

# Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

Rapport annuel 2010-2011

**Rédaction :**

*Nicole Gagnon  
Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services*

**Mise en page du document :**

*Gaétane L. Pichette  
Secrétaire de direction*

**Conception de la page couverture :**

*Danielle Fortier, agente d'information*

**Oeuvre de la collection Vincent et moi :**

*Sueurs d'été  
Acrylique sur papier  
Francine Macomeau*

Septembre 2011

## TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION</b> .....	5
PREMIÈRE PARTIE .....	9
RAPPORT DE LA PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES .....	9
1) RÉPARTITION DES DOSSIERS TRAITÉS .....	9
2) BILAN DES DOSSIERS DE PLAINTES .....	10
2.1) PLAINTES REÇUES .....	10
2.2) MODE DE DÉPÔT .....	11
2.3) AUTEUR .....	11
2.4) DÉLAI DE TRAITEMENT.....	12
2.5) MOTIFS DE PLAINTES.....	13
2.6) DÉTAIL DES PRINCIPAUX MOTIFS DE PLAINTES .....	15
3) TRAITEMENT DES MOTIFS DE PLAINTES .....	17
4) ASSISTANCES ET CONSULTATIONS .....	18
4.1) DEMANDES D'ASSISTANCES .....	18
4.2) DEMANDES DE CONSULTATIONS .....	20
4.2.1 PROVENANCE DES DEMANDES .....	20
4.2.2 PRINCIPAUX MOTIFS DES DEMANDES .....	21
5) POUVOIR D'INTERVENTION.....	23
6) RECOMMANDATIONS .....	24
7) DEMANDES DE RÉVISION .....	27
7.1) PROTECTEUR DU CITOYEN .....	27
7.2) COMITÉ DE RÉVISION .....	27
DEUXIÈME PARTIE .....	31
AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES .....	31
1) PROMOTION DU CODE D'ÉTHIQUE .....	31
2) POLITIQUE SUR L'EXPRESSION DE LA SEXUALITÉ DES USAGERS .....	32
2.1) NOUVEAU RATTACHEMENT HIÉRARCHIQUE DU COMITÉ DE CONSULTATION .....	32
2.2) RÉPONSE AUX DEMANDES DE FORMATION .....	33
2.3) PRIX MENTION .....	33
3) PORTAIL WEB DE L'AGENCE .....	33
4) CHANGEMENT DE LOCAUX .....	34
5) PARTICIPATION AUX DIFFÉRENTS COMITÉS .....	34
6) RAPPORT AU CONSEIL D'ADMINISTRATION .....	34
TROISIÈME PARTIE .....	37
RAPPORT ANNUEL DU MÉDECIN EXAMINATEUR .....	37
<b>CONCLUSION</b> .....	39

## LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1	Tableau synthèse 2010-2011 .....	41
ANNEXE 2	Liste des tableaux .....	43
ANNEXE 3	Liste des sigles utilisés .....	45

## Introduction

---

La commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services est la personne mandatée pour recevoir et traiter les plaintes des usagers et s'assurer du respect de leurs droits en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. (LSSSS)

Elle relève du Conseil d'administration de l'établissement et doit lui présenter annuellement un rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits.

Au cours de l'année 2010-2011, un événement malheureux s'est produit au sein de l'établissement. Dans le cadre de son hospitalisation, un usager a été placé en isolement 1200 heures sur une période de 3 mois consécutifs. Il est évident que cette façon de procéder est incompatible avec la mission d'un Institut universitaire, ainsi qu'avec les meilleures pratiques en santé mentale. Suite à l'analyse de cette plainte une série de recommandations ont été émises par la commissaire locale et la situation a été rapidement prise en charge par les différentes directions concernées. Toutefois, ceci a mis en évidence une fois de plus, le rôle primordial que joue le régime d'examen des plaintes dans le processus d'amélioration continue des soins et services, particulièrement dans le cas des clientèles vulnérables comme les personnes vivant avec les problèmes de santé mentale.

Le commissaire à la santé et au bien-être, monsieur Robert Salois écrivait d'ailleurs ceci dans un Avis publié en décembre 2010 :

« La plainte ne représente pas seulement l'occasion d'une réparation individuelle, mais comporte aussi une dimension collective en visant à ce qu'une situation problématique ne se reproduise pas ». <sup>1</sup>

La mission d'un Institut universitaire en santé mentale est d'offrir « des soins et services spécialisés de qualité, axés sur le rétablissement, l'intégration sociale et la qualité de vie ». Dans ce contexte les intervenants doivent connaître et appliquer adéquatement toutes les politiques internes qui encadrent les situations à risque comme l'isolement ou l'inspection sécuritaire (fouille). Cela représente assurément un défi pour eux, car l'application de ces politiques fait appel non seulement à leurs connaissances, mais également à leur jugement clinique.

---

<sup>1</sup> Salois, Robert. Informer des droits et sensibiliser aux responsabilités en matière de santé, consultation et analyse, Un avis du commissaire à la santé et au bien-être. Gouvernement du Québec, 2010, page 84

Le travail en interdisciplinarité, la formation continue du personnel et la diffusion du code d'éthique figurent parmi les moyens privilégiés recommandés par la commissaire locale, afin de développer le jugement clinique des intervenants face aux situations problématiques complexes et assurer aux usagers en tout temps, des soins et services de qualité, dans le respect de leurs droits. Le présent rapport annuel propose une synthèse de l'application de la procédure d'examen des plaintes à l'institut. Il couvre la période du 1er avril 2010 au 31 mars 2011. Il se divise en 3 parties.

La première partie dresse le rapport détaillé de l'application de la procédure d'examen des plaintes. Elle relate également les interventions et les recommandations de la commissaire locale. La deuxième partie traite de l'apport de la commissaire au regard de la qualité des soins et services offerts aux usagers et la troisième partie présente le rapport annuel du médecin examinateur.

Rappelons en terminant que la première partie de ce rapport a été préparée à partir des données fournies par le logiciel SIGPAQS (Système d'information sur la gestion des plaintes et l'amélioration de la qualité des services) qui assure l'uniformisation de la présentation des données statistiques des différents établissements du réseau de la santé.

