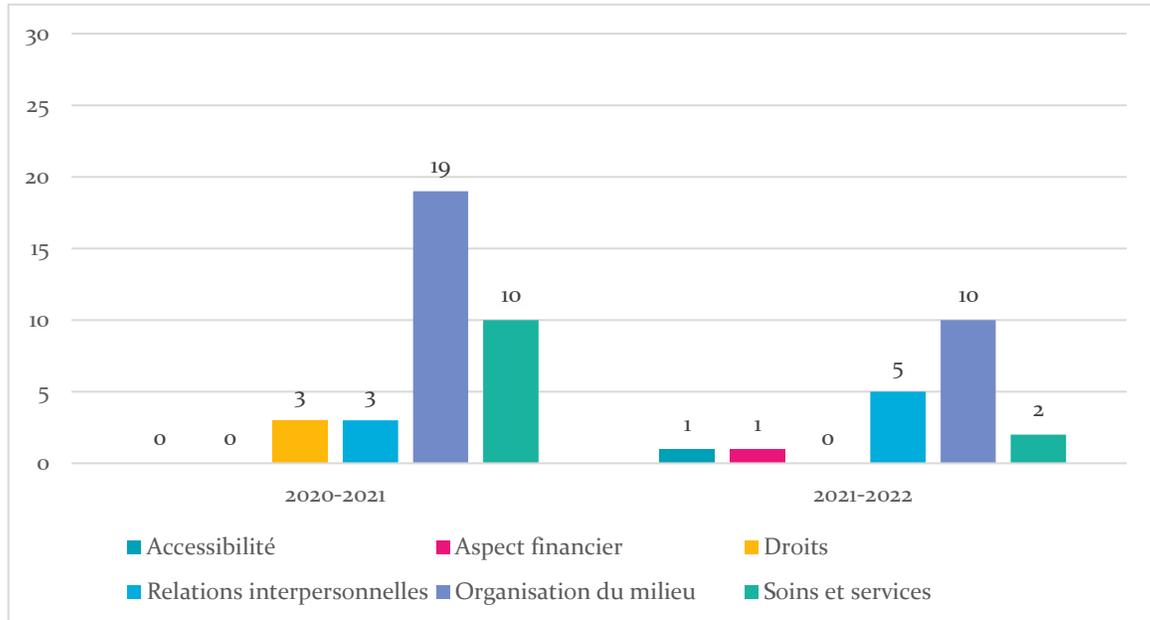
différentes directions et, le cas échéant, de demander des mesures d'amélioration. Le rôle du bureau de la Commissaire est de faire preuve d'écoute, d'empathie, de soutenir et guider les usagers selon leurs besoins.

Nombre de motifs de plainte liés à la COVID-19 :



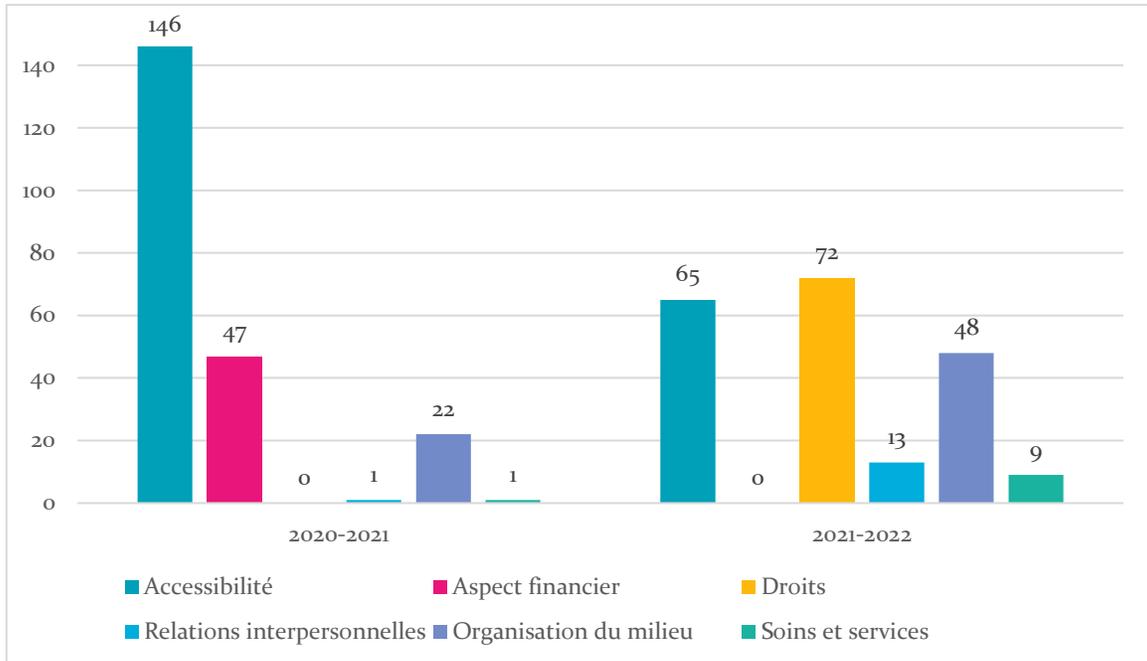
Graphique 2a. Nombre de motifs de plainte concernant la COVID-19

Nombre de motifs d'interventions liés à la COVID-19 :

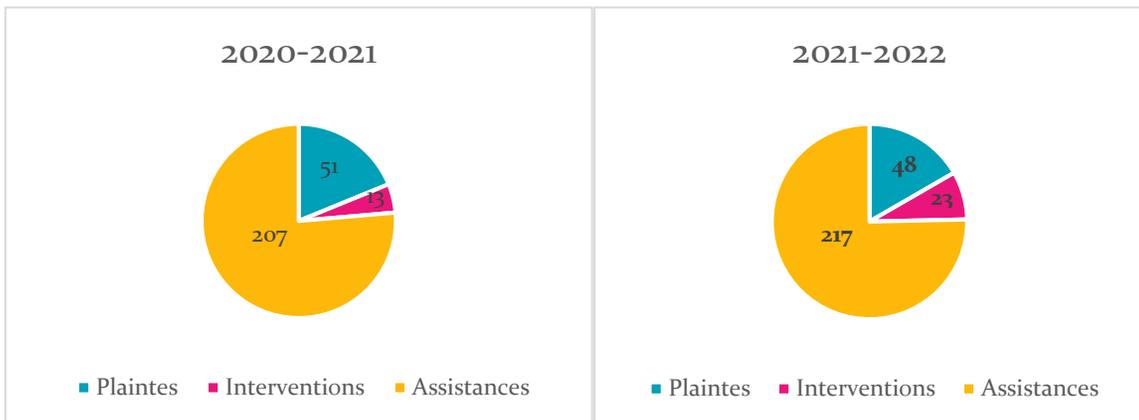


Graphique 2b. Nombre de motifs d'intervention concernant la COVID-19

Nombre de motifs d'assistances liés à la COVID-19 :



Graphique 2c. Nombre de motifs d'assistance concernant la COVID-19

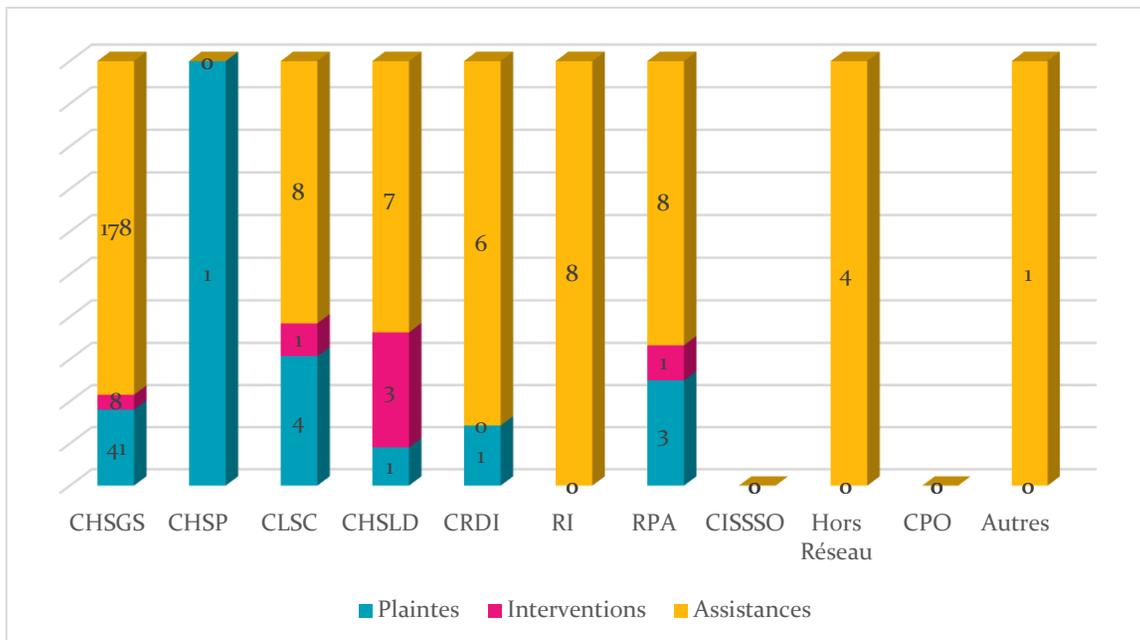


Graphique 3. Nombre de dossiers concernant la COVID-19

En 2021-22, 271 dossiers liés à la COVID-19 ont été reçus, comparativement à 288 dossiers en 2020-21, soit une diminution de 6 %. Ceci représente 13 % de l'ensemble des dossiers traités comparativement à 15 % l'an dernier. Le nombre de plaintes a augmenté de 6 % (3 dossiers), par contre le nombre d'assistances et d'interventions a respectivement diminué de 5 % (10 dossiers) et de 44 % (10 dossiers). Cet exercice démontre les impacts de la pandémie sur la répartition des insatisfactions des usagers et que ce contexte a modulé nos actions comme l'an dernier.

Plus précisément voici la répartition des dossiers liés à la COVID-19 sur l'ensemble des dossiers traités :

- 11 % des plaintes
- 7 % des interventions
- 18 % des assistances



Graphique 4. Répartition du nombre de dossiers COVID-19 par mission

Les motifs principaux (298 motifs) sont :

- 30 % liés à l'organisation du milieu et des ressources matérielles lors de la prestation de services incluant la connaissance et le respect des règles ainsi que les mesures d'hygiène et salubrité ;
- 26 % liés à des difficultés d'accessibilité pour obtenir un rendez-vous pour la vaccination, les délais d'attente pour recevoir le vaccin et pour obtenir un résultat de dépistage ;
- 26 % liés aux droits particuliers à l'égard de l'information sur les services, les modes d'accès et les droits et recours ;
- 9 % liés aux relations interpersonnelles soit un manque d'écoute, des commentaires et une attitude inappropriés ainsi que le manque de politesse ;
- 9 % liés à la prestation des soins et services soit l'organisation des soins et services et l'absence de suivi.

Voici certaines des mesures prises par les directions pour améliorer la qualité des soins et services liées à la COVID-19:

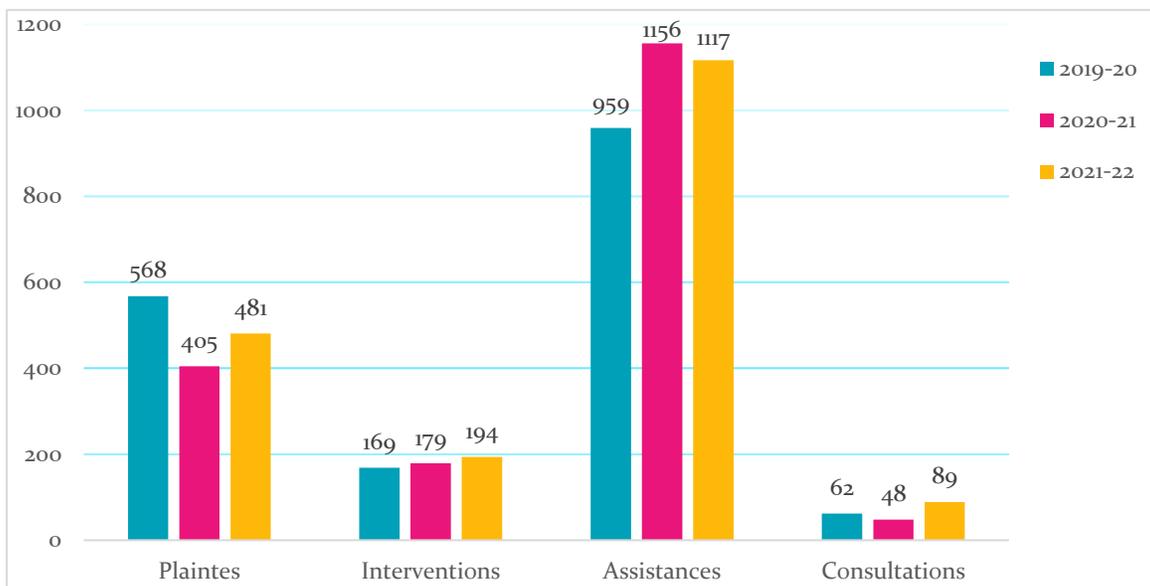
- Rappeler à l'équipe soignante verbalement et par la note de service « Admission à l'unité d'un usager asymptomatique ou symptomatique en attente de résultat COVID-19 », l'importance de vérifier le résultat COVID-19 de chaque usager avant son admission en

- unité de soins et de placer les usagers en attente du résultat COVID-19 dans la zone tiède et ce, quel que soit le diagnostic d'admission;
- Afficher un mémo « Usager admis ou qui sera admis » à l'unité de soins et à l'urgence, contenant le schéma rappelant au personnel la façon de gérer la période d'attente pour les résultats de tests COVID-19 des différents usagers;
 - Rappeler à la chef d'unité de soins l'importance de s'assurer que les procédures et les horaires de livraison des repas dans les chambres des usagers soient respectés;
 - Élaborer dans les prochaines semaines une procédure régissant l'arrivée des visiteurs et des proches aidants pour un usager en fin de vie, aide médicale à mourir ou soins palliatifs;
 - Rencontrer toute l'équipe et faire un rappel sur l'utilisation des supports technologiques disponibles lorsque requis par les usagers et leurs proches;
 - Attribuer un aide de service à l'unité du 3e Ouest avec comme mandat d'effectuer des tournées de communication pour la clientèle souhaitant communiquer avec les proches;
 - Aux futures cliniques de vaccination, préparer la liste des résidents par deux personnes et contrevérifier par une troisième personne pour assurer la validité de la liste et le respect des choix des résidents quant à leur acceptation ou à leur refus;
 - Envoyer à la résidente et à sa mandataire une lettre d'excuse expliquant l'erreur commise lors de la vaccination;
 - Rencontrer toute l'équipe et faire un rappel sur l'obligation d'avoir de la bienveillance envers les usagers et leurs proches;
 - Remettre le nom de la personne sur la liste de proche aidant autorisé à venir visiter;
 - Déployer les directives ministérielles auprès de l'équipe, en lien avec la procédure à suivre en cas d'effets secondaires du vaccin AstraZeneca;
 - Rencontrer et encadrer l'infirmière concernée. Un rappel a été fait quant au respect des valeurs de l'Établissement à l'égard des usagers;
 - Encadrer l'infirmière quant à son approche et ses propos à l'égard de l'Info Santé;
 - Rédiger la procédure entourant la vaccination contre le COVID-19 dans les RI-RTF-RPA;
 - Rappeler aux équipes de vaccinateurs l'importance de valider et de respecter le choix d'un résident ou de son représentant pour la vaccination et son droit de refuser.

Les autres faits saillants de l'année sont :

- Maintien d'une approche préventive préalablement au dépôt d'une plainte et traitement des situations par le biais d'assistances. L'année a débuté avec 31 dossiers de plainte provenant de l'exercice 2020-21 et 481 nouveaux dossiers ont été reçus au cours de l'année, pour un total de 512 dossiers. Puis, de ces 512 dossiers, 477 ont été conclus au 31 mars 2021, soit 93 %;
- 481 plaintes administratives, soit une augmentation de 16 % comparativement à l'année précédente :
 - 94,34 % des plaintes ont été traitées à l'intérieur du délai légal de 45 jours, comparativement à 96,15 % pour l'année 2020-21;
 - 21 dossiers de plaintes ont été acheminés en deuxième instance au Protecteur du citoyen.

- 122 plaintes médicales transmises aux médecins examinateurs, comparativement à 100 en 2020-21, soit 18,03 % de plus :
 - 13 dossiers ont été acheminés en deuxième instance au Comité de révision.
- 194 dossiers d'intervention, soit une augmentation de 7 % par rapport à l'année précédente;
- 1117 demandes d'assistance pour de l'aide à la formulation d'une plainte ou concernant l'accessibilité à un soin ou un service, soit une diminution de 3,37 % par rapport à l'année précédente;
- 89 demandes de consultation référant notamment à des demandes d'avis sur l'application du régime d'examen des plaintes et sur les droits des usagers, soit une augmentation de 46,07 % par rapport à l'année précédente.



Graphique 5. Évolution du nombre de dossiers reçus

1.2 BILAN DES DOSSIERS DE PLAINTES

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

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

Au cours de l'année, 72,29 % de ces plaintes ont été soumises par des usagers, 22,92 % par des représentants et 4,79 % par des tiers. Par cet apport, la population et les usagers du CISSS de l'Outaouais ont contribué à l'amélioration de la qualité des soins et des services en favorisant la mise en place de mesures correctives tangibles permettant de prévenir la récurrence de situations similaires.

Concernant les plaintes reçues et analysées, il y a eu une augmentation de 16 % du nombre de plaintes reçues par rapport à l'année précédente.

EXERCICE	En cours d'examen au début de l'exercice		Reçus durant l'exercice		Conclus durant l'exercice		En cours d'examen à la fin de l'exercice		Transmis au 2 ^e palier	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
2019 - 20	36	-81	568	19	563	-10	41	14	37	76
2020 - 21	41	14	405	-29	415	-26	31	-24	39	-10
2021 - 22	31	-24	482	19	478	15	35	13	21	-40

Tableau 1. Comparatif des dossiers de plainte selon l'étape de l'examen

Je constate que 24 % des assistances sont liées à l'accessibilité et 38 % au droit à l'information. Ainsi, en étant attentif aux besoins et attentes des usagers, il est privilégié d'adresser leurs insatisfactions par le biais d'une assistance plutôt que par celui d'une plainte et obtenir le plus rapidement possible une réponse à leur insatisfaction. Cette approche témoigne de la volonté de consolider une approche de conciliation et de résolution de problèmes basée sur la responsabilisation des parties

De l'analyse et du traitement des 481 dossiers portés à mon attention, 36 dossiers, soit 7,5 %, ont mené à la formulation de recommandations, ce qui constitue des mesures d'amélioration de la qualité des soins et services. Il importe de savoir que toutes les recommandations sont présentées au comité de vigilance et de la qualité (CVQ), qui a le devoir de s'assurer qu'un suivi soit apporté à chacune d'elles. (LSSSS, art. 181.0.1, art. 181.0.3). L'ensemble de ces recommandations émises peut être consulté à l'Annexe 2.

Plaintes par missions et installations

Des 477 plaintes conclues en 2021-22, la répartition par mission est la suivante, pour un total de 431 plaintes dont la mission est connue:

- 65,43 % pour la mission CHSGS, soit 282 plaintes ;
- 15,08 % pour la mission CLSC, soit 65 plaintes ;
- 9,51 % pour la mission CPEJ, soit 41 plaintes ;
- 7,42 % pour la mission RPA, soit 32 plaintes ;
- 3,25 % pour la mission CHSP, soit 14 plaintes ;
- 2,09 % pour la mission CHSLD, soit 9 plaintes ;
- 1,62 % pour la mission SPU, soit 7 plaintes ;
- 1,39 % pour la mission CRD, soit 6 plaintes ;
- 1,39 % pour la mission Organisme communautaire, soit 6 plaintes ;
- 0,92 % pour la mission CRDI-TED, soit 4 plaintes ;
- 0,69 % pour la mission RI, soit 3 plaintes ;
- 0,46 % pour la mission CRDM, soit 2 plaintes ;
- 0,46 % pour la mission CRDA, soit 2 plaintes ;

- 0,46 % pour la mission CRJDA, soit 2 plaintes ;
- 0,23 % pour la mission RAC, soit 1 plainte ;
- 0,23 % pour la mission R-I-Résidence, soit 1 plainte ;
- 0,23 % pour la mission AUTRE, soit 1 plainte.

De ces missions, les installations les plus visées (ayant reçues plus de 10 plaintes), par les plaintes conclues, pour un total de 82,13 % (354 plaintes) sont:

- Hôpital de Gatineau 18,33 % (79 plaintes) ;
- Hôpital de Hull 18,1 % (78 plaintes) ;
- CLSC et centre de protection de l'enfance et de la jeunesse de l'Outaouais 9,74 % (42 plaintes);
- Hors réseau 8,35 % (36 plaintes) ;
- RPA 7,42 % (32 plaintes) ;
- Centre de prélèvements externe (75, boul. La Gappe) 5,1 % (22 plaintes) ;
- Hôpital et CHSLD de Papineau 3,94 % (17 plaintes) ;
- Centre multiservices de santé et de services sociaux de Gatineau (La Gappe) 3,71 % (16 plaintes);
- Hôpital en santé mentale Pierre-Janet 2,78 % (12 plaintes) ;
- Centre multiservices de santé et de services sociaux de Saint-André-Avellin 2,32 % (10 plaintes) ;
- CISSS de l'Outaouais 2,32 % (10 plaintes).

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

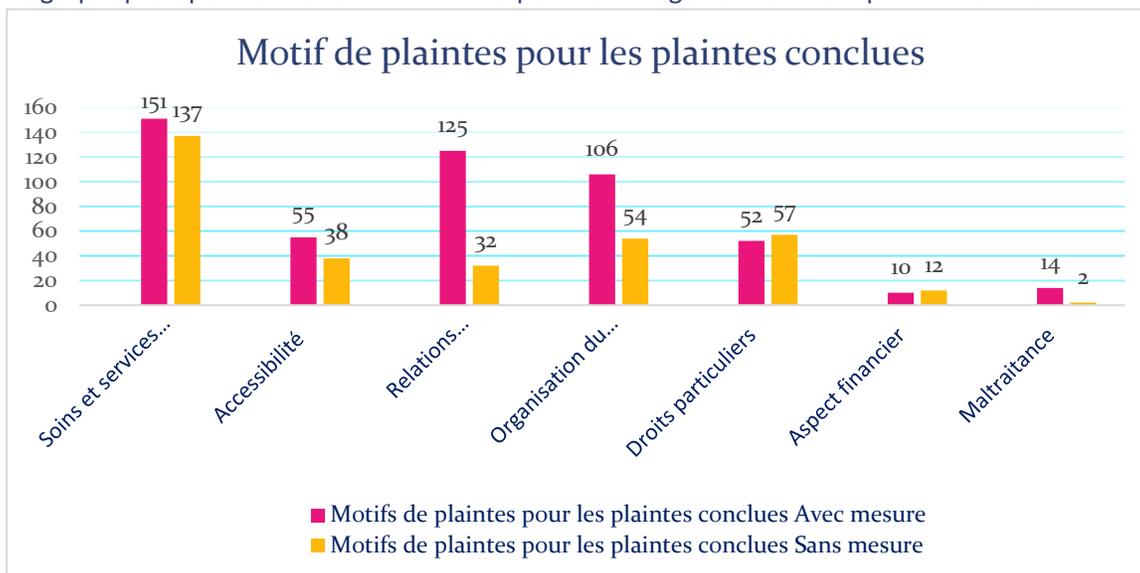
Les 477 plaintes conclues visaient 845 motifs. De ces motifs:

- 513 motifs de plaintes ont mené à des mesures (61 %)
- 67 % des mesures sont à portée systémique
- 332 motifs de plaintes n'ont pas mené à des mesures (39,29 %)

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

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

Le graphique 6 permet de voir la tendance pour les catégories de motifs pour l'exercice

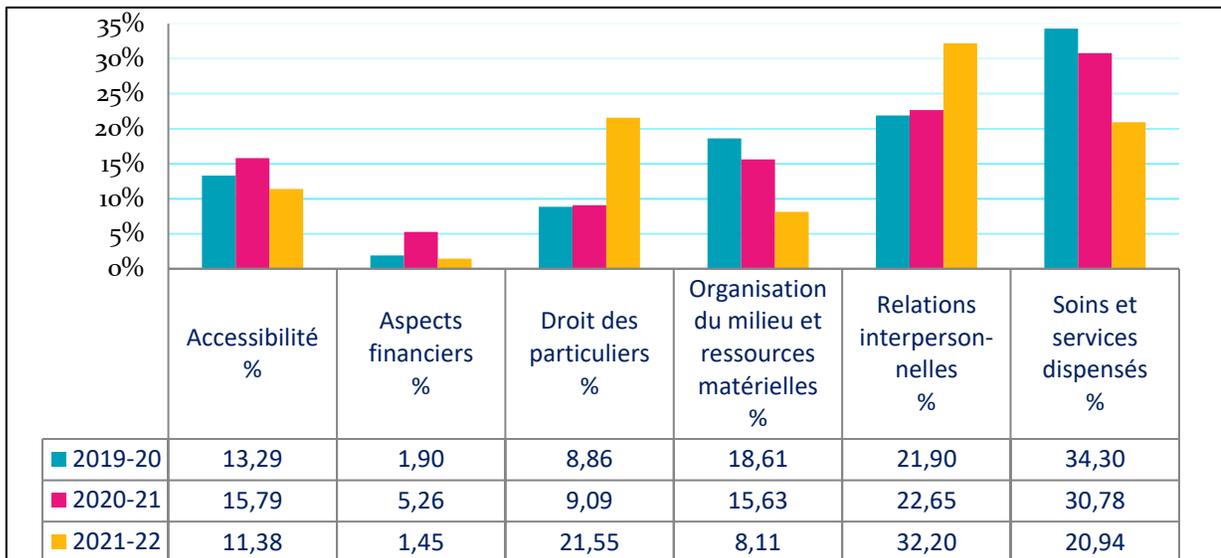


Graphique 6. Motifs de plainte par catégories

À partir de l'extraction de données dans SIGPAQS, les principaux motifs de plainte ainsi que la portée des mesures individuelle ou systémique sont ainsi ventilés :

Motifs	À portée individuelle	À portée systémique	Total
	%	%	%
Soins et services dispensés	26,57	34,96	32,22
Accessibilité	7,75	13,15	11,38
Relations interpersonnelles	37,27	13,87	21,55
Organisation du milieu et ressources matérielles	10,33	26,13	20,94
Droits particuliers	11,44	6,49	8,11
Aspect financier	2,21	1,08	1,45
Maltraitance**	4,43	4,32	4,35
Total	100,00	100,00	100,00

Tableau 2. Portée des mesures correctives des dossiers de plainte conclus
 **L'analyse des données concernant la maltraitance sera faite à la section 1.6



Graphique 7. Évolution des motifs de plainte par catégories

Une analyse plus approfondie des principaux éléments donne ce portrait :

- **Les relations interpersonnelles :**
 - Communication/attitude :
 - Commentaires inappropriés
 - Attitude non-verbale inappropriée
 - Manque d'empathie
 - Manque à l'égard de la personne :
 - Manque de politesse
- **Droits particuliers :**
 - Accès au dossier de l'utilisateur :
 - Confidentialité
 - Accès à une communication assistée :
 - Accès aux services de langue anglaise
 - Droit à l'information :
 - Sur la compréhension de la LPJ à l'égard des services et mode d'accès
- **Les soins et services dispensés :**
 - Organisation des soins et services (systémique) :
 - Propre à l'établissement
 - Propre à l'installation
 - Compétence technique et professionnelle :
 - Respect du code des professions
 - Habiletés techniques et professionnelles
 - Traitements/interventions/services :

- Interventions
- Décision et intervention liées à un processus judiciaire :
 - Évaluation et jugement professionnel
- **L'accessibilité :**
 - Difficulté d'accès :
 - Aux services formellement requis
 - Aux services réseau
 - Accès téléphonique :
 - Obtention de la ligne
 - Rendez-vous :
 - Temps d'attente pour obtenir le rendez-vous
 - Date de rendez-vous reçue
 - Report
 - Soins / services / programmes :
 - Listes d'attentes
 - Temps d'attente pour obtenir un résultat ou un rapport
- **L'organisation du milieu et ressources matérielles :**
 - Règles et procédures du milieu :
 - Connaissance et respect des règles et procédures
 - Hygiène/salubrité/désinfection :
 - Lieux
 - Biens personnels :
 - Perte/vol

Le motif de plaintes pour les relations interpersonnelles représente 32,2 % des motifs et est celui pour lequel nous avons reçus le plus de signalements dans la dernière année. Je constate dans les deux dernières années, malgré des efforts des directions et de la haute direction, que ce motif se maintient à plus de 20 %. Cette année, je note une augmentation significative de 10 %. Les insatisfactions principales (44 %) des usagers sont à l'égard de l'attitude non verbale et des commentaires inappropriés, du manque de politesse (12 %) et de compréhension (12 %). Des mesures d'encadrement, de soutien, de la sensibilisation et de formation ont été émises aux gestionnaires à l'égard de comportements et d'attitudes inappropriés d'employés et d'équipes. Les actions demandées aux différentes directions étaient à 43 %, d'ordre systémique.

Pour les droits particuliers des usagers, ce motif représente 21,55 % des motifs de plaintes. Le bilan démontre une augmentation de 12 % de ce motif. 15 % des plaintes sont liées à l'accès aux services de langue anglaise, 15 % à la confidentialité et 8 % sur l'information à l'égard des services et des modes d'accès. En 2020-21, l'accès à la langue anglaise représentait moins de 5 % des plaintes. Les actions demandées aux différentes directions étaient à 54 %, d'ordre systémique. Des mesures d'encadrement individuel ont été adressées aux gestionnaires tandis que pour le volet systémique, des demandes d'ajustement des activités des professionnels et de la sensibilisation sur les politiques, procédures et règlements. Je veille à ce que les valeurs de

l'établissement soient la bienveillance, le professionnalisme, l'engagement et la collaboration ainsi que le code d'éthique, soient respectés de tous et des interventions sont faites auprès des directions et gestionnaires concernés, le cas échéant.

Concernant le motif de plainte pour les soins et services dispensés, ce motif représente 20,94 % de l'ensemble des motifs. Je constate cette année une diminution de 9,8 % de ce motif. Les principaux constats qui ressortent de mon analyse démontrent que les insatisfactions sont surtout à l'égard de l'organisation des soins et services de façon systémique (21 %), ce qui signifie que l'organisation des soins touche l'ensemble de l'Établissement, d'une installation ou d'un secteur/service. Ces insatisfactions sont majoritairement en lien avec une trajectoire de soins où des usagers ont dû solliciter différents secteurs pour des soins et services. Le respect des Codes des professions et les compétences du personnel représente 11 %, les interventions faites par le personnel est de 17 % et l'évaluation et le jugement professionnels dans des contextes liés à un processus judiciaire est de 10 %. Les actions demandées aux différentes directions étaient à 63 % d'ordre systémique. Les mesures individuelles sont surtout axées sur l'encadrement de l'intervenant tandis que les mesures systémiques sont axées sur l'ajustement des activités professionnelles, l'information et la sensibilisation et les communications.

Le motif organisation du milieu et ressources matérielles représente 8,11 % des motifs de plaintes et une diminution de 7,52 % comparativement à l'an dernier. 32 % des insatisfactions sont en lien avec le respect des règles, 9 % concernent l'hygiène/salubrité/désinfection des lieux et 7,5 % concernent la perte et le vol de biens personnels. La grande majorité des actions demandées aux gestionnaires sont d'ordre systémique à 73 %, soit de l'information et sensibilisation des intervenants, de l'ajustement technique et matériel. Les mesures individuelles sont en lien avec de l'encadrement d'un intervenant.

En ce qui a trait à l'accessibilité, ce motif représente 11,38 % des motifs de plaintes. Je constate une diminution de de 4,41 %. Dans les trois dernières années la situation est relativement stable à l'égard des insatisfactions des usagers pour ce motif. Les principales insatisfactions sont à 19 %, en lien avec l'accès aux services formellement requis, incluant les services réseaux, à 19 % à l'égard du temps d'attente/date et report d'un rendez-vous et à 12 % pour les listes d'attente et le délai pour un résultat ou rapport. La grande majorité des actions demandées aux gestionnaires sont d'ordre systémique à 85 %. Ces mesures impliquent l'ajout de ressources humaines, l'élaboration-révision-application de procédures et information et sensibilisation aux intervenants/équipes.

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

Au cours de l'année, les directions ont contribué à la mise en place de mesures pour améliorer la qualité des soins et services aux usagers. Voici certaines de ces mesures :

- Autoriser un changement d'intervenante sans que la personne soit pénalisée et rencontrer la travailleuse sociale concernée lui précisant les ajustements à faire dans ses interventions auprès des usagers afin d'améliorer sa pratique ;
- Améliorer la communication avec les usagers en les avisant de la raison d'un retard de dialyse, lorsque cela survient ;
- Rencontrer l'infirmière ASI et l'outiller en lui offrant une formation sur la gestion des conflits;
- Faire passer le message aux infirmières et infirmières auxiliaires pour encourager la pratique de demander au médecin une ordonnance verbale individuelle en présence de douleur aiguë chez les usagers en attente d'une prise en charge médicale afin de soulager rapidement la douleur ;
- Élaborer un plan de communication avec les différents partenaires en soins palliatifs ;
- Rappeler l'importance d'assurer le contact avec les proches répondants pour tout changement dans l'état de santé d'un ou d'une résidente, en mettant de l'emphase sur l'importance de la validation de la satisfaction et de la compréhension des éléments d'information donnés ;
- Faire changer le message d'accueil de la boîte vocale 7221. Désormais le message indique clairement qu'un retour d'appel sera fait dans les 24 à 48 heures ouvrables et qu'en cas de crise psychosocial, les usagers sont invités à composer le 811 et qu'en cas d'urgence, ils peuvent composer le 911 ;
- Engager une agente administrative en remplacement de la titulaire afin de reprendre l'ensemble des tâches de la titulaire du poste ;
- Exiger que les infirmières, qui travaillent auprès des usagers avec problème d'anorexie ou autres troubles alimentaires, expliquent le fonctionnement de la pesée afin que ces derniers comprennent la raison d'être en sous-vêtements car ils ont le droit de recevoir les informations adéquates.