## **Première partie**

### **Rapport de la procédure d'examen des plaintes**

---

## Première partie

### Rapport de la procédure d'examen des plaintes

#### 1) Répartition des dossiers traités

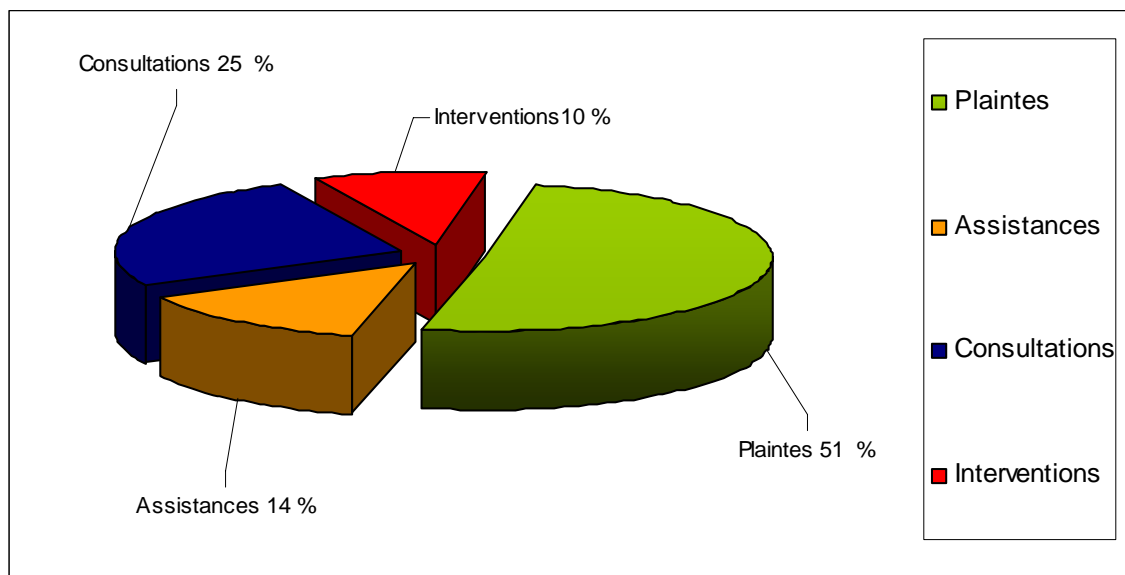
---

Au cours de l'exercice 2010-2011, **275** dossiers ont été traités par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services ce qui représente une diminution par rapport à l'année précédente. Ces dossiers se répartissent ainsi : 140 plaintes, 70 consultations, 38 assistances et 27 interventions. Cette diminution significative contraste avec la tendance à la hausse observée au cours des deux dernières années. Le nombre de recommandations est demeuré relativement stable soit 29 recommandations en 2010-2011 comparativement à 28 en 2009-2010.

**TABLEAU 1**  
**Tableau comparatif des dossiers traités de 2007 à 2011**

Dossiers traités	2010-2011	2009-2010	2008-2009	2007-2008
Plaintes	140	207	140	85
Consultations	70	76	67	61
Assistances	38	43	53	58
Interventions	27	19	7	11
<b>TOTAL</b>	<b>275</b>	<b>345</b>	<b>267</b>	<b>215</b>

**TABLEAU 2**  
**Répartition des dossiers traités en 2010-2011**



Les plaintes représentent 51 % des dossiers traités. Les consultations en totalisent 25% et les assistances 14 %. Quant aux interventions, elles représentent 10 % de l'ensemble des dossiers. On observe cette année une augmentation du nombre de demandes d'intervention.

## 2) Bilan des dossiers de plaintes

### 2.1) Plaintes reçues

Au cours de l'année 2010-2011, **140** nouvelles plaintes ont été acheminées à la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services. À ce nombre, s'ajoutent les 4 plaintes dont le traitement n'était pas complété à la fin de l'exercice précédent. Au 31 mars 2011, 4 plaintes n'avaient pas encore été conclues, ce qui porte à **140** le nombre de plaintes dont le traitement a été complété au cours de la présente année. ( Voir tableau 3) De ce nombre, 7 plaintes ont été traitées par le médecin examinateur de l'établissement puisqu'elles concernaient un acte médical.

**TABEAU 3**  
**Tableau synthèse des plaintes et motifs de plaintes reçus et conclus**

	Plaintes en voie de traitement au début de l'exercice	Plaintes reçues durant l'exercice	TOTAL	Plaintes et motifs de plaintes conclus durant l'exercice	Plaintes en voie de traitement à la fin de l'exercice
Commissaire locale	3	133	136	133 plaintes 143 motifs	3
Médecin examinateur	1	7	8	7 plaintes 7 motifs	1
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>140</b>	<b>144</b>	<b>140 plaintes</b> <b>150 motifs</b>	<b>4</b>

## 2.2) Mode de dépôt

Les plaintes sont déposées majoritairement de façon verbale.

**TABEAU 4**  
**Mode de dépôt**

Mode de dépôt	Nombre	%
Plaintes verbales	115	82 %
Plaintes écrites	25	18 %
<b>TOTAL</b>	<b>140</b>	<b>100 %</b>

## 2.3) Auteur

Selon la LSSSS, pour qu'une plainte soit recevable par le commissaire local, elle doit être déposée par l'utilisateur ou son représentant légal. Ainsi, la majorité des plaintes sont logées par l'utilisateur lui-même. (Voir tableau 5 et 6) Cependant, il arrive parfois qu'une plainte soit déposée par un tiers comme par exemple un membre de la famille de l'utilisateur, un professionnel, un intervenant, un membre du comité des usagers, un citoyen, etc...Lorsque cela se produit, la commissaire locale examine chaque situation au « cas par cas ». Elle vérifie les allégations auprès de l'utilisateur concerné ou de son représentant légal s'il y a lieu, ou encore auprès du chef d'unité. Cela peut donner lieu soit à l'ouverture d'une demande d'assistance soit à une intervention de la part de la commissaire locale. Par contre, lorsqu'il s'agit d'une plainte concernant un médecin, un dentiste, ou un pharmacien la LSSSS prévoit

que le médecin examinateur doit non seulement procéder à l'examen de la plainte formulée par un usager, mais également à celle « formulée par toute autre personne que l'usager ou son représentant ». (article 44)

Il est à noter également que certains usagers ont déposé plus d'une plainte au cours de l'année.

**TABLEAU 5**  
**Auteur des plaintes traitées par la commissaire locale**

Auteur de la plainte	Nombre	%
Représentant	1	0.75 %
Tiers	20	15 %
Usager	112	84.25 %
<b>TOTAL</b>	<b>133</b>	<b>100 %</b>

**TABLEAU 6**  
**Auteur des plaintes traitées par le médecin examinateur**

Auteur de la plainte	Nombre	%
Tiers	5	71 %
Usager	2	29 %
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100 %</b>

#### **2.4) Délai de traitement**

Le tableau suivant présente les délais de traitement des plaintes selon l'application de la procédure générale d'examen des plaintes, et selon l'application de la procédure établie à l'article 38 et portant sur un acte médical. **Il est à noter que 96 % des plaintes ont été traitées à l'intérieur du délai de 45 jours prévu par la LSSSS.**

**TABLEAU 7**  
**Délai d'examen**

Délai d'examen	Commissaire locale		Médecin examinateur		TOTAL	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Moins de 3 jours	84	63 %	0	0 %	84	60 %
4 à 15 jours	25	19 %	1	14 %	26	19 %
16 à 30 jours	15	11 %	5	72 %	20	14 %
31 à 45 jours	4	3 %	0	0 %	4	3 %
<b>SOUS-TOTAL</b>	<b>128</b>	<b>96 %</b>	<b>6</b>	<b>86 %</b>	<b>134</b>	<b>96 %</b>
De 46 à 60 jours	3	2 %	0	0 %	3	2 %
De 61 à 90 jours	2	2 %	0	0 %	2	1.3 %
De 91 à 180 jours	0	0 %	1	14 %	1	0.7 %
181 jours et plus	0	0 %	0	0 %	0	0 %
<b>SOUS-TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>4 %</b>	<b>1</b>	<b>14 %</b>	<b>6</b>	<b>4 %</b>
<b>TOTAL</b>	<b>133</b>	<b>100 %</b>	<b>7</b>	<b>100 %</b>	<b>140</b>	<b>100 %</b>

## 2.5) Motifs de plaintes

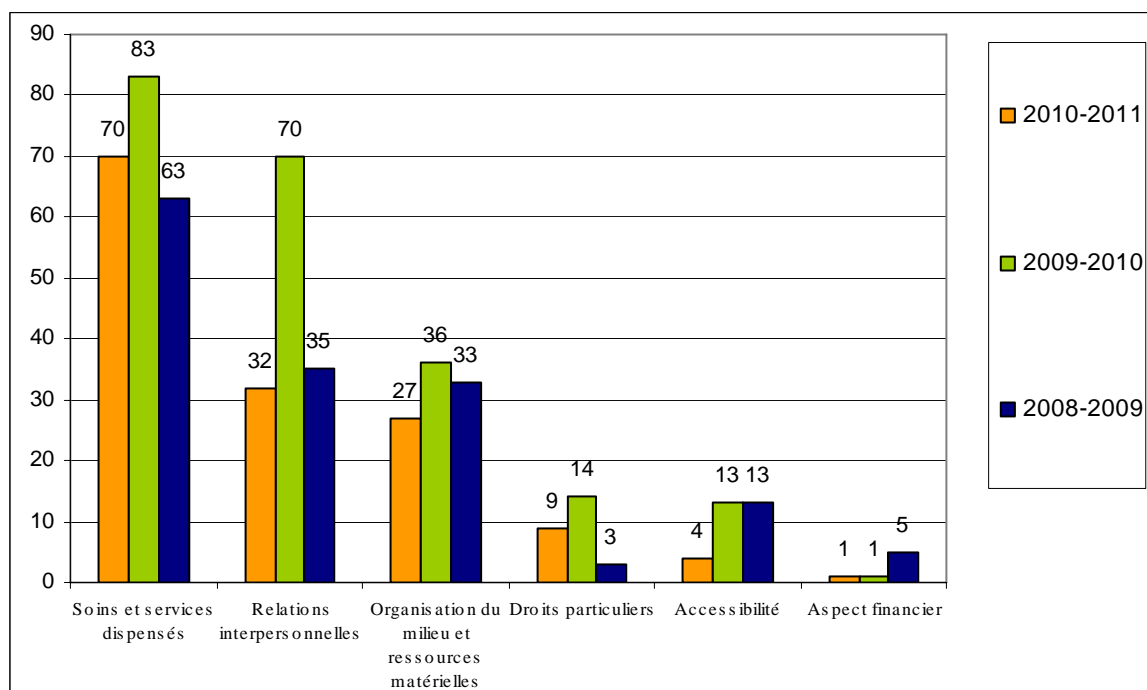
Le nombre de motifs de plaintes est différent du nombre de plaintes en raison du fait qu'une plainte peut comporter plusieurs motifs. Pour la présente année, on compte **150** motifs de plaintes conclus, soit 143 traités par la commissaire locale et 7 traités par le médecin examinateur. Ils sont regroupés à l'intérieur de six (6) catégories. (Voir tableau 8). Les plaintes en lien avec les soins et services dispensés sont au premier rang et représentent 49 % de l'ensemble.

Le tableau 9 permet de comparer la répartition des motifs de plaintes reçus au cours des trois dernières années. La diminution enregistrée en 2010-2011 est observable dans chacune des catégories. Elle est toutefois plus marquée au niveau des relations interpersonnelles où l'on observe une diminution, 54 % soit un peu plus de la moitié.

**TABLEAU 8**  
**Motifs de plaintes**

Motifs de plaintes	Commissaire locale	Médecin examinateur	TOTAL	%
• Soins et services dispensés	70	3	73	49 %
• Relations interpersonnelles	32	0	32	21 %
• Organisation et ressources matérielles	37	0	27	18%
• Droits particuliers	9	1	10	6 %
• Accessibilité et continuité	4	0	4	3 %
• Aspect financier	1	3	4	3 %
<b>TOTAL</b>	<b>143</b>	<b>7</b>	<b>150</b>	<b>100 %</b>

**TABLEAU 9**  
**Répartition des motifs de plaintes par catégorie de 2008 à 2011**



## 2.6) Détail des principaux motifs de plaintes

### ➔ Soins et services dispensés :

- Isolement abusif : un événement malheureux a marqué l'année 2010, soit un cas d'isolement abusif de 1200 heures sur une période de 3 mois consécutifs. L'analyse de la plainte a porté sur les sept ( 7 ) items suivants :

- le comportement de l'utilisateur;
- l'application du règlement sur l'utilisation des mesures d'isolement;
- l'ordonnance de traitement;
- l'interdisciplinarité;
- l'organisation du travail;
- Le système d'autorisation des sorties (passes);
- Les lieux physiques.

La conclusion a donné lieu à neuf (9) recommandations (voir point 6). La direction générale et le conseil d'administration (C.A.) en ont été informés.

La situation a été rapidement prise en charge par les différentes directions concernées. Un plan d'action a été mis en place et un suivi rigoureux en a été assuré par le comité de vigilance du C.A. D'importants ajustements ont été apportés principalement au niveau des points suivants :

- l'application du règlement sur l'isolement;
- le travail en interdisciplinarité;
- la formation des intervenants au regard de l'évaluation de la dangerosité;
- la prévention des agressions.

- Insatisfaction au regard de l'approche thérapeutique : visites du médecin pas assez fréquentes, médication trop forte, mesure d'encadrement trop sévère, contrôle de l'argent ou des cigarettes;

- Contestation de l'ordonnance de soins;
  - Consommation de drogue sur les unités de soins : le fléau de la drogue n'a pas épargné certains secteurs de l'Institut. Plusieurs plaintes ont été logées par les usagers eux-mêmes ou par les membres de leurs familles. L'établissement a révisé en décembre 2010, sa politique concernant la possession et la consommation de drogue, alcool et médicaments. Toutefois la procédure relative à l'application de cette politique n'a été finalisée qu'en février 2011 et n'était pas en vigueur dans tous les secteurs au 31 mars.
- ➔ Relations interpersonnelles :
- Abus de pouvoir et manque d'empathie;
  - Non respect de la politique concernant la fouille et l'inspection sécuritaire;
  - Mauvais traitements avec abus de force physique.
- ➔ Organisation et ressources matérielles :
- Manque de personnel pour accompagner les usagers n'ayant pas la permission de sortir seuls;
  - Mise en place de règles et procédures sur certaines unités allant à l'encontre du droit des usagers de recevoir des visiteurs à leur chambre;
  - Contestation de contravention émise par la police du tabac;
  - Absence de téléphone dans les chambres;
  - Transfert de chambre pour des raisons administratives;
  - Difficulté d'accès au gymnase pour les usagers du service de psychiatrie légale ou pour les usagers avec un suivi externe.
- ➔ Accessibilité et continuité :
- Délai trop long pour remplir des formulaires;
  - Temps d'attente anormalement long pour l'accès à des RNI ou à certains programmes de suivi externe comme le PACT.
- ➔ Droits particuliers :
- Demande de changement de médecin ou d'intervenant;
  - Bris de confidentialité;

- Non respect de l'obligation d'obtenir le consentement de l'utilisateur pour la dispensation des soins en l'absence d'une ordonnance de la Cour ou d'une situation d'urgence;
- Non-respect du droit de choisir son lieu d'hébergement;