Situations récurrentes pour l'année

Certaines situations ont fait l'objet de plaintes récurrentes au CISSS de l'Outaouais au cours des trois dernières années :

➤ **Les relations interpersonnelles**

Les insatisfactions à l'égard de l'attitude inappropriée et de commentaires désobligeants de certains membres du personnel demeurent un enjeu. Malgré la mise en place de mesures correctives par l'organisation et l'émission de recommandations allant de la sensibilisation d'employés à l'analyse du dossier à des fins disciplinaires selon la gravité des allégations rapportées, une récurrence de ce type de plaintes est observée. Les insatisfactions répétées des usagers conduisent au constat que les mesures mises en place n'ont pas permis d'observer des changements pérennes.

➤ Les résidences privées pour aînés (RPA)

À nouveau cette année, des situations préoccupantes ont été constatées à l'égard de certaines unités de soins dans des RPA, où des éléments de dangerosité ont mis à risque élevé les usagers. Des indicateurs à l'égard de la maltraitance organisationnelle ont été identifiés. Des enquêtes cliniques et autres analyses par les directions cliniques sont venues confirmer l'urgence de mettre en place des actions immédiates et à très court terme. Les principaux motifs sont à l'égard des soins et services dispensés à l'effet que les unités de soins de certaines RPA sont incapables de répondre adéquatement aux besoins importants des usagers par manque de ressources compétentes, d'absence ou de non respect de protocoles, de manque de surveillance et de suivis ainsi que de lacunes dans l'organisation du travail. À l'égard des RI, des situations préoccupantes ont aussi été soulevées et des éléments de maltraitance organisationnelle ont été identifiés ainsi que des écarts dans les pratiques, les communications et ce, tant au niveau de la RI que du CISSS de l'Outaouais. Plusieurs actions ont été faites par les directions concernées et les ressources privées et des plans d'action mis en place. Par contre, étant donné la vulnérabilité de ces clientèles, les mécanismes assurant une vigie régulière devront être révisés ou développés afin d'être davantage proactif à repérer les situations préjudiciables pour les usagers. Ces enjeux sont discutés avec la direction générale, la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique ainsi qu'avec les directions cliniques impliquées incluant le soutien à la pratique et les partenaires externes pour assurer la surveillance et les suivis pour le respect des droits des usagers.

Délai de traitement des dossiers de plainte

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

Cette année, le délai de 45 jours a été respecté pour 451 des 478 dossiers de plainte conclus, soit dans 94,35 % des cas, comparativement à 96,14 % en 2020-21.

Dossiers conclus pendant l'exercice		
Délai	Nombre	%
Moins de 3 jours	71	14,88
4-15 jours	22	4,61
16-30 jours	84	17,61
31-45 jours	273	57,23
Sous-total	451	94,33
46-60 jours	10	2,10
61-90 jours	13	2,72
91-180 jours	4	0,85
181 jours et plus	0	0,00

Sous-total	27	5,67
Total	477	100,00

Tableau 3. Délai pour conclure les dossiers lors de l'exercice 2021-22

1.3 BILAN DES DOSSIERS D'INTERVENTION

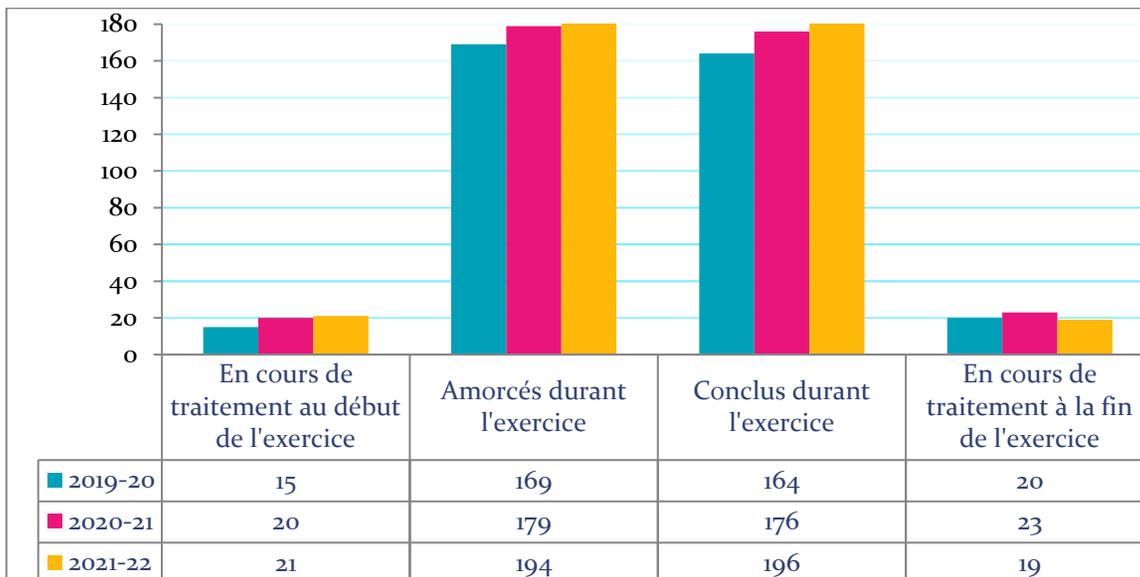
La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* permet à la commissaire d'intervenir de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'elle a des motifs de croire que les droits d'un usager ou d'un groupe d'utilisateurs peuvent être lésés.

194 interventions durant l'exercice ont été amorcées et 21 dossiers sont en cours de traitement au début de l'exercice. Au final, ce sont 196 dossiers qui ont été conclus et 19 dossiers sont toujours en cours de traitement à la fin de l'exercice.

Évolution des dossiers d'intervention

EXERCICE	En cours de traitement au début de l'exercice		Amorcés durant l'exercice		Conclus durant l'exercice		En cours de traitement à la fin de l'exercice	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
2019 - 20	15	-35	169	104	164	80	20	33
2020 - 21	20	33	179	6	176	7	23	15
2021 - 22	21	5	194	8	196	10	19	-10

Tableau 4. Évolution des dossiers d'intervention



Graphique 8. Évolution des dossiers d'intervention depuis les trois dernières années

Interventions selon la mission

Voici un portrait de l'origine des interventions pour les 196 dossiers conclus dont la mission est connue:

- 79 sur constat, soit 40,31 % : situations préoccupantes pour les droits d'usagers où la commissaire a décidé d'intervenir;
- 117 sur signalement, soit 59,69 %.

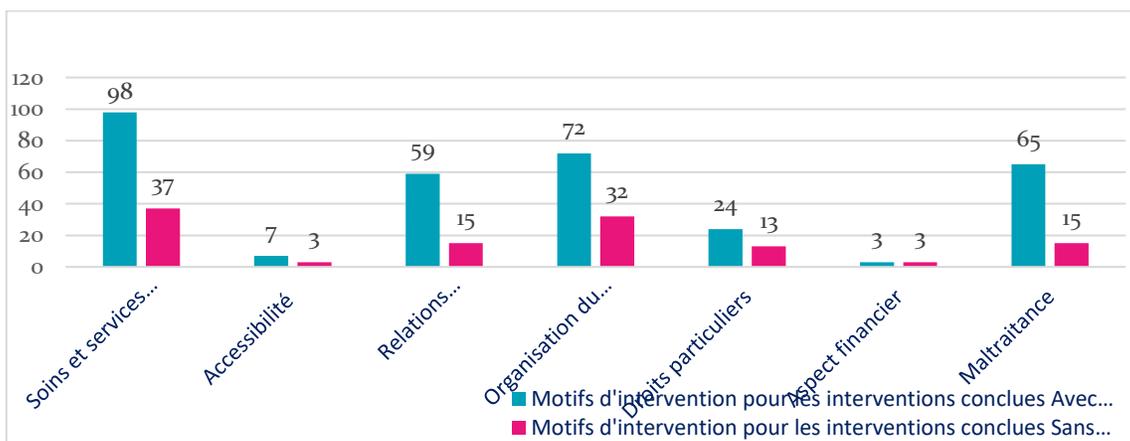
Les principales installations visées par les interventions conclues pour un total de 96,69 % (179 interventions) sont

- CHSLD 26,28 % (41 interventions);
- RPA 18,88 % (37 interventions);
- Hôpital de Hull 13,27 % (26 interventions);
- Ressources intermédiaires 10,71% (21 interventions);
- Hôpital de Gatineau 7,14 % (14 interventions);
- Hôpital et CHSLD de Papineau 5,61 % (11 interventions);
- CLSC 5,61 % (11 interventions);
- Hôpital en santé mentale Pierre-Janet 4,59 % (9 interventions);
- Hôpital et CHSLD du Pontiac 4,59 % (9 interventions).

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

Pour l'année 2021-22, je constate une augmentation de 7,7 % (15 dossiers) des interventions reçues. Pour les 196 dossiers d'interventions conclues, 73,54 % ont menés à des mesures, une augmentation de 10,2 % comparativement à l'an dernier. De l'ensemble de ces mesures, 59 % sont à portée systémique.

Le graphique 9 permet de voir la tendance pour les catégories de motifs de l'exercice 2021-22.



Graphique 9. Motifs des interventions conclues pendant l'exercice

Motifs	À portée individuelle	À portée systémique	Total
	%	%	%
Soins et services dispensés	23,60	32,78	29,04
Accessibilité	1,60	2,20	1,96
Relations interpersonnelles	22,40	12,40	16,48
Organisation du milieu et ressources matérielles	5,60	24,24	16,64
Droits particuliers	5,60	6,34	6,04
Aspect financier	1,20	0,00	0,49
Maltraitance**	40,00	22,04	29,35
Total	100,00	100,00	100,00

Tableau 5. Portée des mesures correctives des dossiers d'intervention conclus
 **L'analyse des données concernant la maltraitance sera faite à la section 1.6

Une analyse plus approfondie des motifs donne ce portrait:

- Les soins et services dispensés :
 - Traitements/interventions/services (action faite)
 - Compétence technique et professionnelle
- L'accessibilité :
 - Délais pour services d'urgence
- Les relations interpersonnelles :
 - Communication/attitude :
 - Attitude non-verbale inappropriée
 - Manque d'information
- L'organisation du milieu et les ressources matérielles :
 - Règles et procédures du milieu
 - Organisation des services de sécurité
- Droits particuliers :
 - Droit à l'information



Graphique 10. Évolution annuelle des motifs d'intervention

Le graphique 10 illustre que les interventions sont majoritairement liées aux soins et services. Ce motif représente 31,32 % des insatisfactions. Une diminution de 6 % est observée comparativement à l'an dernier. Les principales insatisfactions sont liées aux interventions (17 %) et à la médication (7 %), les interventions représentaient 11 % de ce motif l'an dernier. Par contre, pour l'année 2021-22, 16 % des insatisfactions sont liées aux compétences techniques et professionnelles du personnel, ce qui se voulait peu représentatif l'an dernier, constat similaire pour les plaintes à ces égards. L'analyse des données concernant la maltraitance sera faite à la section 1.6.

Le motif organisation du milieu et ressources matérielles représente 16,67 % des motifs d'interventions et a diminué de 5,55 % comparativement à l'an dernier. Les principales insatisfactions sont à l'égard du respect des règles en place dans le milieu (31 %), qui représentait seulement 11 % l'an dernier.

Quant aux relations interpersonnelles, ce motif représente 16,67 % des insatisfactions soit une augmentation de 2,7 % par rapport à l'an dernier. 55 % des principales insatisfactions sont à l'égard des communications et de l'attitude, plus précisément en lien avec l'attitude non verbale inappropriée et les commentaires inappropriés ainsi que le manque d'information. Les enjeux à l'égard des communications et de l'attitude est présent de façon récurrente à un degré similaire dans les deux dernières années. Les insatisfactions liées au manque d'information sont présentes dans 15 % des interventions traitées. Dans la dernière année, tel que discuté dans la section COVID, les usagers ont vécu des difficultés pour avoir la bonne information à l'égard de la vaccination, des règles ministérielles et pour la présence des proches aidants dans différents milieux de soins, ce qui explique la présence de ce motif.

À l'égard des droits particuliers qui représente 8,62 % des motifs il y a une stabilité au cours des trois dernières années. Le principal motif d'insatisfaction concerne le droit à l'information, surtout

d'avoir accès à de l'information juste et au bon moment sur tout incident/accident survenu. En fait, lors de l'analyse de plusieurs de nos interventions, le processus lié à la déclaration et divulgation d'incident/accident est ressorti régulièrement comme un écart et ce, tant à l'interne qu'avec certains partenaires externes.

Le motif pour l'accessibilité représente seulement 2,87 % des motifs d'intervention et est relativement stable depuis deux ans. Les interventions se sont concentrées sur les délais pour avoir accès aux services médicaux d'urgence. À l'égard des plaintes, le portrait diffère et je constate que les insatisfactions sont plutôt à l'égard des processus liés à l'obtention/report de rendez-vous et ont nécessité majoritairement des mesures d'ordre systémique.

L'analyse de l'ensemble des dossiers d'intervention a donné lieu à 613 mesures correctives, soit 363 à portée systémique et 250 à portée individuelle. Je constate que 59 % des mesures sont à portée systémique. Ces mesures émises sont à l'égard des soins et services et concernent deux éléments principaux soit l'ajustement des activités professionnelles, ainsi que l'information et la sensibilisation des employés. Pour leur part, les mesures à portée individuelle concernent principalement l'encadrement du personnel.

Au cours de l'année, dans le cadre de l'analyse des dossiers d'intervention, les directions ont contribué à la mise en place de mesures pour améliorer la qualité des soins et services aux usagers. Voici certaines de ces mesures :

- Surveiller et évaluer la performance du préposé concerné, y compris sa façon de communiquer avec les familles et les résidents ;
- Rencontrer le préposé concerné et lui expliquer l'importance et les méthodes pour une communication efficace et bienveillante avec les familles et les résidents ;
- Faire des tournées de vérifications régulières et rappeler aux préposés de l'aile sécurisée qu'ils ne doivent pas quitter les lieux afin d'assurer la sécurité des résidents ;
- Inscrire l'animatrice concernée, ainsi que l'ensemble du personnel travaillant sur l'aile de soins, à la prochaine capsule de formation « Alzheimer Montessori » pour améliorer les méthodes de travail avec les résidents atteints de troubles cognitifs ;
- S'assurer que l'intervenante sociale ait le soutien nécessaire de la spécialiste en activité clinique afin d'améliorer son approche et ses communications en temps opportun avec les membres de la famille ;
- Évaluer l'ensemble des outils stratégiques à l'égard des chutes et de l'évaluation des patients et mettre en place par la suite un plan d'action incluant des indicateurs de qualité mesurables pour adresser les différents écarts soulevés. La directrice m'informe que la démarche est bien amorcée et qu'elle me fournira le rapport et les actions qui seront mises en place ;
- Instaurer des rencontres multidisciplinaires portant sur des situations de demandes d'administration de médication impliquant des particularités ;

- Rappeler à l'ensemble des médecins du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens que les infirmières pour le suivi systématique AVC (8 ouest) peuvent procéder à un dépistage de la dysphagie.

1.4 BILAN DES DOSSIERS PROVENANT DU CAAP ET DE DROIT-ACCÈS DE L'OUTAOUAIS

Au cours de l'exercice 2021-22, sur les 604 plaintes reçues, autant administratives que médicales et les 193 interventions, 149 proviennent du CAAP et 3 de Droit-accès de l'Outaouais (DAO). Cet organisme a pour mission d'offrir une démarche individuelle ou collective, d'aide, d'accompagnement et de promotion en défense de droits, aux personnes fragilisées par un problème de santé mentale et dont les droits sont susceptibles d'être lésés.

1.5 BILAN DES DOSSIERS TRANSMIS POUR ÉTUDE À DES FINS DISCIPLINAIRES

En cours d'examen lorsque la plainte concerne un employé non médecin, dentiste, pharmacien ou résident (CMDP), je dois informer et référer la situation à la Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques qui fera le lien avec le soutien à la pratique, selon l'intervenant ciblé, pour faire l'analyse et déterminer si des mesures disciplinaires doivent être prises à l'endroit du professionnel. Au besoin, la Présidente directrice générale (PDG) ou le directeur à qui l'activité est déléguée, doit en aviser par écrit l'ordre professionnel et la commissaire (art. 39 LSSSS). Si le conseil d'administration juge que la gravité de la plainte à l'endroit du professionnel le justifie, il la transmet à l'ordre professionnel concerné (art. 39 LSSSS).

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

Au cours de l'exercice 2021-22, 5 dossiers ont été transmis à des fins disciplinaires ou déontologiques, dont 3 ont mené à des mesures, En 2020-21, 6 dossiers ont été transmis dont 2 ont menés à des mesures.

1.6 BILAN DES DOSSIERS TRAITÉS POUR MALTRAITANCE

Le projet de loi 115, sanctionné en mai 2017 a pour objet de lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute personne majeure en situation de vulnérabilité en édictant des mesures qui visent notamment à faciliter la dénonciation des cas de maltraitance et à favoriser la mise en œuvre d'un processus d'intervention concernant la maltraitance envers les aînés, en édictant des mesures qui visent notamment à faciliter la dénonciation des cas de maltraitance et à favoriser la mise en œuvre d'un processus d'intervention concernant la maltraitance envers les aînés.