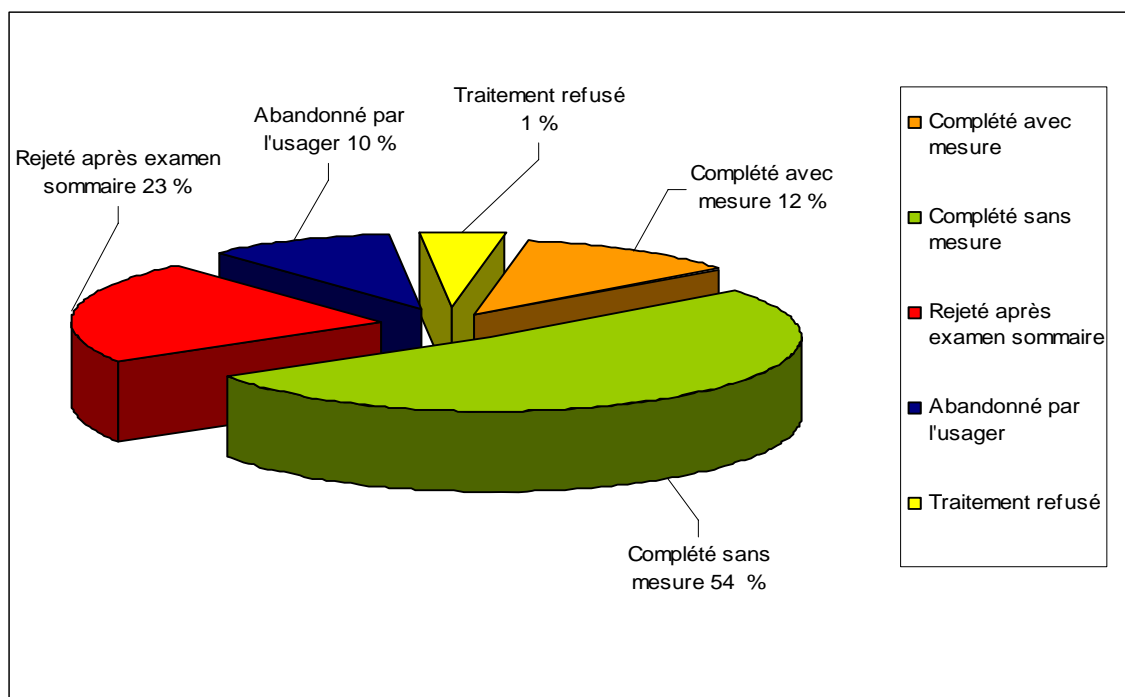
→ Aspect financier :

- Demande de remboursement d'une partie des frais d'hébergement en raison des congés temporaires de l'utilisateur.

### 3) Traitement des motifs de plaintes

Un examen sommaire de chacun des motifs de plaintes permet d'abord d'en déterminer la recevabilité. Ainsi, 23 % du total des motifs de plaintes ont été rejetés après examen parce qu'ils étaient soit frivoles, de mauvaise foi, ou reliés à des symptômes psychiatriques comme les hallucinations ou les propos délirants. Quant aux motifs de plaintes dont le traitement a été complété, 12 % ont nécessité une recommandation.

**TABLEAU 10**  
**Niveau de traitement**



**TABLEAU 11**

**Niveau de traitement, comparatif commissaire local et médecin examinateur**

Niveau de traitement des motifs de plaintes	Commissaire locale		Médecin examinateur		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Rejeté sur examen sommaire	35	24 %	0	0 %	35	23 %
Abandonné par l'utilisateur	14	10 %	1	14 %	15	10 %
Traitement refusé	1	1 %	0	0 %	1	1 %
Traitement complété						
-Sans recommandation	77	54 %	4	57 %	81	54 %
-Avec recommandation	16	11 %	2	29 %	18	12 %
<b>TOTAL</b>	<b>143</b>	<b>100 %</b>	<b>7</b>	<b>100 %</b>	<b>150</b>	<b>100 %</b>

**4) Assistances et consultations**

Parmi les autres fonctions du commissaire local, telles que décrites dans la LSSSS (L.R.Q., Chapitre S-4.2) on retrouve, outre son pouvoir d'intervention, les assistances et les consultations.

**TABLEAU 12**

**Assistances et consultations**

	2010-2011	2009-2010	2008-2009	2007-2008
Assistances	38	43	53	58
Consultations	70	76	67	61

**4.1) Demandes d'assistances**

Le nombre de demandes d'assistances provenant des usagers diminue graduellement depuis les trois dernières années. (Tableau 12)

Ce service permet à l'utilisateur de recourir à l'aide de la commissaire locale lorsqu'il souhaite revendiquer un droit sans déposer une plainte ou encore obtenir un soin ou un service. La commissaire locale agit alors à titre de médiateur ou d'intermédiaire.

Les demandes d'assistances sont regroupées à l'intérieur des mêmes catégories que les motifs de plaintes.

**TABLEAU 13**  
**Motifs des demandes d'assistances**

Motifs des demandes d'assistances	Nombre	%
• Soins et services dispensés	17	45 %
• Droits particuliers	8	21%
• Accessibilité et continuité	7	19 %
• Organisation du milieu et ressources matérielles	2	5 %
• Relations interpersonnelles	2	5%
• Aspect financier	2	5 %
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100 %</b>

Parmi les principaux motifs liés aux demandes d'assistances, on retrouve les suivants :

- ⇒ Demande pour faire modifier la médication;
- ⇒ Demande pour obtenir le droit de sortir à l'extérieur sur le terrain;
- ⇒ Demande d'assistance afin de pouvoir laisser des canettes de liqueur à la cuisine de l'unité pour son fils (le personnel de soirée refusait de garder les canettes de liqueur à la cuisine de l'unité) ;
- ⇒ Demande pour obtenir une rencontre avec l'équipe traitante;
- ⇒ Demande pour avoir accès à une médication la nuit lorsque l'utilisateur se réveille après 12 h 30 (il n'y avait pas d'infirmière à l'unité entre 12 h 30 et 03 h 00; l'utilisateur devait attendre jusqu'à 03 h 00 avant d'obtenir sa médication contre l'insomnie);
- ⇒ Demande pour comprendre pourquoi son chèque d'aide sociale est réduit à 189.00 \$/mois;
- ⇒ Demande d'assistance pour formuler une réclamation afin de récupérer l'argent perdu dans une machine distributrice;
- ⇒ Demande pour obtenir des précisions afin de mieux comprendre les décisions prises concernant un transfert;
- ⇒ Demande d'assistance pour obtenir un rendez-vous d'évaluation;
- ⇒ Demande pour augmenter le nombre d'employés sur l'unité afin que les usagers qui ont le droit de sortir uniquement s'ils sont accompagnés, puissent sortir au moins une fois par jour;
- ⇒ Demande pour faire cesser le harcèlement provenant d'un autre usager.

**Demande d'assistance : La mère d'un usager souhaite obtenir une rencontre avec l'équipe traitante de son fils.**

La mère d'un usager hospitalisé depuis plusieurs mois ne comprend pas l'approche thérapeutique mise en place par l'équipe traitante pour aider son fils. Elle se dit insatisfaite des soins et services qu'il reçoit.

Elle est en colère et aimerait bien que quelqu'un réponde à ses interrogations. « Ça fait six mois qu'il est là. J'aimerais savoir où on s'en va! » dit-elle « son état ne s'améliore pas du tout au contraire! »

La commissaire a contacté la travailleuse sociale pour lui faire part de la demande de la mère.

L'intervenante lui apprend que l'usager a un statut de détention et qu'il relève du tribunal administratif du Québec. De plus, il est sous ordonnance de soins pour les 3 prochaines années.

La travailleuse sociale est d'accord pour planifier une rencontre avec la mère, le père et les membres de l'équipe traitante. La rencontre a eu lieu et la commissaire locale a accompagné les parents. Ces derniers ont pu exprimer leur tristesse et leur colère devant le diagnostic de leur fils. Le plan de traitement leur a été expliqué ainsi que les objectifs poursuivis à court et à long terme.

Les membres de la famille ont souvent besoin de temps pour « accepter » l'annonce d'un diagnostic psychiatrique. Il se peut qu'ils nient la maladie pendant un certain temps en accusant les intervenants d'incompétence. Cette attitude demande aux équipes beaucoup de patience et de compréhension. La commissaire peut agir comme intermédiaire dans ce genre de situation afin de faciliter la communication.

## **4.2) Demandes de consultations**

### **4.2.1 Provenance des demandes**

Le nombre de demandes de consultations s'est maintenu par rapport à l'année précédente. Elles proviennent en majorité des intervenants de l'Institut. (74 %)

Les autres demandes proviennent de différents milieux dont les Centres de santé et services sociaux (CSSS), les Centres hospitaliers ou les Institutions d'enseignement. Elles font référence à l'expertise développée par l'Institut au regard des différentes problématiques liées à la clientèle psychiatrique comme la procédure de fouille ou l'application de la politique sur l'expression de la sexualité des usagers. Concernant ce dernier point, l'Institut demeure une référence. Mentionnons particulièrement la formation donnée en novembre 2010 à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, sur l'application d'une telle politique en milieu psychiatrique, ainsi que le soutien offert au CSSS de Charlevoix et au CSSS Antoine-Labelle (région 15) lors de leur démarche d'élaboration d'une politique similaire dans leur milieu.

De plus cette politique a également servi de référence au contenu d'une formation sur les droits des usagers en matière d'expression de la sexualité, offerte par l'Université de Sherbrooke aux commissaires locaux et régionaux de l'Estrie.

Liste des établissements ayant présenté une demande de consultation :

Institut universitaire en santé mentale Douglas.

CSSS de Charlevoix

CSSS Antoine-Labelle (région 15)

CSSS Vieille Capitale (CHSLD Christ-Roi)

Hôtel-Dieu de Lévis

CHA, Hôpital de l'Enfant-Jésus

Cegep de Limoilou

O.P.H.Q.

O.I.I.Q.

CSSS Sud de Lanaudière

Université de Sherbrooke (faculté de droit)

#### **4.2.2 Principaux motifs des demandes**

- L'application de la politique sur l'expression de la sexualité des usagers comme : connaître la démarche ayant mené à l'élaboration de la politique de l'Institut sur l'expression de la sexualité des usagers;
- Les droits de l'utilisateur comme : une usagère diabétique qui refuse son injection d'insuline. Peut-on lui administrer son insuline sans son consentement en l'absence d'une ordonnance de soins?
- Le choix de l'établissement comme : peut-on obliger un usager à transférer dans un lieu d'hébergement où il ne veut pas aller? Peut-on forcer un usager à transférer d'unité sans son consentement?
- La politique concernant les visites aux usagers comme : peut-on restreindre ou même interdire les visites du conjoint d'une usagère qui ne respecte pas les consignes et dont le comportement est inadéquat?
- Les réclamations comme : quelle est la responsabilité de l'Institut lorsqu'un usager réclame un montant d'argent pour un bijou qu'il affirme s'être fait voler lors de son séjour à l'unité?
- Les soins d'hygiène comme : peut-on prodiguer des soins d'hygiène à un usager sans son consentement? Peut-on obliger un usager à changer sa culotte d'incontinence lorsqu'il refuse?

- La gestion de l'argent des usagers sans régime de protection comme : peut-on enlever à un usager sa carte de guichet lorsqu'il retire de l'argent pour consommation et trafic de drogue?
- Des demandes d'avis concernant la mise en place d'un plan d'action comportemental comme le contrôle de l'argent et des cigarettes d'un usager sous régime de protection qui fait du « troc » dans l'établissement. Peut-on prendre l'argent dans son compte pour rembourser les usagers « floués »?
- Droits de circuler. Demande d'avis concernant un projet d'instaurer un système de « passes actives et passives » pour gérer le droit de circuler de certains usagers. Peut-on interdire la galerie à deux usagers surpris à fumer sur la galerie?
- Le consentement aux soins comme : peut-on obliger un usager à consentir à des examens sanguins en l'absence d'une ordonnance de la Cour?
- L'application de la Loi sur le tabac. Demande d'avis pour adapter la Loi sur le tabac à la clientèle psychiatrique, particulièrement pour les usagers ayant un régime de protection (curatelle ou tutelle).

**Demande de consultation : Un usager ayant un régime de protection (curatelle aux biens et à la personne) a reçu une contravention de 125 \$ émise par la « police du tabac ». Le chef d'unité demande à la commissaire si l'usager est tenu de payer cette contravention.**

La loi sur le tabac prévoit qu'il est interdit de fumer dans « les installations maintenues par un établissement de santé et de services sociaux ». Il est également interdit de fumer à l'extérieur de ces lieux dans un rayon de neuf mètres. Il est prévu toutefois pour la clientèle hébergée et la clientèle psychiatrique, l'aménagement d'un fumoir sur les unités, mais selon des normes d'aménagement et d'utilisation très précises.

Quiconque fume dans un lieu où il est interdit de le faire est passible d'une amende de 50.00 \$ à 300.00 \$. Des inspecteurs sont nommés afin de faire respecter l'application de cette loi. Dans le cas de cet usager, il avait reçu une contravention de 125.00 \$ pour avoir fumé à moins de 9 mètres du bâtiment. Après vérification, il n'avait aucune idée de ce que représentait une distance de 9 mètres.

Certains usagers en effet, ont une capacité de compréhension limitée en raison des symptômes de la maladie.

Ainsi, afin de permettre à ces usagers d'intégrer les différentes facettes de la loi, des ajustements ont été envisagés. Dans un premier temps, la commissaire est intervenue dans ce dossier afin d'aider l'usager à contester la contravention. Dans un deuxième temps, avec la collaboration des gestionnaires concernés, elle a soumis au responsable de l'application de la loi, une procédure adaptée à la clientèle psychiatrique. En accord avec l'approche du rétablissement, il a été proposé de mettre en place une gradation des mesures dissuasives, pour les usagers de l'Institut pris en défaut. Ainsi deux avertissements écrits leur seront remis avant la contravention. Cette procédure a été acceptée par le Comité des directeurs en décembre 2010.

## 5) Pouvoir d'intervention

Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services détient le pouvoir d'intervenir de sa propre initiative, « lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits d'un usager ou d'un groupe d'utilisateurs ne sont pas respectés ». <sup>1</sup>

Il fait alors rapport au conseil d'administration ainsi qu'à la direction concernée. Il peut recommander toute mesure visant la satisfaction des utilisateurs et le respect de leur droit.

Au cours de la présente année la commissaire locale a effectué **27** interventions. Elles ont été effectuées sur demande suite à un signalement provenant soit d'un intervenant, d'un membre d'une famille ou encore d'une personne de l'extérieur. Parmi ces interventions, **six (6)** ont donné lieu à des recommandations. En voici quelques exemples :

### **Intervention de la commissaire locale face à un événement survenu dans le fourgon cellulaire du Centre de détention de Québec (C.D.Q.) lors du transport d'une usagère de l'Institut vers le Palais de justice.**

Les faits rapportés à la commissaire mentionnent que l'usagère avait quitté l'Institut avec deux agents correctionnels du C.D.Q. Dans le fourgon, elle avait les mains et les pieds attachés tel que le requiert leur procédure. Lors du trajet, elle est tombée et s'est blessée au front, aux bras et aux jambes. Elle affirme n'avoir reçu aucune aide de la part des agents correctionnels au moment des faits.

Elle a donc déposé une plainte au Centre de détention de Québec par l'intermédiaire du Service de sécurité de l'Institut. La plainte faisait état de négligence et de non-assistance à une personne blessée. La coupure au front était profonde et a nécessité plusieurs points de suture.