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

La coordonnatrice régionale en maltraitance, les acteurs du Plan d'intervention Concerté (PIC) et la commissaire travaillent en étroite collaboration lors de situations de maltraitance afin de s'assurer qu'un filet de sécurité est en place pour l'utilisateur ou pour un groupe d'utilisateurs. La commissaire a soutenu les différentes équipes en clarifiant les rôles et responsabilités de chacun avec la collaboration du soutien à la pratique pour assurer la protection des usagers et le respect de leurs droits.

Cette année, un total de 81 dossiers ont été traités, soit 10 dossiers de plaintes, 67 dossiers d'intervention et 4 dossiers d'assistance. 70 situations répondaient à une déclaration obligatoire, soit 84 %. L'an dernier, 6 dossiers de plainte, 35 dossiers d'intervention et 3 dossiers d'assistance ont été traités. Ces données permettent de constater une augmentation de 46 % de dossiers traités. L'augmentation est due aux signalements de maltraitance par les gestionnaires (62 %) ainsi que par un proche (14 %).

Exercice	Intervenant	Gestionnaire	Proche	Représentant	Tiers	Comité des usagers	Usagers	Total
2019-20	14	7	3	n/d	2	n/d	n/d	26
2020-21	6	12	16	n/d	8	n/d	n/d	52
2021-22	6	50	11	8	3	1	2	81

Tableau 6. Nombre de dossiers selon le signalant

À l'égard de la maltraitance à déclaration obligatoire, les signalements ont été faits par différents signalants (*réf. Tableau 7*). Pour les 70 dossiers de maltraitance à déclaration obligatoire conclus, 93 motifs de plaintes ont été analysés et 95,7 % des dossiers ont menés à des mesures, une augmentation de 13,6 % comparativement à l'an dernier. La maltraitance à déclaration obligatoire représente 20 % de l'ensemble des mesures mises en place pour les interventions et au total, 66 mesures correctives ont été mises en place. Pour les plaintes, cela représente 2,8 % soit 14 mesures correctives. Il est important de comprendre que l'intention du législateur pour les signalements obligatoires est que toute situation présumée de maltraitance soit signalée au Commissaire. L'objectif est d'encourager les personnes à signaler afin de protéger le plus de personnes adultes vulnérables pouvant être victimes de situations préjudiciables. Donc, la recevabilité et l'analyse pour savoir s'il s'agit de maltraitance ou non, doit se faire une fois que le signalement est entré et c'est à ce moment que les équipes responsables doivent procéder à la vérification des faits et mettre en place, les actions nécessaires pour assurer un filet de sécurité, le cas échéant.

Lors de l'analyse de ces dossiers, 57 signalements se sont avérés fondés et 4 de ces dossiers ont démontré une situation d'abus en plus de la maltraitance. Ainsi, à l'égard des 13 signalements non fondés, des situations d'abus ont également été dénotées. Par contre, il faut bien comprendre que même si ces situations ne répondaient pas à de la maltraitance à déclaration obligatoire, d'autres motifs ont nécessité des actions dans un souci de protéger la personne ou améliorer la qualité des soins et services en cours. Nous pouvons rappeler cela a des impacts positifs car ces

signalements ont tout de même permis de constater que plusieurs des usagers vivaient des situations préjudiciables pour leur santé physique et psychologique, particulièrement des abus et de la négligence.

Parfois, la personne victime de maltraitance refuse tout type d'intervention mais une surveillance est tout de même assurée par les équipes du CISSS de l'Outaouais afin de protéger la personne, dans les limites auxquelles cette dernière consent.

Les liens ont été faits auprès des instances appropriées afin de s'assurer d'une prise en charge adéquate des usagers ou des résidents et de la mise en place d'un filet de sécurité. Lors de situations impliquant des employés, les liens sont faits avec le gestionnaire et la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques afin de s'assurer que des mesures soient mises en place rapidement, selon l'évaluation des éléments de dangerosité.

Les situations de maltraitance sont traitées de façon prioritaire et les dossiers sont fermés seulement lorsque la situation de maltraitance a pris fin ou lorsque les mesures mises en place sont adéquates pour assurer la sécurité de l'utilisateur.

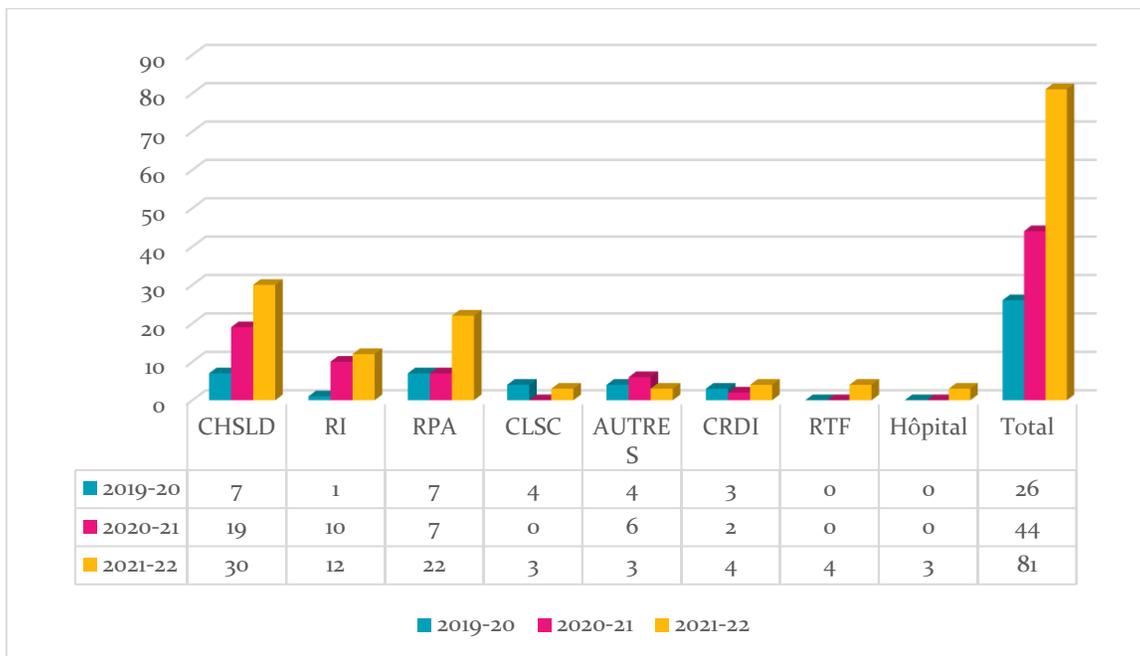
Maltraitance à déclaration obligatoire

En CHSLD, 30 dossiers traités, comparativement à 19 l'an dernier, une augmentation importante de 63 %. Cette augmentation est due en partie à une meilleure intégration, par les gestionnaires et les équipes, de dépister rapidement de possibles situations de maltraitance, qui s'est traduite par une vigilance plus accrue.

En RI, 12 dossiers ont été traités comparativement à 10 l'an dernier, ce qui représente une augmentation de 8 %.

Pour les RPA, 22 dossiers traités comparativement à 7 l'an passé. Cette augmentation de 68 % est en partie liée au fait que la présence des proches aidants a été permise à nouveau dû à un assouplissement des directives ministérielles en contexte de pandémie. Pour l'ensemble des situations, les liens ont été faits auprès des instances appropriées afin de s'assurer d'une prise en charge adéquate des usagers.

Les autres dossiers concernent des signalements en ressource de type familiale (RTF), à domicile, aux unités de réadaptation fonctionnelle intensive, dans les hôpitaux et dans des ressources de réadaptation intensive du comportement.



Graphique 11. Évolution des plaintes et interventions reçues en maltraitance au cours des trois dernières années

Concernant la maltraitance à déclaration obligatoire (réf. tableau 8), les deux types de maltraitance lors de signalement obligatoire, sont physique et psychologique. Ces situations se sont produites en grande majorité en CHSLD et 89 % des signalements ont été faits par des gestionnaires. À l'égard de la maltraitance organisationnelle, 16 dossiers ont été analysés, et 10 situations (63 %) se sont produites dans des RPA, 4 (31 %) dans des RI et 1 (6 %) en CHSLD. Pour ces deux milieux, il s'agit d'usagers sous curatelle ou tutelle et les signalements ont été faits par des représentant légaux à 31 % et à 25 % par des proches. Ces derniers constatent de la négligence dans les soins et services offert et à l'égard de la sécurité soit par absence ou par diminution de la prestation soit par un événement indésirable. À l'égard de la maltraitance sexuelle, 7 dossiers ont été analysés, 5 événements où la personne maltraitante est un usager, 5 (71 %) des situations se sont produites en RI dont 1 non fondée et 2 (29 %) dans un CHSLD.

EXERCICE	PLAINTES		INTERVENTIONS		ASSISTANCES		TOTAL		TOTAL
	Obligatoire	Non obligatoire	Obligatoire	Non obligatoire	Obligatoire	Non obligatoire	Obligatoire	Non obligatoire	
2019 - 20	0	3	14	10	0	3	14	16	30
2020 - 21	1	5	20	15	1	2	22	22	44
2021 - 22	10	0	57	10	3	1	70	11	81

Tableau 7. Nombre de dossiers selon le type de signalements

Maltraitance à déclaration non-obligatoire

Pour l'année 2021-22, j'ai reçu 11 signalements. Suite à l'analyse de ces dossiers, 4 signalements se sont avérés fondés soit 2 situations en RPA et 2 situations à l'égard du même organisme

communautaire. À l'égard des RPA, un signalement a été fait par un gestionnaire et l'autre par un intervenant. Il s'agit d'une situation d'agression sexuelle par un usager et une autre situation concerne de la négligence. Pour l'organisme communautaire en question, un signalement a été fait par un gestionnaire et l'autre par un tiers en lien avec de l'abus psychologique par un intervenant de l'organisme.

À l'égard des 7 signalements non fondé, des interventions ont tout de même été faites. En fait, le signalement de maltraitance est souvent un indicateur qu'une situation mérite que l'on s'y attarde pour le bien-être de l'utilisateur. Pour ces 7 signalements, tous ont mené à des mesures. Voici le portrait des situations et mesures :

- 2 signalements par le gestionnaire en RPA : une mesure pour la sensibilisation d'un intervenant à l'égard de son approche et une démarche d'amélioration pour le travail des employés de la RPA.
- Les 5 autres dossiers concernent des milieux différents, par contre, avec l'analyse des situations, nous avons constaté qu'il y avait des enjeux sérieux. Des mesures ont été prises à l'égard de l'approche et de l'abus d'autorité par des intervenants. Une nécessité de réévaluer les besoins de certains usagers et l'ajustement de certaines activités professionnelles ont été réalisés également.

Motifs principaux de maltraitance :

Motif de maltraitance (à déclaration obligatoire)	Nombre	%
Violence physique	18	19,35
Violence psychologique	17	18,29
Négligence (maltraitance organisationnelle - soins et services)	16	17,20
Violence sexuelle	10	10,75
Violence (maltraitance organisationnelle - soins et services)	7	7,53
Négligence physique	7	7,53
Négligence matérielle ou financière	6	6,45
Violence matérielle ou financière	4	4,30
Négligence psychologique	4	4,30
Violence discrimination / âgisme	2	2,15
Violence violation des droits	2	2,15
Total	93	100
Motif de relation interpersonnelle / Abus (obligatoire)	Nombre	%
Abus physique	6	50,00
Abus d'autorité	3	25,00
Abus verbal	2	16,67
Abus sexuel / agression sexuelle	1	8,33
Total	12	100

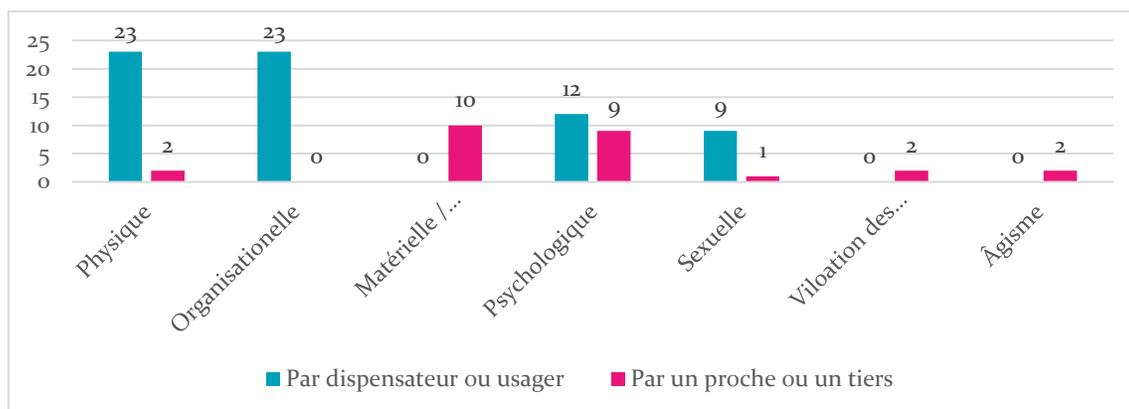
Tableau 8. Nombre de motifs dans un signalement obligatoire

Motif de relation interpersonnelle / Abus (non obligatoire)	Nombre	%
Abus psychologique	5	31,25
Abus d'autorité	3	18,75
Abus matériel et financier	3	18,75
Abus sexuel / agression sexuelle	2	12,50
Abus négligence	2	12,50
Abus physique	1	6,25
Total	16	100

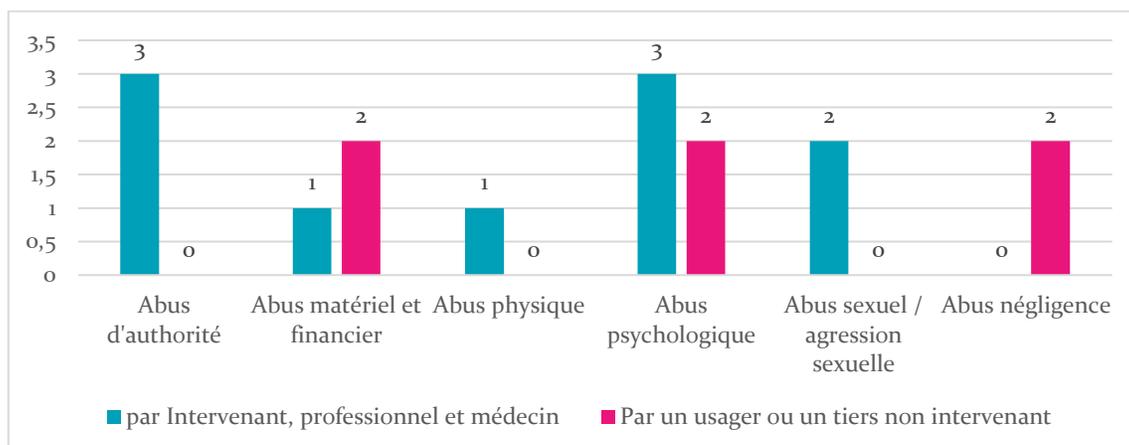
Tableau 9. Nombre de motifs dans un signalement non obligatoire

Types de signalement	Nombre	Fondé	%	Non fondé	%
Signalement obligatoire	70	57	79,10	14	20,90
Signalement non obligatoire	11	4	30,00	7	70,00

Tableau 10. Fondement du signalement dans une plainte ou intervention



Graphique 12. Motifs de maltraitance à signalement obligatoire



Graphique 13. Motifs des signalements non obligatoires

Voici certaines des mesures mises en place avec la collaboration des directions cliniques et les partenaires externes :

- Rappeler aux assistants au supérieur immédiat (ASI), de tous les quarts de travail, d'assurer le suivi nécessaire pour le respect de ce droit à l'information ;
- Mettre en place un document mettant en évidence toutes les actions systématiques à effectuer, notamment l'appel à la famille, avant que l'utilisateur ne quitte l'urgence pour un transfert ;
- Rencontrer l'infirmière auxiliaire et l'encadrer quant à l'importance de divulguer tout incident/accident survenu ;
- Demander à la DSAPA une formation pour son personnel de soins, sur les troubles cognitifs (SCPD) ;
- Rappeler à la DDR l'importance de signaler les écarts dans la qualité des soins et des services en complétant une fiche qualité ;
- Rencontrer les membres du comité des usagers DI-TSA pour les informer et les sensibiliser sur la Politique lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute personne majeure en situation de vulnérabilité ;
- S'assurer de former l'ensemble du personnel de la DDR et de la RI pour bien repérer les indices de maltraitance et agir dans de telles situations, comme stipulé dans la Politique lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute personne majeure en situation de vulnérabilité. Confirmer au CPQS que l'ensemble du personnel de la DDR et RI ont reçu cette formation ;
- Attitrer une infirmière aux trois résidences de la FIO et demander au travailleur social de rencontrer la directrice de la FIO pour discuter des indices de maltraitance rapportés ;
- Organiser des sessions de formation sur la Loi visant à lutter contre la maltraitance avec la direction de la FIO (action incluse dans le plan d'action) ;
- Former les gestionnaires et les travailleurs sociaux sur les rôles et les responsabilités des représentants légaux (Inclus dans le plan d'action) ;
- Mettre à jour l'ensemble des évaluations de l'autonomie multi clientèle (OEMC) incluant la révision des plans d'interventions, par la travailleuse sociale ;
- S'assurer que l'ensemble des médecins du CISSS de l'Outaouais ont reçu la procédure *Obtention du consentement aux soins par les médecins et les dentistes* ;
- Encadrer et suspendre la préposée concernée pour ne pas avoir suivi les protocoles administratifs et de soins; faire le suivi à la Commissaire ;
- Faire une révision complète des protocoles de soins à la préposée aux bénéficiaires concernée, dès la fin de sa suspension et son retour au travail; faire le suivi à la Commissaire;
- Instaurer des rencontres hebdomadaires d'une durée de 30 minutes entre la RI et la DDR
- Procéder à une évaluation de l'évènement sentinelle ;
- Mettre à jour votre plan d'intervention par l'intervenant pivot de la DDR ;
- Mettre à jour votre plan thérapeutique infirmier par l'infirmier de la DDR ;

- Réparer votre chambre et s'assurer que la climatisation de votre chambre soit fonctionnelle;
- Instaurer les rencontres statutaires avec la direction de la résidence pour pouvoir traiter en continu les problèmes rencontrés pour l'ensemble des usagers et assurer un suivi continu de ces rencontres par les gestionnaires de la DSAPA;
- Une analyse des profils des usagers a été demandée afin de déterminer si des usagers en attentes d'hébergement devaient être priorisés;
- Analyse du contexte de tous les profils des usagers sur l'unité de soins. Ajustement des services si requis.