Cependant après plusieurs mois d'attente, l'usagère n'avait encore reçu aucun suivi de sa plainte : ni accusé de réception, ni conclusion. La commissaire est alors intervenue en accompagnant l'usagère dans une démarche de signalement auprès du Protecteur du citoyen afin de dénoncer la situation. De plus, une démarche a été entreprise par la travailleuse sociale auprès de la Société d'assurance automobile du Québec (SAAQ).

L'usagère a finalement obtenu une réponse du C.D.Q., incluant des explications ainsi que des regrets face à tous les inconvénients causés par cet événement.

<sup>1</sup> Loi sur les services de santé et services sociaux, article 33, 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> alinéa, paragraphe 7<sup>o</sup>

- ⇒ **Intervention** de la commissaire locale afin d'obtenir un avis juridique pouvant permettre de clarifier la responsabilité de l'Institut face à une situation problématique engendrée par le comportement erratique d'un usager.
- ⇒ **Intervention** de la commissaire afin de faciliter les démarches de la tutrice d'un usager pour obtenir un transfert dans un centre hospitalier de la région de Montréal.
- ⇒ **Intervention** de la commissaire afin d'orienter les démarches des intervenants du secteur médico-légal qui considèrent inacceptable le fait qu'un usager ayant un statut de prévenu et hospitalisé en traitement à l'Institut, voit son chèque d'aide sociale diminué en raison d'un règlement dans l'application de la Loi sur l'aide aux personnes et aux familles. Cette situation prive l'usager d'un revenu suffisant pour payer son loyer durant l'hospitalisation. Plusieurs se retrouvent ainsi sans domicile par la suite et doivent demeurer à l'Institut en attente d'un nouveau lieu d'hébergement.
- ⇒ **Intervention** de la commissaire afin que soit respectée la volonté de l'usager concernant le choix de son milieu de vie.

## 6) Recommandations

Au cours de l'année, un total de 29 recommandations ont été émises dont 3 par le médecin examinateur.

**Tableau 14**  
**Recommandations pour l'année 2010-2011**

<b>Auteur</b>	<b>CHSP</b>	<b>CHSLD</b>	<b>TOTAL</b>
Commissaire locale	23	3	26
Médecin examinateur	3	0	3
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>3</b>	<b>29</b>

Les tableaux suivants présentent le détail de ces recommandations et leur suivi. Il est à noter que 9 recommandations concernent le même événement soit la plainte d'isolement abusif de 1200 heures.

Mesures recommandées (CHSP)	Suivi
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Respecter la volonté de l'utilisateur concernant le choix de son milieu de vie.</li> <li>2. Offrir à l'intervenant concerné une formation sur l'intervention en situation de crise</li> <li>3. Intervenir auprès du CDQ afin que soit traitée la plainte logée par une usagère de l'Institut.</li> <li>4. Rappeler aux intervenants du secteur concerné les mesures de sécurité à mettre en place lors de la remise des médicaments au moment du départ des usagers.</li> <li>5. Rappeler à l'employé visé son obligation d'utiliser un langage respectueux envers les usagers.</li> <li>6. Rappeler au personnel du secteur des prélèvements leur obligation de confidentialité lorsqu'ils communiquent avec un tiers.</li> <li>7. Organiser une rencontre avec l'utilisateur, l'équipe traitante, le curateur délégué et le représentant du CAAP.</li> <li>8. Remettre à la famille le « guide d'information pour les familles et les proches » (programme des troubles affectifs).</li> </ol>	<p>Complété le 31 mars 2011.</p> <p>Complété le 23 mars 2011.</p> <p>Complété le 7 février.</p> <p>Complété le 25 janvier 2011.</p> <p>Complété le 6 janvier 2011.</p> <p>Complété le 15 novembre 2010.</p> <p>Complété le 3 novembre 2010.</p> <p>Complété le 31 mai 2010.</p>
<p>Les 4 prochaines recommandations concernent le même événement :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Évaluer la pertinence de changer le lit de métal dans la salle d'isolement de l'unité concerné.</li> <li>10. S'assurer de la continuité de soins et de services lors du transfert d'un usager sur une autre unité.</li> <li>11. S'assurer de l'actualisation du programme de prévention des agressions à l'unité concernée.</li> <li>12. Faire un rappel aux gestionnaires de leur obligation d'assurer un suivi post-événement lors d'une agression majeure.</li> </ol>	<p>Complété le 1<sup>er</sup> octobre 2010.</p> <p>Complété le 17 septembre 2010.</p> <p>Étape 1 réalisée le 31 mars 2011.</p> <p>Complété le 17 septembre 2010.</p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>13. Adapter le règlement sur le tabac pour la clientèle hospitalisée à l'Institut. Recommandation d'émettre 2 avertissements écrits avant la contravention.</li> <li>14. Rappeler à l'employé visé, son obligation de se conformer au code d'éthique de l'établissement.</li> <li>15. Donner un délai de 2 mois pour le paiement de la cotisation et envoyer un rappel une semaine avant la date butoir (M.E.)*</li> <li>16. Idem (M.E.)*</li> </ol>	<p>Complété le 7 décembre 2010.</p> <p>Complété le 21 mai 2010.</p> <p>Complété le 28 mai 2010.</p> <p>Complété le 28 mai 2010.</p>

\*M.E. : Médecin examinateur

Mesures recommandées (CHSP)	Suivi
<p>N.B. : Les 9 prochaines recommandations concernent la plainte d'isolement abusif (1200 heures)</p> <p>17. Relocaliser l'usager sur une autre unité.</p> <p>18. Changer de médecin.</p> <p>19. Réaménager les lieux physiques.</p> <p>20. Se conformer à l'application du règlement sur l'isolement et la contention (mesure exceptionnelle, consentement de l'usager).</p> <p>21. Revoir l'utilisation du système des passes pour les droits de sortie.</p> <p>22. Actualiser le plan d'action en lien avec la réorganisation des soins et du travail dans ce secteur.</p> <p>23. Promouvoir le travail en interdisciplinarité</p> <p>24. Actualiser le plan de formation et le programme de prévention des agressions.</p> <p>25. Revoir la gestion des alarmes/isolement dans le système informatisé S.I.U.</p>	<p>Complété le 13 mai 2010.</p> <p>Complété le 12 mai 2010.</p> <p>Aménagement temporaire, (Complété le 17 décembre 2010)</p> <p>Complété le 6 et 7 juillet 2010.</p> <p>Comité mis en place le 14 décembre 2010.</p> <p>En cours.</p> <p>En cours.</p> <p>En cours.</p> <p>Complété le 15 février 2011.</p>
<p>26. Transmettre la plainte au comité de discipline du CMDP (M.E.)*</p>	<p>Transmise le 12 juillet 2010.</p>

\*M.E. : Médecin examinateur

<b>Mesures recommandées (CHSLD)</b>	<b>Suivi</b>
1- Suspendre temporairement les sorties de l'utilisateur. 2- Suspendre temporairement les sorties de l'utilisateur. 3- Suspendre temporairement les sorties de l'utilisateur.	Complété le 1 <sup>er</sup> février 2011.  Complété le 29 novembre 2010.  Complété le 26 avril 2010.

## **7) Demandes de révision**

### **7.1) Protecteur du citoyen**

Lorsque le plaignant n'est pas satisfait des conclusions émises par la commissaire locale suite au traitement de sa plainte, il peut faire appel en deuxième instance auprès du Protecteur du citoyen qui effectuera une révision de l'examen de sa plainte.