Ces mesures démontrent que le CISSS de l'Outaouais ne tolère aucune forme de maltraitance envers les usagers ni de situations préjudiciables.

1.7 BILAN DES RECOMMANDATIONS DE LA COMMISSAIRE

En cours de réalisation au début de l'exercice	Émises durant l'exercice	Réalisées durant l'exercice	En cours de réalisation à la fin de l'exercice
28	41	26	43

Tableau 11. Bilan des recommandations émises par la commissaire pour l'exercice 2021-22

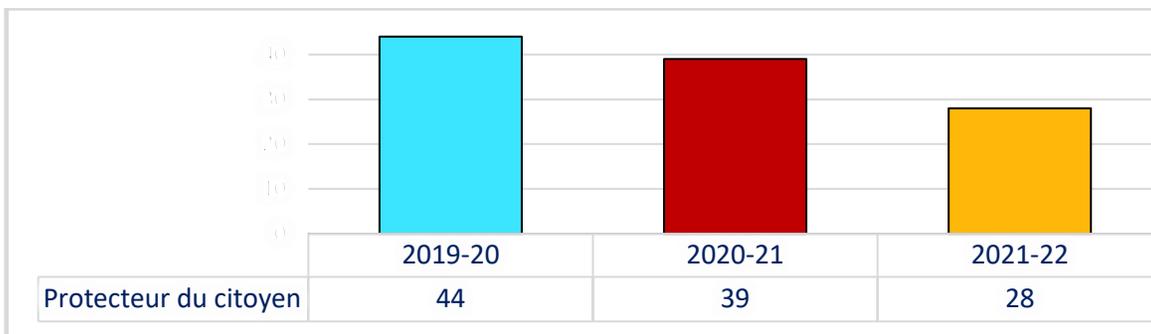
Au cours de l'examen des plaintes et des interventions, certaines mesures correctives sont mises en place rapidement lors d'un risque pour la santé et la sécurité des usagers. Aussi, plusieurs mesures correctives sont apportées par les gestionnaires dès qu'ils reçoivent un avis de plainte ou d'intervention, ceci dans le but de corriger immédiatement une situation et d'en éviter la récurrence.

En 2021-22, 41 recommandations ont été émises alors que 28 recommandations émises dans les années antérieures étaient en cours de réalisation en début d'année. Un effort considérable a été fourni par les directions pour mettre en œuvre les travaux nécessaires à la réalisation des recommandations. À cet égard, 26 recommandations ont été réalisées cette année.

Veuillez-vous référer à l'annexe 2 où vous retrouvez l'ensemble des recommandations émises actualisées et en cours pour l'année 2021-22.

1.8 BILAN DES DOSSIERS ANALYSÉS PAR LE PROTECTEUR DU CITOYEN EN DEUXIÈME INSTANCE

Au cours de la dernière année, le Protecteur du citoyen a traité 28 dossiers en 2^e recours et six interventions ont été soumises à l'établissement.



Graphique 14. Évolution du nombre de recours au Protecteur du citoyen

Le nombre de recours au Protecteur du citoyen (PDC) a subi une diminution de 28 % par rapport à l'exercice précédent.

Voici les motifs adressés par le PDC :

MOTIFS	Nombre	%
Soins et services dispensés	49	41,53%
Relations interpersonnelles	26	22,03%
Droits particuliers	14	11,86%
Organisation du milieu et ressources matérielles	14	11,86 %
Accessibilité aux soins et services	6	5,09%
Maltraitance	6	5,09%
Aspect financier	3	2,54%
Total	118	100,00%

Tableau 12. Bilan des motifs pour les dossiers conclus par le PDC au cours de l'exercice 2021-22

De ces 28 dossiers, 20 recommandations ont été formulées à l'établissement. L'évolution de ces recommandations et de celles des années antérieures a mené à la réalisation de 16 d'entre elles. Je constate que les motifs principaux pour lesquels des recommandations ont été émises sont les mêmes que ceux émis par la Commissaire soit les soins et services dispensés et les relations interpersonnelles. 8 recommandations sont à poursuivre en 2022-23. Ces recommandations sont toujours accueillies avec respect et servent de référence dans l'analyse de futures plaintes.

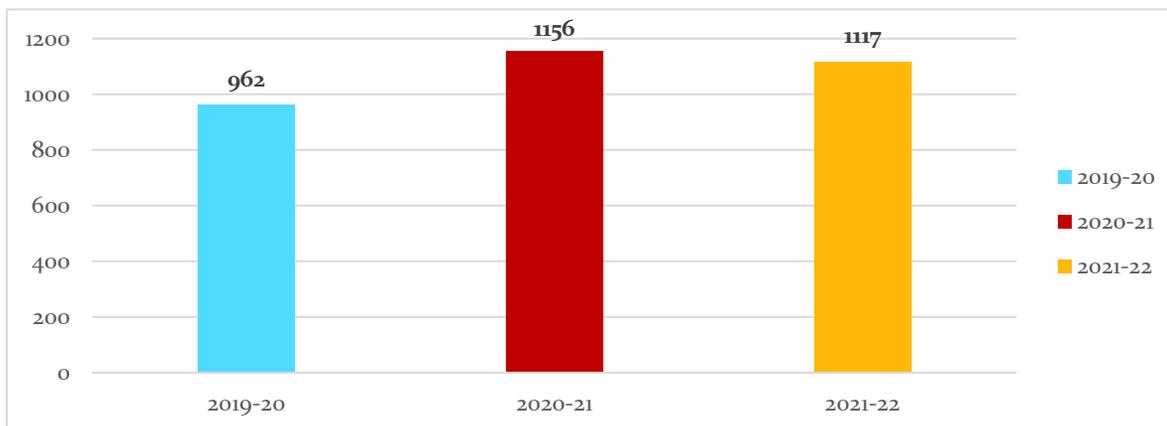
En cours de réalisation au début de l'exercice	Émises durant l'exercice	Réalisées durant l'exercice	En cours de réalisation à la fin de l'exercice
4	20	16	8

Tableau 13. Bilan des recommandations émises par le PDC pour l'exercice 2021-22

1.9 BILAN DES DEMANDES D'ASSISTANCE

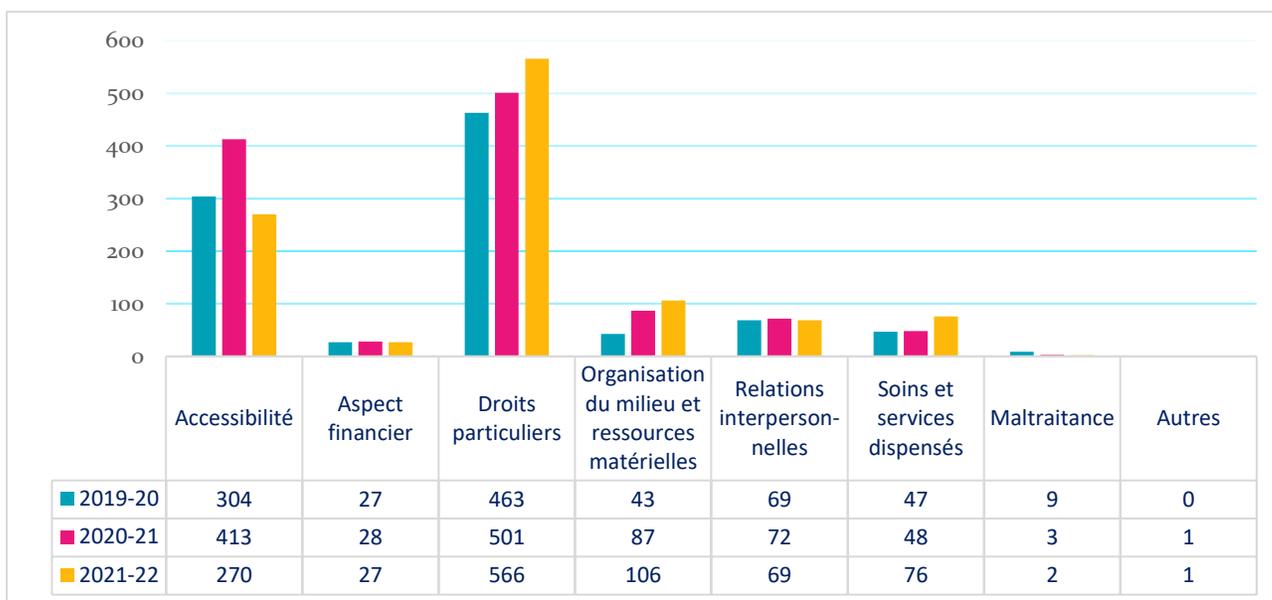
L'assistance est souvent le premier niveau d'action pour répondre à l'insatisfaction exprimée par l'utilisateur.

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



Graphique 15. Évolution du nombre d'assistance

Le graphique 15 démontre une diminution de 3,37% des assistances pour l'année 2021-22.



Graphique 16. Évolution du nombre d'assistance par motif

Le graphique 16 illustre que les assistances sont majoritairement liées aux droits particuliers et à l'accessibilité. En fait, les usagers nous contactent pour s'informer sur leurs droits et recours et sur le régime d'examen des plaintes, incluant le volet médical, ce qui explique la proportion élevée pour ce motif. Quant au motif sur l'accessibilité, je note que ce motif présente une diminution de 34,63 % comparativement à l'an dernier. Tel qu'indiqué dans la section COVID-19 à la page 5, les

motifs principaux des assistances sont liés à des difficulté d'accessibilité pour obtenir un rendez-vous pour la vaccination, les délai d'attente pour recevoir le vaccin et pour obtenir un résultat de dépistage ainsi qu'aux droits particuliers à l'égard de l'information sur les services, les modes d'accès et sur les droits et recours.

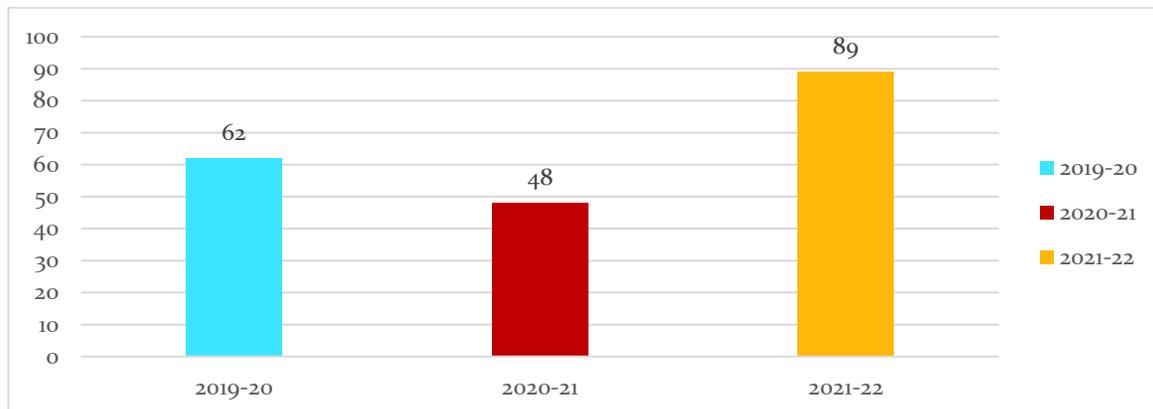
Ces assistances permettent de donner satisfaction aux usagers par le biais d'une intervention de la commissaire auprès du gestionnaire qui prend les moyens pour adresser l'insatisfaction.

1.10 BILAN DES CONSULTATIONS

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

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

Au cours de l'année 2021-22, la commissaire a été consultée à 89 occasions, soit une augmentation de 46 % par rapport à l'année précédente.



Graphique 17. Évolution du nombre de consultations

1.11 BILAN DES AUTRES FONCTIONS ET AUTRES RESPONSABILITÉS LÉGALES DE LA COMMISSAIRE

Les participations statutaires de la commissaire

➤ Engagement au niveau provincial

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

Également, des rencontres mensuelles avec la Commissaire-Conseil et l'ensemble des commissaires ont eu lieu.

Puis le MSSS a mis en place une table ministérielle mensuelle avec les Commissaires, dirigée par la Commissaire-Conseil. Cette table remplace les rencontres mensuelles avec la Commissaire-Conseil.

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

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

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

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

Les autres fonctions de la commissaire

La Loi assigne d'autres fonctions à la commissaire. Ainsi, pour l'année 2021-22, ces obligations ont généré la participation à 110 activités diverses; celles-ci sont décrites au Tableau 14.

Les démarches entreprises ont donné lieu à 110 actions portant sur la promotion du régime. Ces occasions ont permis d'expliquer la portée et les limites du mandat de la commissaire à ses interlocuteurs. De plus, ces circonstances sont des opportunités pour sensibiliser et informer les personnes sur le respect des droits des usagers. La promotion du régime favorise également une démarche proactive et préventive rejaillissant sur l'ensemble des usagers, de leurs proches ainsi que des professionnels qui côtoient les personnes nécessitant des services de santé.

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

- Participation virtuelle à l'assemblée générale annuelle du comité des usagers et de résidents des Collines ;
- Participation virtuelle aux rencontres de famille en CHSLD ;
- Participation à des tables provinciales, dont celle portant sur la maltraitance matérielle et financière envers les aînés et les personnes majeures vulnérables ;
- Parallèlement au traitement des plaintes, des rencontres avec des directeurs, des gestionnaires et des partenaires externes de certains secteurs d'activités pour discuter de situations problématiques m'ont permis de lever des drapeaux rouges et d'adresser les constats mis en lumière aux directions, lesquelles ont porté des actions par la suite ;
- Envoi de statistiques périodiques du nombre de dossiers de plainte, d'intervention et d'assistance et de leurs motifs pour les salles de pilotage de la Direction générale et des directions ;

- Discussions fréquentes avec la directrice générale du CAAP et son équipe ;
- Présence de la commissaire aux rencontres du regroupement des commissaires aux plaintes et à la qualité des services du Québec dans le but de favoriser l'échange d'expertise et le développement de la pratique afin d'améliorer par le fait même la qualité des interventions de la commissaire.

Autres fonctions de la commissaire	Nombre	%
Promotion / Information		
Droits et obligations des usagers	19	17,27
Loi de lutte contre la maltraitance	17	15,44
Code d'éthique (employés, professionnels, stagiaires)	1	0,91
Régime et procédure d'examen des plaintes	56	50,91
Sous-total	93	84,54
Communications au conseil d'administration (en séance)		
Bilan des dossiers des plaintes et des interventions	2	1,82
Sous-total	2	1,82
Participation au comité de vigilance et de la qualité		
Participation au comité de vigilance et de la qualité	2	1,82
Sous-total	2	1,82
Collaboration au fonctionnement du régime des plaintes		
Collaboration à l'évolution du régime d'examen des plaintes	1	0,91
Collaboration avec les comités des usagers / résidents	10	9,09
Soutien aux commissaires locaux	1	0,93
Autre	1	0,91
Sous-total	13	11,82
Total	110	100,00

Tableau 14. Autres fonctions de la commissaire

Partie 2

Conclusion et objectifs 2022-23

Tout au long de l'année, la commissaire aux plaintes et à la qualité des services et son équipe ont démontré un engagement hors pair auprès des usagers pour le respect de leurs droits. La commissaire a assumé ses responsabilités à l'égard du régime d'examen des plaintes à travers ses interactions avec les partenaires internes et externes. L'année 2021-22 fut difficile pour les usagers et leurs proches vu le contexte de pandémie qui sévit depuis 2 ans. Ces derniers furent confrontés à des mesures sanitaires qui ont eu des impacts sur leurs accès aux soins et aux services. Ce contexte a amené des enjeux de communication pour les usagers et pour les différents acteurs du réseau.

À travers cette épreuve hors du commun, j'ai vu des équipes mobilisées et résilientes, déterminées à offrir des soins et services de qualité à la population. Le travail de la commissaire, pour répondre aux insatisfactions des usagers, ne pourrait pas se faire sans la collaboration exemplaire des directeurs, des gestionnaires et du personnel qui n'épargnent aucun effort pour mettre en place des mesures appropriées afin d'assurer la qualité des soins et services.