Au cours de la dernière année, aucune plainte n'a fait l'objet d'une demande de révision auprès du Protecteur du citoyen.

### **7.2) Comité de révision**

En ce qui a trait aux plaintes traitées par le médecin examinateur, le droit de recours est différent. L'utilisateur insatisfait doit s'adresser au comité de révision, formé de trois membres nommés par le conseil d'administration de l'établissement. Le président du comité est nommé parmi les membres élus ou cooptés du conseil d'administration, alors que les deux autres sont nommés parmi les membres du conseil des médecins, dentistes ou pharmaciens (C.M.D.P.)

Aucune plainte n'a été dirigée vers le comité de révision pour la présente année.

## **Deuxième partie**

### **Amélioration de la qualité des services**

---

## Deuxième partie

### Amélioration de la qualité des services

Cette section traite des actions posées par la commissaire locale dans le but d'améliorer la qualité des soins et services aux usagers.

#### 1) Promotion du code d'éthique

---

Parmi les fonctions de la commissaire locale, telles que décrites à l'article 33 de la LSSSS, on retrouve celle de « diffuser l'information sur les droits et les obligations des usagers et sur le code d'éthique ». Voici ce qui a été fait à ce titre en 2010-2011.

Le 13 octobre 2010, le conseil d'administration de l'Institut adoptait un nouveau code d'éthique élaboré par le comité d'éthique clinique sous la présidence de la docteure Marie-Luce Quintal. Ce nouveau code d'éthique, qui prend appui sur les énoncés de mission de vision et de valeurs adoptés par l'Institut en 2009, a valu à ses auteurs un prix MENTION lors de la soirée reconnaissance « Fiers de notre savoir-faire 2011 », pour son originalité et son contenu inspirant et motivant.

En suivi de cette première étape, un comité de promotion du code d'éthique a été mis en place afin de planifier la diffusion de cette version renouvelée auprès des usagers et des employés.

La commissaire locale a été invitée à se joindre à ce comité dont le mandat a été confié au service des communications de l'Institut. Plusieurs rencontres ont eu lieu afin d'élaborer diverses stratégies pouvant faciliter la diffusion du code d'éthique. Voici quelques-uns des éléments qui ont été retenus et mis en place :

- Un sac recyclable, à l'effigie du nouveau code d'éthique, remis à chaque employé lors de la fête du Nouvel An, accompagné d'un mot du directeur général;
- Des affiches promotionnelles visant à annoncer les 2 activités entourant le lancement officiel soit une présentation à l'ensemble des employés le 26 janvier 2011 et une journée de l'éthique le 3 mai 2011;
- Une présentation power-point;
- Un article dans le journal « En-tête »;
- Des stylos promotionnels;
- Des signets à l'effigie du code d'éthique;

De plus, la commissaire a débuté une tournée de visites sur chacune des unités de soins, dans le but de présenter aux employés et aux usagers cette nouvelle version du code d'éthique. Chaque présentation est suivie d'une discussion portant sur des situations du quotidien vécues par le personnel. Cette façon de procéder permet d'établir des liens avec les 3 concepts fondamentaux du code d'éthique, le CROIRE, FAIRE ET VISER ainsi qu'avec la philosophie du rétablissement. La rencontre dure au total environ une heure. Cette tournée des unités n'est pas terminée et se poursuivra au cours de l'année 2011-2012.

La commissaire a également rencontré tous les nouveaux employés lors des journées d'intégration afin de leur présenter le code d'éthique. Au total, une cinquantaine d'employés ont été rencontrés lors de ces journées.

## **2) Politique sur l'expression de la sexualité des usagers**

### **2.1 Nouveau rattachement hiérarchique du comité de consultation**

Comme son nom l'indique, le comité de consultation en soutien à l'application de la politique sur l'expression de la sexualité des usagers, avait été mis sur pied en 2005 par la commissaire locale afin de soutenir les équipes dans l'application de cette politique. Cinq années se sont écoulées depuis et la pertinence de maintenir ce comité, s'est avérée encore actuelle en 2010.

Toutefois, le mandat du comité s'étant élargi avec l'élaboration des avis sexologiques, il devenait impératif de confier la responsabilité de ce comité à une autre personne, afin de préserver la neutralité et l'indépendance de la commissaire locale. La direction des soins et services cliniques a donc accepté de chapeauter ce comité et en a confié la responsabilité en septembre 2010 à monsieur Karl Johnson, psychologue et agent de programmation. Le comité s'est réuni à 8 reprises au cours de l'année. La commissaire a été invitée à chacune des réunions du comité à titre de personne ressource. Elle a également complété les ententes de formation déjà conclues avec l'Institut Douglas et le CSSS de Charlevoix.

## 2.2 Réponses aux demandes de formation

⇒ Demande provenant de l'institut Douglas

Les membres du « comité sexualité » de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas de Montréal, ont sollicité l'expertise de notre établissement au printemps 2010, afin de soutenir leur propre démarche d'élaboration d'une politique sur l'expression de la sexualité des usagers. Trois actions concrètes dirigées par la commissaire locale ont permis de répondre à cette demande :

- Une visio-conférence entre l'équipe du Douglas et le comité de consultation de l'institut le 30 juin 2010;
- Deux conférences données par Dominique Harvey et Nicole Gagnon, le 2 novembre 2010 à l'Institut Douglas de Montréal;
- Le partage des outils développés par le comité de consultation, dont le Manuel d'éducation psychosexuelle et le modèle d'avis sexologique;

⇒ Demande provenant du CSSS de Charlevoix

Le président du comité d'éthique clinique du CSSS de Charlevoix a également sollicité l'expertise de l'Institut pour la mise en place d'une politique similaire dans son établissement. Une rencontre a eu lieu le 24 janvier 2011 avec la commissaire locale, afin de présenter l'ensemble de la démarche d'élaboration ayant mené à la politique actuelle de l'Institut.

## 2.3 Prix MENTION

Les membres du comité de consultation ont reçu un prix MENTION, lors de la soirée de reconnaissance « Fiers de notre savoir-faire », organisée par l'Institut le 18 mai 2010. Le groupe a reçu ce prix dans la catégorie « Qualité des soins et services aux usagers ».

## 3) Portail WEB de l'Agence

---

La commissaire a participé à un groupe de travail mis en place par le commissaire régional de l'Agence de santé et des services sociaux de la Capitale nationale, afin de valider le contenu de la section « plainte » du projet de Portail du réseau de la santé et des services sociaux.

#### **4) Changement de locaux**

---

Depuis le 7 janvier 2011, les bureaux de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services sont situés au J-9000.

Cette nouvelle localisation plus centrale a permis de regrouper au sein d'un même secteur, le secrétariat, la salle d'attente ainsi que le bureau du médecin examinateur et celui de la commissaire locale.

#### **5) Participation aux différents comités**

---

La participation de la commissaire locale s'est poursuivie également au sein des comités suivants :

- \_ Comité de suivi sur l'isolement et la contention;
- \_ Comité des activités et des équipes de la qualité et de la gestion des risques;
- \_ Comité de vigilance et de la qualité;
- \_ Table de concertation régionale des commissaires locaux;
- \_ Rencontre ad hoc avec les membres du comité des usagers le 28 janvier 2011 afin d'aborder différents thèmes dont la diffusion du code d'éthique et la promotion des droits des usagers;

#### **6) Rapport au conseil d'administration**

---

Tel que stipulé dans le règlement interne de l'établissement la commissaire locale a présenté un rapport périodique aux membres du conseil d'administration réunis en séance régulière. Ces présentations ont eu lieu en mai, septembre, novembre, janvier et mars.