La commissaire et son équipe travaille en collaboration avec les différentes directions et partenaires du réseau dans une approche d'amélioration continue. Lors des discussions, les commissaires tentent d'influencer les parties prenantes et des amener vers de meilleures pratiques afin de respecter les droits des usagers.

Objectifs 2022-23

1. Développer et déployer une formation sur le régime d'examen des plaintes aux gestionnaires du CISSS de l'Outaouais.
2. Revoir les stratégies de promotion du régime d'examen des plaintes et des droits des usagers auprès des différents acteurs internes et externes.
3. Mettre en place les actions requises par le MSSS à l'égard de l'obligation de signaler un cas de maltraitance et autres obligations liées à la reddition de comptes, suite à l'adoption du projet de loi 101 en avril 2022, visant à renforcer la lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité ainsi que la surveillance de la qualité des services de santé et des services sociaux.

ANNEXE 1**INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES****Description sommaire des différents types de dossier**

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

Terminologie

Motifs	Les motifs représentent les raisons de la demande exprimés par l'auteur. L'analyse des motifs de plaintes retenues ou abandonnées selon divers critères est quantifiée et peut donner lieu à l'application de mesures correctives.
Catégorie de motifs	Regroupement de l'ensemble des motifs, selon les catégories prédéterminées par le cadre normatif du MSSS.
Mesures correctives	Catégorisation des activités réalisées et regroupées selon le cadre normatif du MSSS à la suite de l'examen de la situation par un CPQS visant l'amélioration de la qualité des services. Ces mesures sont individuelles quand elles visent une personne et systémiques quand elles visent à prévenir la répétition d'une situation pour un ensemble de personnes.

Catégories de motifs

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

Mesures correctives individuelles ou systémiques

Adaptation des soins et des services	Ajustement professionnel, amélioration des communications, cessation de services, collaboration avec le réseau, élaboration/révision/application, encadrement ou si nécessaire un changement d'intervenant, évaluation ou réévaluation des besoins, formation du personnel, réduction des délais, relocalisation/transfert d'un usager, services dans la langue de l'utilisateur et autres.
Adaptation du milieu et de l'environnement	Ajustement technique et matériel, amélioration des mesures de sécurité et de protection et autres.
Adoption/ révision/ règles et procédures	Code d'éthique, politiques et règlements, protocole clinique ou administratif et autres.
Ajustement financier	Aucun choix possible pour cette catégorie dans notre logiciel SIGPAQS
Communication/ promotion	Aucun choix possible pour cette catégorie dans notre logiciel SIGPAQS
Conciliation/ intercession/ médiation/liaison/ prévision/explication	Aucun choix possible pour cette catégorie dans notre logiciel SIGPAQS

Formation/ supervision	Aucun choix possible pour cette catégorie dans notre logiciel SIGPAQS
Information et sensibilisation des intervenants	Aucun choix possible pour cette catégorie dans notre logiciel SIGPAQS
Obtention d'un service	Aucun choix possible pour cette catégorie dans notre logiciel SIGPAQS
Promotion du régime	Communication avec les instances externes, communication avec le comité des usagers, organisation de séances d'information, production de documents, autres.
Respect des droits	Aucun choix possible pour cette catégorie dans notre logiciel SIGPAQS
Respect du choix	Aucun choix possible pour cette catégorie dans notre logiciel SIGPAQS

ANNEXE 2

Recommandations et mesures pour donner suite aux recommandations émises par la commissaire au cours de l'exercice 2021-22:

Motifs	Recommandation (s)	Mesures	Réalisation
Organisation du milieu et ressources matérielles			
Équipement et matériel/ Disponibilité	Que la direction des soins infirmiers applique une mesure d'encadrement individuelle envers le personnel infirmier de l'Hôpital de Hull ayant travaillé au 3e Ouest, impliqué auprès de vous et de votre père.	Encadrement du personnel infirmier au 3e Ouest	Réalisée
Respect des règles	Que la Direction des soins infirmiers élabore une procédure qui précise les rôles et responsabilités du personnel lorsqu'un proche souhaite communiquer avec un usager hospitalisé sur une unité de soins incluant les unités COVID-19, à l'aide des outils de communication de l'établissement.	Procédure émise sur la communication avec l'usager et son proche lors d'un épisode soins en milieu hospitalier	Réalisée
Sécurité et protection/fugue	Que la Direction des soins infirmiers assure la sécurité des usagers dans toutes les urgences du CISSS de l'Outaouais ainsi qu'à l'unité 4 de l'Hôpital de Papineau en encadrant la pratique clinique du personnel au sujet de: -La déclaration des incidents et accidents tel que des fugues -La compréhension des types de gardes (préventive et provisoire) -L'évaluation du risque suicidaire -L'application de la procédure <i>Code Jaune</i>	Encadrement de la pratique infirmière pour évaluation risque suicidaire	Réalisée
Sécurité et protection/fugue	Que la Direction des soins infirmiers rappelle à l'ensemble de son personnel des urgences du CISSS de l'Outaouais ainsi qu'à l'unité 4 de l'Hôpital de Papineau, l'importance de respecter la directive Droits de circulation des usagers adultes inscrits hospitalisés en santé mentale en fonction de leur statut légal (DIR-001).	Rappel au personnel des urgences de la directive <i>Droits de circulation des usagers adultes inscrits hospitalisés en santé mentale en fonction de leur statut légal</i>	Réalisée
Mécanisme de sécurité	Que la gestionnaire Katasa Groupe+ Développement, sollicite la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique afin que tout son personnel de soins (PAB, infirmière auxiliaire, coordonnatrice des soins) et administratif soient formés sur la <i>Loi contre la maltraitance envers les aînés</i> .	Formation du personnel sur la <i>Loi visant la lutte contre la maltraitance envers les aînés</i> .	Réalisée
Respect des règles	Que la PCI analyse la gestion globale de l'éclosion de COVID-19 du 27 décembre 2021 par la RPA Château Symmes. Transmettre à la Commissaire l'analyse des résultats et les moyens mis en place pour adresser la situation	Analyse des résultats et les moyens mis en place pour adresser la gestion globale de l'éclosion de COVID-19	En cours
Respect des règles	Que la DSAPA évalue la qualité du suivi clinique des deux résidents concernés lors de l'éclosion de COVID-19 du 27 décembre 2021. Transmettre à la Commissaire l'analyse des résultats et les moyens mis en place pour adresser la situation.	Évaluation de la qualité du suivi clinique des deux résidents concernés lors de l'éclosion de COVID-19	En cours
Respect des règles	Que la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques optimise la DIR-015- Accommodement- usage de parfums et de produits parfumés notamment en identifiant les lacunes dans le processus et en y apportant les correctifs nécessaires et qu'elle procède à sa diffusion auprès de l'ensemble du personnel.	Révision de la directive <i>Accommodement- usage de parfums et de produits parfumés</i>	En cours
Respect des règles	Que la Direction des ressources humaines et des affaires juridiques effectue des audits de qualité de l'application de la DIR-015 - Accommodement- usage de parfums et de produits parfumés, et le cas échéant, mettre en place les	Audits de l'application par les directions de la directive <i>Accommodement- usage de parfums et de produits parfumés</i>	En cours

	mesures correctives appropriées et ce, d'ici le 30 juin 2022 et qu'elle procède à un deuxième audit, d'ici le 30 septembre 2022.		
Bris mécanique/amélioration mesures de sécurité	Que la Direction de la déficience et de la réadaptation transmette un rapport de l'enquête professionnelle de ou des infirmières à l'égard des soins. Transmettre à la Commissaire les mesures prises pour adresser la situation et en éviter la récurrence.	Résultats enquête professionnelle	Réalisée
Respect des règles	Que la Direction des soins infirmiers fasse un état de situation à l'égard de l'application et du déploiement de l'approche « Meilleur ensemble ».	État de situation de l'application et du déploiement de l'approche <i>Meilleur ensemble</i> .	En cours
Relations interpersonnelles			
Abus par un intervenant/ autorité	Que la Direction des soins infirmiers s'assure de rencontrer l'infirmière auxiliaire concernée et lui remette un avis verbal à l'égard de son attitude et lui fasse part des attentes de l'employeur d'avoir une approche relationnelle appropriée, empreinte de respect, de courtoisie et d'empathie. Que le Code d'éthique du CISSS de l'Outaouais lui soit remis.	Mesure disciplinaire/ démission	Réalisée
Abus par un intervenant/ physique	Que le Directeur Régional de All Seniors Care (RPA Château Symmes) rencontre la PAB concernée par l'intervention du 1er novembre 2021 à 6 h 15 auprès de votre mère, et qu'un plan d'encadrement pour son approche envers les résidents soit élaboré.	Plan d'encadrement du PAB	En cours
Abus par un intervenant/ physique	Que le Directeur Régional de All Seniors Care (RPA Château Symmes) s'assure que tout son personnel de soins et administratif, incluant la directrice exécutive et la Directrice des soins, directrice des soins) soient formés sur la <i>Loi contre la maltraitance envers les aînés et tout autre personne majeure en situation de vulnérabilité</i> .	Formation sur la <i>Loi visant la lutte contre la maltraitance</i>	En cours
Abus par un intervenant/ physique	Que le Directeur Régional de All Seniors Care (RPA Château Symmes) s'assure que son personnel de soins incluant la Directrice des soins reçoit une formation pour être capable d'intervenir auprès des résidents ayant des troubles cognitifs.	Formation des intervenants sur l'approche auprès des résidents ayant des troubles cognitifs.	En cours
Soins et services dispensés			
Respect code des professions	Que la Direction des programmes santé mentale et dépendance en collaboration avec le soutien à la pratique de la Direction des services multidisciplinaire et à la communauté, s'assure que les professionnels respectent leur Code de déontologie.	Encadrement et formation des professionnels sur la confidentialité	Réalisée
Respect code des professions	Que la Direction des services multidisciplinaires et à la communauté accompagne la gestionnaire de la DSMD dans la mise en place d'un plan d'encadrement ainsi que le suivi (identification des écarts et moyens à mettre en place, indicateurs de résultats). Par la suite, offrir une activité aux intervenantes de ce secteur sur la confidentialité, le secret professionnel et le code de déontologie.	Élaboration et suivi du plan encadrement sur la confidentialité	Réalisé
Évaluation et jugement professionnel	Que la DSI et la Direction des programmes santé mentale et dépendance informe la Commissaire des moyens mis en place quant à la réalisation des mesures et des recommandations auxquelles ils se sont engagées : -Voir à accompagner les familles dans la notion de recourir aux tribunaux lorsque les critères de garde ne sont pas rencontrés; -Optimiser le flux des correspondances entre divers services pour augmenter l'intensité lorsque requis; -Voir les possibilités de développer un dépliant d'information sur les critères de garde; -S'assurer de signaler l'absence d'un usager via le code d'urgence Jaune.	Plan de réalisations des mesures et des recommandations en lien avec les critères de garde en établissement	En cours

	<ul style="list-style-type: none"> -Instaurer temporairement des quarts de quelques heures de soir 7/7 jours et jour/soir les fins de semaine et jours fériés; -Évaluer la possibilité d'avoir une infirmière de liaison en santé mentale pour le quart de soir et de nuit; -Évaluer la possibilité de créer des postes travailleurs sociaux pour les quarts de soir et de nuit. 		
Coordination interne entre les services	Que la Direction des soins infirmiers et la Direction des services multidisciplinaires et à la communauté développent une trajectoire de services pour les usagers stomisés et revoit les outils de travail.	Révision trajectoire des patients stomisés	En cours
Traitement/intervention	Que la gestionnaire Katasa Groupe+ Développement, s'assure que tout le personnel (PAB, infirmière auxiliaire, coordonnatrice des soins) de la Résidence du Village Riviera reçoivent d'une part une formation pour être capable de compléter l'annexe 12 et divulguer l'information à toutes les personnes concernées dans le respect des normes établies, et d'autre part une formation pour être capable d'intervenir auprès des résidents ayant des troubles cognitifs.	Formation sur procédure complétion de l'annexe 12 et sur l'approche des résidents avec des troubles cognitifs	En cours
Continuité /insuffisance de service ou ressource	Que la gestionnaire Katasa Groupe+ Développement, s'assure de revoir ses mécanismes permettant d'avoir une communication plus organisée entre les différents intervenants (PAB, infirmière auxiliaire, coordonnatrice des soins), à tous les quarts de travail, afin de s'assurer la continuité des soins et services offerts aux résidents.	Révision mécanismes communications inter quarts	En cours
Plan d'intervention/ application/suivi	Que la gestionnaire-propriétaire groupe Katasa, procède à des audits afin de valider le type d'activité et la fréquence, sur les unités de soins incluant les unités prothétiques pour la Résidence de l'Île et le Village Riviera.	Audits des activités sur l'unité prothétique	En cours
Évaluation et jugement professionnel	Que la Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées fasse un rappel formel à l'ensemble des travailleurs sociaux quant à leurs responsabilités d'accompagner les familles/proche aidant lors de la recherche de répit auprès des RPA ou autre milieu afin de s'assurer que les besoins de l'utilisateur soient répondus.	Sensibilisation des professionnels à leurs responsabilités d'accompagner les familles/proche aidant dans la recherche de répit auprès des RPA ou autre milieu	Réalisée
Évaluation et jugement professionnel	Que la DSI effectue des audits d'observation sur l'ouverture d'épisode de soins ainsi que de la qualité des notes au triage (lors des évaluations et réévaluations).	Audits de la pratique des infirmières du triage	En cours
Évaluation et jugement professionnel	Que la DSI procède à des audits de dossiers des deux infirmiers concernés quant à leur pratique au triage, à la consignation des notes au dossier de l'utilisateur, ainsi qu'à leur capacité à conduire un examen du système respiratoire chez l'enfant.	Audits de la pratique des infirmières du triage	En cours
Continuité /insuffisance de service ou ressource	Que le Directeur Régional de All Seniors Care (RPA Château Symmes) s'assure de revoir ses mécanismes permettant d'avoir une communication plus organisée entre les différents intervenants (PAB, infirmière auxiliaire, infirmières, directrice des soins) à tous les quarts de travail, afin de s'assurer de la continuité des soins et services offerts aux résidents.	Révision des mécanismes de communications inter quarts	En cours
Continuité /insuffisance de service ou ressource	Que la Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées effectue un audit de qualité pour l'administration de médication avec aérodoseur et aérochambre à la RPA Village Riviera.	Audit de qualité pour l'administration de médication avec aérodoseur et aérochambre	Réalisée
Continuité /insuffisance de service ou ressource	Que la DSI en collaboration avec la DQEPE et la DSAPA fournisse une analyse de la qualité des soins et services incluant le système d'appel à l'aide sur les unités de soins à la RPA Château Symmes. Transmettre à la Commissaire l'analyse des résultats et les moyens mis en place pour adresser la situation	Analyse des résultats et la qualité des soins et services incluant le système d'appel à l'aide	En cours
Coordination entre les services internes	Que la Direction de la déficience et de la réadaptation, transmette à la Commissaire le plan d'amélioration continue de la qualité bonifiée avec des indicateurs de	Réalisation du plan d'amélioration continue de la qualité	En cours

	qualité permettant le suivi des écarts. Transmettre à la Commissaire le plan d'amélioration continue de la qualité, bonifié. Informer mensuellement la Commissaire des travaux en cours ou réalisés à l'égard du plan d'amélioration continue de la qualité.		
Médication	Que la Direction des soins infirmiers évalue la pratique professionnelle des infirmiers impliqués dans les soins donnés à votre conjointe et selon la gravité des manquements, de dénoncer à l'OIIQ les infirmiers concernés.	Évaluation de la pratique infirmière	En cours
Organisation systémique des soins et services/Propre à une ressource non institutionnelle (Entente 108)	Que la Direction de la déficience et de la réadaptation dépose à la commissaire aux plaintes et à la qualité des services le plan d'action incluant toutes les directions mentionnées dans mes conclusions et des indicateurs de qualité, qui adressera les différentes situations soulevées dans mon analyse à l'égard des attentes prévues dans le cadre de l'entente 108 avec la Fondation immobilière de l'Outaouais (FIO) et le respect des droits des résidents. Faire un suivi mensuel des actions mises en place dans le cadre du plan d'action durant les douze (12) prochains mois.	Suivi du plan d'action	En cours
Respect code des professions	Que la Direction des soins infirmiers assure un suivi administratif du chef d'unité intérimaire du 7e est et du 7e ouest de l'Hôpital de Hull et que la démarche s'inscrive dans un plan d'encadrement afin d'assurer la qualité et la sécurité des soins et services pour la clientèle.	Plan encadrement du gestionnaire	En cours
Respect code des professions	Que la Direction des soins infirmiers évalue la pratique professionnelle des infirmières impliquées dans les soins donnés à votre père et selon la gravité des manquements, de dénoncer à l'OIIQ les infirmières concernées. Soumettre l'analyse de l'enquête et les mesures prises à la Commissaire pour encadrer la pratique professionnelle des infirmières s concernées.	Enquête clinique avec identification des mesures	En cours
Respect code des professions	Que la Direction des soins infirmiers soumette un plan d'action pour prévenir la récurrence du non-respect des procédures de l'infirmière, incluant des indicateurs de qualité mesurables, pour adresser les écarts soulevés dans l'enquête clinique.	Émettre un plan d'action pour encadrer la pratique infirmière	En cours
Interventions	Que la Direction de la déficience et de la réadaptation, procède à des audits sur le respect des principes d'administration des médicaments.	Audits cliniques	En cours
Droits particuliers			
Droit à l'information/sur tout incident	Que la Direction de la Ressource intermédiaire (RI) s'assure que le personnel connaisse et applique la politique de déclaration des incidents et accidents.	Sensibilisation des intervenants à la politique de déclaration des incidents et accidents.	Réalisée
Droit à l'information/sur les services et modes d'accès	Que le Directeur Régional de All Seniors Care (RPA Château Symmes) s'assure que tout le personnel de soins (PAB, infirmière auxiliaire, infirmières et directrice des soins) incluant la directrice exécutive reçoit une formation pour la complétion de l'annexe 12 et la divulgation de l'information à toutes les personnes concernées dans le respect des normes établies.	Formation sur procédure complétion annexe 12 et l'approche des résidents avec des troubles cognitifs	En cours
Accessibilité			
Délai triage	Que la Direction des soins infirmiers encadre la pratique clinique de l'infirmière du triage et effectue un audit de ses dossiers. Faire parvenir les résultats des audits à la Commissaire	Résultats des audits et encadrement des infirmières du triage	Réalisée
Délais/services médicaux/urgence	Que la DSI effectue des audits d'observation sur l'ouverture de l'épisode de soins ainsi que de la qualité des notes au triage à l'urgence de l'hôpital de Hull lors des évaluations et réévaluations. Transmettre à la Commissaire l'analyse des résultats des audits et les mesures mises en place à la suite de ceux-ci.	Résultats des audits sur l'ouverture de l'épisode de soins ainsi que de la qualité des notes au triage à l'urgence de l'hôpital de Hull	En cours

Maltraitance (Loi)			
Maltraitance organisationnelle	Encadrer les pratiques de gestion et relationnelles du directeur concerné de la résidence pour aînés et fournir le plan d'encadrement incluant les mesures mises en place.	Plan d'encadrement et mesures du directeur	Réalisée
Par un dispensateur de services/maltraitance psychologique/violence	<p>-Que la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique procède à une évaluation de la RPA Carle à l'égard de la certification, à l'égard des éléments soulevés par les directions cliniques (DSMD, DSAPA) incluant la maltraitance et informe les exploitants sur la bienveillance.</p> <p>-Que la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique informe la Direction programmes santé mentale et dépendances et la Direction programme soutien à l'autonomie des personnes âgées des constats de l'évaluation afin que les mesures et suivis soient mis en place de façon concertée</p> <p>-Transmettre à la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services l'état de la situation, les constats et les mesures à mettre en place ainsi que le plan d'action</p>	État de la situation incluant les constats, les mesures et le plan d'action	En cours

Tableau 15. Liste des recommandations et mesures

Partie 3

Rapport des médecins examinateurs

CISSS de l'Outaouais

Serge Boucher MD
Peter Bonneville, MD
Frédéric Côté, MD
Geneviève Gagnon, MD
Marc Gaudet, MD
Martin Pham-Dinh, MD
Mark Saul, MD
Olivier Triffault, MD
Grace-Anna Zoghbi, MD



3.1 PRÉAMBULE

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

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

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

Un de ses rôles est de voir à ce que la qualité des soins donnés par les médecins, dentistes, pharmaciens et résidents d'un établissement soit la meilleure possible.

S'il s'agit d'une plainte d'ordre administratif ou organisationnel, qui touche des services médicaux, celle-ci est traitée par la commissaire, après consultation avec le médecin examinateur, car celui-ci doit collaborer à l'identification des solutions à de tels problèmes.

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

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

- Rejeter toute plainte qu'il juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi;
- Examiner la plainte;
- Acheminer la plainte vers le CMDP pour étude à des fins disciplinaires;
- Il peut, lors de l'étude de l'examen de la plainte, décider de l'acheminer directement vers le CMDP pour étude à des fins disciplinaires.

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

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

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

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

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

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

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

Le comité de révision des plaintes médicales peut:

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

La conclusion retenue dans son avis est donc finale.

Lorsque la plainte est traitée par un comité de discipline formé par le CMDP, le médecin examinateur doit informer par écrit le plaignant, tous les 60 jours, du progrès de l'étude de la plainte tant que l'étude n'est pas terminée. Après l'étude de la plainte, le comité de discipline doit faire un rapport détaillé au comité exécutif du CMDP. Le comité peut faire des recommandations pour améliorer la qualité des soins.

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

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

- Si le comité exécutif est d'avis qu'il n'y a pas lieu d'imposer des mesures disciplinaires, il informe le médecin examinateur de ses conclusions motivées. Le médecin examinateur doit en informer le plaignant et la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.
- Si le conseil d'administration décide d'imposer des mesures disciplinaires à la suite des recommandations du CMDP, la Présidente-directrice générale doit en avertir le professionnel visé et le médecin examinateur. Ce dernier doit en informer le plaignant et la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.

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

3.2 TRAITEMENT DES PLAINTES DU 1^{ER} AVRIL 2021 AU 31 MARS 2022

Bilan des dossiers de plainte selon l'étape de l'examen

En cours d'examen au début de l'exercice	Reçus durant l'exercice	Conclus durant l'exercice	En cours d'examen à la fin de l'exercice	Transmis au 2 ^e palier
18	122	126	14	13

Tableau 16. Bilan des dossiers de plainte médicale selon l'étape de l'examen

Exercice	En cours d'examen au début de l'exercice		Reçus durant l'exercice		Conclus durant l'exercice		En cours d'examen à la fin de l'exercice		Transmis au 2 ^e palier	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
2019-20	30	-53	162	-2	173	-13	19	-37	16	7
2020-21	19	-37	100	-38	101	-42	18	-5	7	-56
2021-22	18	-5	122	22	126	25	14	-22	13	86

Tableau 17. Évolution du bilan des dossiers de plainte médicale selon l'étape de l'examen

Le nombre de plaintes reçues durant l'exercice inclut les transferts de plaintes non traitées de l'année précédente.

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

Bilan des dossiers de plainte selon l'étape de l'examen et la mission

MISSION / CLASSE / TYPE	En cours d'examen au début de l'exercice	Reçus durant l'exercice		Conclus durant l'exercice		En cours d'examen à la fin de l'exercice	Transmis au 2 ^e palier
		Nombre	%	Nombre	%		
CHSGS	15	108	88,52	109	87,20	14	12
CHSP	1	8	6,56	9	7,20	0	1
CLSC	1	5	4,10	6	4,80	0	0
CRD	0	1	0,82	1	0,80	0	0
TOTAL	17	122	100,00	125	100,00	14	13

Tableau 18. Bilan des dossiers de plainte médicale selon l'étape de l'examen et la mission

95 % de nos plaintes proviennent de nos hôpitaux.

13 dossiers ont été transférés au comité de révision, soit un taux de 10,4 % comparativement à 7 et 8 % dans les deux années précédentes.

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

État des dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires

Dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires	Nombre
Transmission CMDP	3

Tableau 19. Dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires

En 2021-22, trois dossiers visant trois médecins ont été transmis au CMDP pour étude à des fins disciplinaires, soit un taux de 2,4 %, comparé à 0 % dans les deux années précédentes.

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

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

Motif	% par motif
Accessibilité	10
Aspect financier	0
Droits particuliers	0
Organisation du milieu et ressources matérielles	1
Relations interpersonnelles	24
Soins et services dispensés	65

Tableau 20. État des dossiers de plaintes dont l'examen a été conclu selon le niveau de traitement et le motif

Notez qu'une plainte peut contenir plusieurs motifs. Les principaux motifs d'insatisfaction se regroupent sont, les soins et services dispensés et les relations interpersonnelles. Pour les soins et services dispensés, cela concerne l'absence de suivi, la qualité des interventions et la continuité des services et des soins lors des congés hospitaliers. Pour les relations interpersonnelles ce motif concerne les commentaires inappropriés, l'attitude, le manque d'empathie et de politesse, ainsi que le manque d'information.

Nous avons reçu deux plaintes d'abus visant des médecins.

Un dossier a été transféré au CMDP pour la constitution d'un comité de discipline et l'autre fut réglé en conciliation.

Le coordonnateur du bureau des médecins examinateurs agit aussi comme médecin-conseil et médiateur pour la gestion de quelques dossiers d'incivilité dans le cadre de la «*Politique en matière de promotion de la civilité et de prévention du harcèlement et de la violence au travail*», mais ces dossiers, ne remplissant pas les critères des motifs prévus dans le Régime d'examen des plaintes ne sont pas comptabilisés dans ce rapport.

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

DÉLAI D'EXAMEN	Moyenne	Nombre	%
Moins de 3 jours	1	1	0,79
4 à 15 jours	11	13	10,32
16 à 30 jours	25	34	26,98
31 à 45 jours	37	32	25,40
Sous-total	27	80	63,49
46 à 60 jours	52	19	15,08
61 à 90 jours	74	18	14,29
91 à 180 jours	113	8	6,35
181 jours et plus	191	1	0,79
Sous-total	74	46	36,51
TOTAL	44	126	100,00

Tableau 21. Délai d'examen

Au chapitre des délais de prise en charge, nous notons une amélioration significative où 63 % des plaintes ont été traitées dans un délai de 45 jours ou moins, comparativement à 56 % en 2020-21 et ce, malgré une augmentation du nombre de plaintes de 22 %.

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

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

3.3 RECOMMANDATIONS FAITES EN 2021-22

Suite à l'analyse d'une plainte, le médecin examinateur peut faire certaines recommandations ou envoyer des avis aux médecins de l'établissement. Selon leur nature, le suivi de celles-ci est assuré par le Comité de vigilance et de la qualité.

En 2021-22, les médecins examinateurs ont émis 7 recommandations.

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

Recommandations 2021-22

(Liste des recommandations spécifiques)

- Que la direction des services professionnels et de la pertinence clinique assure le maintien du comité multidisciplinaire local (clinique des tumeurs) pour favoriser la collaboration interdisciplinaire et ainsi réduire les délais de prise en charge dans les cas plus complexes de cancer du poumon.

Statut: présentée et en cours de réalisation

- Que le CISSS de l'Outaouais améliore le processus de communication entre le département de radiologie et les médecins de la région afin que le volume d'activité puisse être mieux réparti dans les établissements de la région et cela d'ici au 1er septembre 2021.

Statut: réalisée

- Que le CISSS de l'Outaouais adopte un système informatique centralisé pour la gestion des réquisitions et des dossiers en radiologie, et cela d'ici au 1er septembre 2023.

Statut: présentée et en cours de réalisation

- Que le CISSS de l'Outaouais octroie au service de radiologie suffisamment de ressources humaines pour faire le triage, la repriorisation et le suivi des réquisitions d'exams radiologiques en attendant l'adoption d'un système informatisé.

Statut: réalisée

- Que le département de médecine générale précise les règles encadrant le créneau horaire optimal des visites médicales pour les évaluations quotidiennes et de routine des patients hospitalisés.

Que cette règle tienne compte, sans s'y tenir exclusivement, des impératifs liés aux besoins du patient, à une communication de qualité avec les proches, à la collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins multidisciplinaire, ainsi qu'aux besoins de l'installation.

Cette règle pourrait différer d'un service à l'autre pour tenir compte des réalités locales et cliniques de chaque milieu.

Statut: présentée et en cours de réalisation

- Que le délai de lecture des films radiologiques simples au CISSS de l'Outaouais respecte la norme ministérielle avec priorisation des lectures de films radiologiques pour les patients hospitalisés.

Statut: présentée et en cours de réalisation

- Que les cliniciens qui offrent des services aux usagers en utilisant le plateau technique du département de radiologie puissent avoir accès à des outils pour documenter leurs procédures.

Statut: présentée et en cours de réalisation

3.4 CONCLUSIONS POUR L'ANNÉE 2021-2022

Durant l'exercice 2021-2022, les médecins examinateurs ont conclu le traitement de 126 dossiers de plaintes, soit une augmentation de 25 % du volume comparé à l'année précédente.

La pandémie a eu un impact sur le volume d'activités cliniques au CISSS de l'Outaouais et sur le volume de plaintes. Malgré un volume d'activité plus bas que durant les années pré-pandémiques, l'insatisfaction des usagers est persistante.

3.5 OBJECTIFS POUR L'ANNÉE 2022-2023

Les objectifs pour l'année à venir pour les médecins examinateurs :

- Minimiser les délais de traitement ;
- Accueillir le retour de nos médecins examinateurs cliniciens qui ont pris une pause pendant la pandémie afin de se concentrer sur leurs activités cliniques ;
- Stabiliser l'équipe à long terme ;
- Développer l'expertise locale.

3.6 MESSAGE DES MÉDECINS EXAMINATEURS POUR L'ANNÉE 2022-2023

L'année 2021-2022 fut difficile pour tous à plusieurs égards.

Après 2 années de galère, croyant être sortis de la pandémie, nous nous voyons confrontés à une autre vague de malades malgré les précautions et la vaccination de masse.

Nous avons appris à regarder les problèmes en face et à les affronter un à la fois.

Nous ressentons un épuisement général.

Le bureau des médecins examinateurs n'a pas été épargné. La lourde tâche de traiter les plaintes a été davantage supportée par un seul individu depuis le début de la pandémie, afin de libérer les collègues pour leurs tâches cliniques plus importantes.

Bien qu'il puisse être frustrant, à de nombreux égards, pour un médecin de recevoir une plainte, notre bureau a tenté de rendre acceptable le processus et d'y ajouter une touche d'humanisme. Les médecins qui ont fait du bon travail ont été reconnus. Les médecins qui ont commis des erreurs ont été accompagnés respectueusement dans une démarche de conciliation.

Notre réseau a été utilisé au-delà de ses limites et il faut le guérir, il faut le reconstruire.

Il est facile, dans ce contexte, de se recentrer sur soi et de ne regarder que les problèmes, les plaintes et la montagne d'obstacles qu'il reste à surmonter.

Par contre, nous pouvons aussi être fiers du travail accompli.

Nous sommes encore là, unis.

Demain, nous y serons encore.

La Covid n'aura pas raison de notre force collective, de notre engagement et de notre compassion pour les malades.

Nous serons à votre côté pour l'année à venir.

Nous vous remercions sincèrement pour votre travail tout au long de cette année 2021-2022.



Dr Martin Pham-Dinh,
Médecin examinateur, Coordonnateur

Partie 4

Rapport du comité de révision



4.1 MANDAT ET RESPONSABILITÉS

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

4.2 COMPOSITION DU COMITÉ DE RÉVISION DES PLAINTES MÉDICALES

Le comité de révision du CISSS de l'Outaouais était formé au 31 mars 2022 des membres suivants:

- Mme Monique Séguin, présidente
- Dre Amélie Gervaise, membre
- Dr Carl Boucher, membre
- Dr Boris Theilliez, membre substitut

Le comité s'est rencontré à 7 reprises, soit:

- 30 juin 2021
- 11 août 2021
- 8 septembre 2021
- 8 décembre 2021
- 5 janvier 2022
- 26 janvier 2022
- 16 mars 2022

Au total, 13 demandes de révision de plaintes ont été traitées dans l'année :

- 1 dossier reçu en 2020-21 et conclu en 2021-22
- 12 dossiers reçus et conclus au cours de l'année

4.3 BILAN DES DOSSIERS REÇUS EN 2021-22

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

Dossier	Motif de la demande	Conclusions	Respect du délai (60 jours)
1	Attitude/erreur médicale	Confirmation des conclusions du médecin examinateur	Oui (50 jours)
2	Qualité des soins/communications	Confirmation des conclusions du médecin examinateur et demande	Oui (32 jours)
3	Communications	Confirmation des conclusions du médecin examinateur	Oui (43 jours)
4	Communications	Confirmation des conclusions du médecin examinateur	Oui (43 jours)
5	Décision médicale	Confirmation des conclusions du médecin examinateur	Oui (44 jours)
6	Négligence/communications	Rejetée (hors délai)	Oui (8 jours)
7	Négligence/communications	Rejetée (hors délai)	Oui (8 jours)
8	Accessibilité	Confirmation des conclusions du médecin examinateur	Oui (37 jours)
9	Niveau de soins/erreur médicale	Demande complément d'examen au médecin examinateur	Oui (37 jours)
10	Décision médicale/communications	Confirmation des conclusions du médecin examinateur	Oui (53 jours)
11	Qualité des soins/communications	Confirmation des conclusions du médecin examinateur et recommandation au médecin examinateur	Non (71 jours)
12	Communications	Demande complément d'examen au médecin examinateur	Oui (34 jours)
13	Qualité des soins	Confirmation des conclusions du médecin examinateur	Oui (32 jours)

Dossiers reçus en 2020-21 et conclus en 2021-22

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

Une recommandation ayant pour objet l'amélioration de la qualité des soins ou services médicaux, dentaires et pharmaceutiques a été formulée par le comité. Cette recommandation consistait à appuyer la Direction des services professionnels et de la pertinence clinique (DSPPC) dans l'implantation du programme « Culture juste » (voir *Conclusion et objectifs pour l'année 2022-2023*).

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

DÉLAI D'EXAMEN	Moyenne (jours)	Nombre de dossiers
Moins de 60 jours	50	12
61 à 90 jours	71	1
TOTAL	37	13

Tableau 23. Délai d'examen

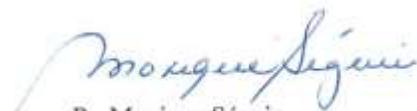
Le comité de révision des plaintes médicales doit rendre une décision motivée dans les 60 jours calendrier de la réception d'une demande de révision.

4.4 CONCLUSIONS ET OBJECTIFS POUR L'ANNÉE 2021-22

Pendant l'année financière 2021-2022, le comité de révision a traité un total de 13 demandes, ce qui constituait un retour à la normale, après une diminution coïncidant avec la première année de pandémie de COVID-19. Le mode de travail a encore une fois privilégié les rencontres par visioconférence. Dans le cas où le plaignant ne bénéficiait pas des équipements nécessaires, des solutions ont été mises en place afin de permettre une pleine participation.

Le comité a noté que parmi un peu plus de la moitié des demandes, les communications figuraient parmi les deux principaux motifs de plainte évoqués. Il s'agit d'une tendance observée depuis le début de la pandémie et le comité est d'avis que des efforts de sensibilisation en ce sens doivent être fait auprès des médecins, dentistes et pharmaciens. La Direction des services professionnels et de la pertinence clinique (DSPPC) travaillait déjà activement à l'implantation du programme « Culture juste », lequel vise entre autre une communication et une collaboration accrues. Le comité de révision a été satisfait par le projet proposé par la DSPPC et a formulé une recommandation visant à appuyer l'implantation de ce programme.

Pour la prochaine année, le comité de révision se fixe comme premier objectif de répondre à toutes les demandes de révision dans le délai légal de 60 jours. Également, le comité souhaite revoir ses règles de régie interne afin d'améliorer l'efficacité et l'efficience de ses travaux.



Pr. Monique Séguin

Mme Monique Séguin, présidente

v

Partie 5 – Centre d'hébergement Champlain-de-Gatineau

5.1 BILAN DES DOSSIERS DE PLAINTES 2021-2022

L'année 2021-22 s'échelonne du 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022.

Aucune plainte reçue.

5.2 BILAN DES DOSSIERS D'INTERVENTION

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* permet à la commissaire d'intervenir de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'elle a des motifs de croire que les droits d'un usager ou d'un groupe d'utilisateurs peuvent être lésés.

3 interventions durant l'exercice ont été amorcées et conclues. Aucun dossier en cours de traitement à la fin de l'exercice.

ÉVOLUTION DES DOSSIERS D'INTERVENTION

EXERCICE	En cours de traitement au début de l'exercice		Amorcés durant l'exercice		Conclus durant l'exercice		En cours de traitement à la fin de l'exercice	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
2019 - 20	0	0	0	0	0	0	0	0
2020 - 21	0	0	0	0	0	0	0	0
2021 – 22	0	0	3	300	3	300	0	0

Tableau 1. Évolution des dossiers d'intervention

Voici un portrait de l'origine des interventions pour les 3 dossiers conclus :

- Les 3 situations sont sur signalement par la coordonnatrice aux opérations et à la transformation et sont à l'égard de signalement obligatoire de maltraitance.

MOTIFS D'INTERVENTION ET MESURES D'AMÉLIORATION DES SOINS ET SERVICES

Pour l'année 2021-22, je constate une augmentation de 300 % (3 dossiers) des interventions reçues comparativement à l'an dernier.

Une analyse plus approfondie des éléments principaux donne ce portrait :

- Maltraitance à déclaration obligatoire (3 dossier)
 - 1 dossier de maltraitance financière et psychologique par un proche
 - 1 dossier de maltraitance financière par un proche

- 1 dossier de maltraitance psychologique par un proche

Pour les 3 dossiers d'interventions conclu, l'analyse permet de constater que les 3 signalements étaient fondés et 100 % ont menés à des mesures et de l'ensemble de ces mesures, 100 % sont à portée individuelle.

Voici les mesures mises en place :

- Adaptation des soins et services
 - Amélioration des communications
 - Évaluation ou réévaluation des besoins
- Adaptation du milieu et de l'environnement
 - Amélioration des mesures de sécurité et protection
 - Ajustement financier
 - Information / sensibilisation d'un intervenant
 - Respect des droits

5.3 BILAN DES DEMANDES D'ASSISTANCE

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

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

Pour l'année 2021-22, 3 demandes d'assistance ont été reçues à l'égard des droits particuliers pour de l'information sur le régime d'examen des plaintes et les droits et recours.

5.4 BILAN DES DOSSIERS TRANSMIS POUR ÉTUDE À DES FINS DISCIPLINAIRES

Aucun dossier.

5.5 LE RECOURS AU PROTECTEUR DU CITOYEN

Aucun dossier

5.6 BILAN DES CONSULTATIONS

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

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

- Sur les préoccupations quant à la sécurité des soins et des services.

8 consultations ont été faites auprès de la Coordonnatrice des soins en collaboration avec la travailleuse sociale et une gestionnaire de l'établissement. Les consultations concernent des situations préjudiciables pour les résidents à l'égard de leurs droits.

5.7 BILAN DES AUTRES FONCTIONS ET AUTRES RESPONSABILITÉS LÉGALES DE LA COMMISSAIRE LES PARTICIPATIONS STATUTAIRES DE LA COMMISSAIRE

Engagement au niveau provincial

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

Également, des rencontres mensuelles avec la Commissaire-Conseil et l'ensemble des commissaires ont eu lieu.

Puis le MSSS a mis en place une table ministérielle mensuelle avec les Commissaires, dirigée par la Commissaire-Conseil. Cette table remplace les rencontres mensuelles avec la Commissaire-Conseil

Autres fonctions

- Envoi de statistiques périodiques du nombre de dossiers de plainte, d'intervention et d'assistance et de leurs motifs pour le Comité de vigilance et de la qualité du Groupe Champlain ;
- Présence de la commissaire aux rencontres du regroupement des commissaires aux plaintes et à la qualité des services du Québec dans le but de favoriser l'échange d'expertise et le développement de la pratique afin d'améliorer par le fait même la qualité des interventions de la commissaire ;
- Une rencontre avec la coordonnatrice des soins et les gestionnaires pour la promotion/information à l'égard du régime d'examen des plaintes, de la loi sur la maltraitance, des droits des résidents et du code d'éthique ;
- Une tournée des unités de vie du CHSLD avec la coordonnatrice.

5.8 RAPPORT DU MEDECIN EXAMINATEUR

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

Il n'y eut **aucune** plainte déposée en 2021-2022 à l'encontre d'un médecin, ou pharmacien au Centre d'hébergement Champlain-de-Gatineau.

Partie 6 – VIGI de L'Outaouais

6.1 BILAN DES DOSSIERS DE PLAINTES 2021-2022

L'année 2021-22 s'échelonne du 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022.

EXERCICE	En cours d'examen au début de l'exercice		Reçus durant l'exercice		Conclus durant l'exercice		En cours d'examen à la fin de l'exercice		Transmis au 2 ^e palier	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
2019 - 20	0	-100	0	0	0	-100	0	0	0	0
2020 - 21	0	0	8	800	8	800	0	0	0	0
2021 - 22	0	0	1	-88	0	-100	1	100	0	0

Tableau 1. Comparatif des dossiers de plainte selon l'étape de l'examen

Motifs de plainte

La plainte est en cours d'analyse au 31 mars 2022.

Les motifs en cours d'examen:

- **Droit à l'information**
 - Sur le régime d'examen des plaintes
- **Maltraitance oligatoire**
 - Maltraitance organisationnelle : négligence
- **Organisation du milieu**
 - Respect des règles

6.2 BILAN DES DOSSIERS D'INTERVENTION

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* permet à la commissaire d'intervenir de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'elle a des motifs de croire que les droits d'un usager ou d'un groupe d'utilisateurs peuvent être lésés.

7 interventions durant l'exercice ont été amorcées. Au final, ce sont 5 dossiers qui ont été conclus et 2 dossiers sont toujours en cours de traitement à la fin de l'exercice.

Évolution des dossiers d'intervention

EXERCICE	En cours de traitement au début de l'exercice		Amorcés durant l'exercice		Conclus durant l'exercice		En cours de traitement à la fin de l'exercice	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
2019 - 20	0	0	0	0	0	0	0	0
2020 - 21	0	0	2	200	2	200	0	0
2021 - 22	0	0	7	250	5	150	2	200

Tableau 2. Évolution des dossiers d'intervention

Voici un portrait de l'origine des interventions pour les 5 dossiers conclus :

- 2 sur constat, soit 40 % : situations préoccupantes pour les droits d'usagers où la commissaire a décidé d'intervenir ;
- 3 sur signalement, soit 60 %.

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

Pour l'année 2021-22, je constate une augmentation de 71 % (7 dossiers) des interventions reçues comparativement à l'an dernier.

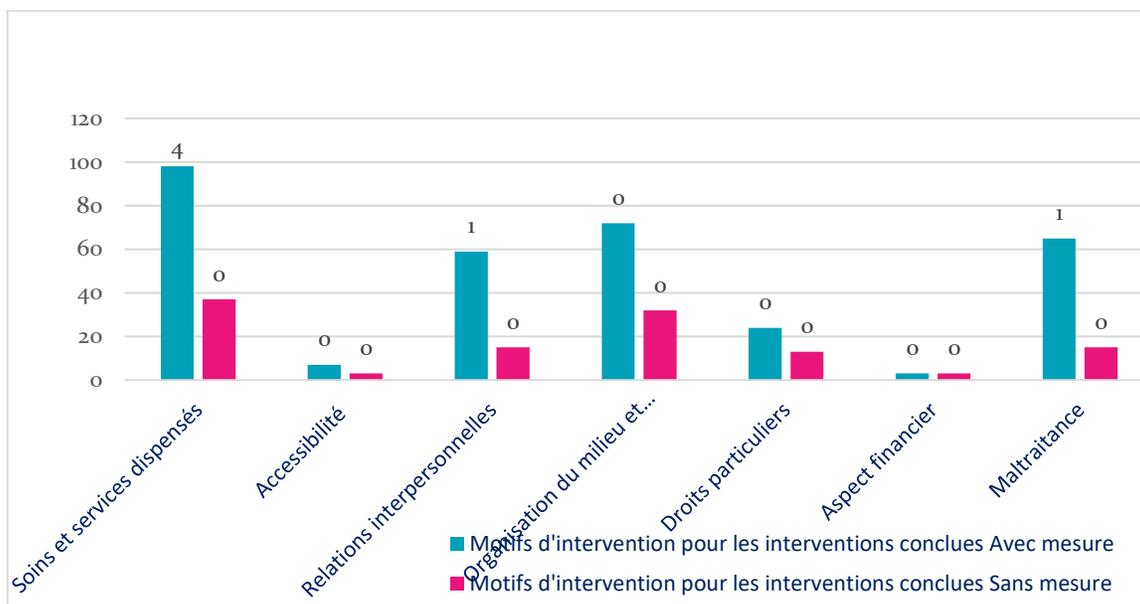
Une analyse plus approfondie des éléments principaux à l'égard des 5 dossiers conclus, donne ce portrait :

- **Les soins et services dispensés (3 dossiers) :**
 - Continuité
 - Instabilité ou mouvement du personnel
 - Insuffisance de service ou de ressource
 - Décision clinique
 - Décision de placer en isolement
 - **Les relations interpersonnelles (1 dossier) :**
 - Manque à l'égard de la personne
 - Manque à l'égard de l'autonomie
 - **Maltraitance à déclaration obligatoire (1 dossier) :**
 - Par un usager
 - Maltraitance sexuelle
- Après analyse de la situation de maltraitance, cette dernière est fondée. Des mesures ont été mises en place afin d'assurer un filet de sécurité et éviter la récurrence:

- ✓ Déclaration aux 2 répondants
- ✓ Déclaration au médecin traitant des 2 résidents
- ✓ Déclaration Ah-223 et déclaration aux gestionnaires
- ✓ Changement de chambre du résident vers l'aile réservé aux hommes
- ✓ Demande d'installation d'un moniteur sonore lorsque le résident quitte l'aile
- ✓ Discussion entre le gestionnaire et les répondants
- ✓ Discussion avec Directrice de la qualité, de l'expérience client et du milieu de vie

Pour les 5 dossiers d'intervention conclus, 100 % ont menés à des mesures et de l'ensemble de ces mesures, 71,43 % sont à portée systémique. Les mesures systémiques sont toutes à l'égard des soins et services dispensés.

Le graphique 1 permet de voir la tendance pour les catégories de motifs de l'exercice 2021-22.



Graphique 1 Type de motifs des dossiers d'intervention

Motifs	À portée individuelle	À portée systémique
	%	%
Soins et services dispensés	7,14	71,43
Relations interpersonnelles	7,14	0
Maltraitance	14,28	0
Total	28,57	71,43

Tableau 3. Portée des mesures correctives des dossiers d'intervention conclus

Voici des mesures mises en place :

- Une vérification de l'horaire de travail de l'ensemble du personnel, le 29 août 2021, infirmant les faits soulevés dans votre signalement;
- Une confirmation que l'employée visée par le signalement est une infirmière plutôt qu'une préposée aux bénéficiaires;
- Un signalement du comportement de l'infirmière a été effectué à l'agence de placement du personnel qui l'embauche
- Un engagement de la Directrice des soins que cette infirmière travaillera sur l'une des unités uniquement sur des quarts de travail où elle sera supervisée et encadrée;
- Un engagement de faire appel à cette agence qu'en cas de pénurie majeure de personnel. Selon la Directrice des soins, aucun employé de cette agence de placement n'a travaillé au CHSLD Vigi de l'Outaouais en septembre 2021.
- Un rappel a été effectué auprès de l'assistant du supérieur immédiat (ASI) afin de s'assurer de ne pas laisser une unité qu'avec du personnel provenant d'une agence privée;
- L'information de la Directrice des soins nous assurant que les soins d'hygiène, l'assistance à l'habillement, l'assistance à l'alimentation et les changements de culotte d'incontinence sont offerts même en situation de pénurie de personnel. Toutefois, le délai est plus long.

6.3 BILAN DES DEMANDES D'ASSISTANCE

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

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

Pour l'année 2021-22, 11 demandes d'assistance ont été reçues dont 10 à l'égard des droits particuliers et 1 concernant l'organisation du milieu et des ressources matérielles.

Le motif à l'égard des droits particuliers concernent majoritairement l'information pour le régime d'examen des plaintes et les droits et recours.

Le motif à l'égard de l'organisation du milieu et des ressources matérielles concerne la présence d'un proche aidant.

6.4 BILAN DES DOSSIERS TRANSMIS POUR ÉTUDE À DES FINS DISCIPLINAIRES

Aucun dossier.

6.5 LE RECOURS AU PROTECTEUR DU CITOYEN

Au cours de l'année 2021-22, 1 dossier d'intervention a été soumis à l'égard des soins et services dispensés mais ce dernier est toujours en cours d'analyse.

6.6 BILAN DES CONSULTATIONS

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

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

3 consultations ont été faites auprès de la Directrice des soins, soit 1 à l'égard du régime d'examen des plaintes et 2 à l'égard de la loi sur la maltraitance.

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

Les participations statutaires de la commissaire

➤ Engagement au niveau provincial

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

Également, des rencontres mensuelles avec la Commissaire-Conseil et l'ensemble des commissaires ont eu lieu.

Puis le MSSS a mis en place une table ministérielle mensuelle avec les Commissaires, dirigée par la Commissaire-Conseil. Cette table remplace les rencontres mensuelles avec la Commissaire-Conseil.

➤ Autres fonctions

- Envoi de statistiques périodiques du nombre de dossiers de plainte, d'intervention et d'assistance et de leurs motifs pour le Comité de vigilance et de la qualité de VIGI Santé ;
- Présence de la commissaire aux rencontres du regroupement des commissaires aux plaintes et à la qualité des services du Québec dans le but de favoriser l'échange d'expertise et le développement de la pratique afin d'améliorer par le fait même la qualité des interventions de la commissaire ;

- 1 rencontre avec la directrice des soins et les gestionnaires pour la promotion/information à l'égard du régime d'examen des plaintes, de la loi sur la maltraitance, des droits de résidents et du code d'éthique ;
- Une tournée des unités de vie du CHSLD avec la directrice.
- Voici les démarches qui ont été faites par VIGI Outaouais afin d'informer les répondants du processus de plainte :
 - Dans la pochette d'accueil, le dépliant « Régime d'examen des plaintes » est remis lors de nouvelles admissions
 - Une affiche avec les photos de la commissaire et la commissaire adjointe du CISSS de l'Outaouais et numéros de téléphones est affichée sur chaque étage
 - Tous les répondants ont reçu en juillet dans le « Saviez-vous », l'information sur le changement de personne à contacter lors d'une plainte. Il est à noter que le « Saviez-vous » est envoyé avec la facturation
 - L'information est également disponible sur la page internet de Vigi Santé : <https://vigisante.com/Parutions/CommissaireAuxPlaintes>
 - Lors de la semaine des droits, un dépliant sera remis aux familles avec un rappel des informations données sur la commissaire aux plaintes

6.8 RAPPORT DU MEDECIN EXAMINATEUR

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

Il n'y eut **aucune** plainte déposée en 2021-22 à l'encontre d'un médecin, ou pharmacien au CHSLD Vigi de l'Outaouais..