Le contenu de ces rapports faisait état des principaux dossiers en cours ainsi que des conclusions motivées et des recommandations de la commissaire suite à l'examen d'une plainte ou à une intervention.

## **Troisième partie**

### **Rapport annuel du médecin examinateur**

---

## **Troisième partie**

### **Rapport annuel du médecin examinateur**

#### **Rapport annuel du médecin examinateur**

**Pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2010 au 31 mars 2011**

**Docteur Gilles Gauthier, médecin examinateur**

Pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2010 au 31 mars 2011, un total de sept plaintes me furent transmises par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, M<sup>me</sup> Nicole Gagnon.

Une plainte fut retirée par le plaignant en cours d'examen. Une autre est actuellement devant le comité de discipline du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, en attente d'une décision.

L'une de ces plaintes fut traitée par un autre médecin examinateur car il y aurait eu apparence de conflit d'intérêt de ma part. Deux plaintes concernaient un retard pour le paiement des cotisations au CMDP, des modifications furent proposées à l'article 7-8 des règlements du CMDP.

Une autre plainte était reliée à un retard pour la fermeture d'un dossier médical et finalement la septième plainte concernait une insatisfaction d'une patiente envers son médecin.

Bien à vous,

Gilles Gauthier, m.d.  
Médecin examinateur

/glp

Le 11 avril 2011

## Conclusion

---

Le rapport annuel de la commissaire locale pour l'année 2010-2011 trace le portrait de l'application de la procédure d'examen des plaintes de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (Institut).

Cette année contrairement à la tendance observée au cours des dernières années, on note une diminution significative du nombre de dossiers traités. Cette diminution est observable dans chacune des catégories de motifs de plainte, mais elle est plus marquée au niveau des relations interpersonnelles. Toutefois, un événement malheureux est venu assombrir cette nouvelle tendance : celui de l'isolement abusif d'un usager. Cette onde de choc a une fois de plus secoué l'établissement. Bien que des mesures aient été prises rapidement pour corriger la situation, l'événement a créé un climat d'incertitude. Il est évident que la notion de dangerosité peut parfois interférer dans le processus thérapeutique. Des mécanismes sont prévus à ce moment afin d'assurer la protection et la sécurité des usagers. Toutefois ces mécanismes demandent à être utilisés avec prudence car ils peuvent entraîner pour l'usager la perte temporaire de ses droits, comme par exemple lorsqu'un juge de la Cour Supérieure émet une ordonnance de traitement ou encore une ordonnance de détention pour examen psychiatrique.

D'autres situations peuvent également survenir et porter atteinte aux droits fondamentaux, comme par exemple le recours à la procédure de fouille lorsqu'un usager est soupçonné de camoufler de la drogue, ou encore le recours à la gestion partielle de son argent, même en l'absence d'un régime de protection, lorsqu'il dilapide ses biens, ou encore le recours à l'isolement ou à la contention lorsqu'il représente un danger pour lui-même ou pour autrui. Toutes ces situations peuvent constituer des risques d'abus lorsque la décision d'appliquer une telle mesure repose sur le jugement clinique d'une seule personne. Le travail en interdisciplinarité devient alors pour les intervenants, un élément incontournable pour assurer la qualité des soins et services aux usagers particulièrement dans un Institut universitaire en santé mentale.

La diffusion du nouveau code d'éthique a constitué pour la commissaire locale un moyen de se rapprocher des équipes traitantes afin d'agir sur le climat d'incertitude tout en poursuivant la promotion des droits des usagers.

Ce nouveau code d'éthique, en parfaite cohérence avec la mission et les valeurs de l'Institut, propose un cadre de référence bien adapté à la clientèle de notre établissement.

On y retrouve, en plus des droits et responsabilités des usagers, les croyances fondamentales sur lesquelles repose la philosophie du rétablissement (CROIRE), les façons idéales d'être en relation avec la clientèle (FAIRE) et les buts ultimes à poursuivre (VISER).

La commissaire locale tient à remercier en terminant tous ceux et celles qui ont collaboré de près ou de loin au règlement harmonieux des plaintes et à l'amélioration de la qualité des soins et services aux usagers. Ce partenariat, indispensable à l'analyse et à l'évaluation de chaque dossier de plainte, demeure un outil précieux dans la recherche de solutions et la mise en place de mesures correctives. Ce partage d'expertise au service de la qualité témoigne sans contredit de l'esprit d'équipe et de la recherche de l'excellence qui animent encore le milieu malgré tous les bouleversements.

## ANNEXE 1

<b>TABLEAU SYNTHÈSE 2010-2011</b>
---------------------------------------

	Plaintes en voie de traitement au début de l'exercice	Plaintes reçues durant l'exercice		Plaintes et motifs de plaintes conclus durant l'exercice	Plaintes en voie de traitement à la fin de l'exercice
Commissaire locale	3	133	136	133 plaintes	3
				143 motifs	
Médecin examinateur	1	7	8	7 plaintes	1
				7 motifs	
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>140</b>	<b>144</b>	<b>140 plaintes</b>	<b>4</b>
				<b>150 motifs *</b>	

\* Une plainte peut comporter plus d'un motif de plaintes

Motifs de plaintes		Niveau de traitement des motifs de plaintes	
Soins et services dispensés	73	Rejeté sur examen sommaire	35
Relations interpersonnelles	32	Abandonné par l'utilisateur	15
Organisation du milieu et ressources matérielles	27	Traitement refusé	1
Accessibilité et continuité	4	Traitement complété sans recommandation	81
Aspect financier	4	Traitement complété avec recommandation	18
Droits particuliers	10		
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>Total</b>	<b>150</b>

*Demande de révision au Protecteur du citoyen : 0*

Délai de traitement des plaintes		Consultations, assistances et interventions	
Moins de 3 jours	84	Consultations :	70
4 à 15 jours	26	Assistances :	38
16 à 30 jours	20	Interventions :	27
31 à 45 jours	4		
46 jours à 60 jours	3		
61 à 90 jours	2		
91 à 180 jours	1		
181 jours et plus	0		
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>Total</b>	<b>135</b>

Recommandations émises en 2009-2010	
Commissaire locale	26
Médecin examinateur	3
<b>Total</b>	<b>29</b>

## ANNEXE 2

### LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau 1</b>	Tableau comparatif des dossiers traités .....	9
<b>Tableau 2</b>	Répartition des dossiers traités en 2010-2011 .....	10
<b>Tableau 3</b>	Tableau synthèse des plaintes et objets de plaintes reçus et conclus .....	11
<b>Tableau 4</b>	Mode dépôt .....	11
<b>Tableau 5</b>	Auteur des plaintes traitées par la commissaire locale .....	12
<b>Tableau 6</b>	Auteur des plaintes traitées par le médecin examinateur .....	12
<b>Tableau 7</b>	Délai d'examen.....	13
<b>Tableau 8</b>	Motifs de plaintes .....	14
<b>Tableau 9</b>	Répartition des motifs de plaintes par catégorie 2008 à 2011 .....	14
<b>Tableau 10</b>	Niveau de traitement .....	17
<b>Tableau 11</b>	Niveau de traitement, comparatif commissaire local et médecin examinateur .....	18
<b>Tableau 12</b>	Assistances et consultations .....	18
<b>Tableau 13</b>	Motifs de demandes d'assistances .....	19
<b>Tableau 14</b>	Recommandations pour l'année 2010-2011. ....	24

## ANNEXE 3

### Liste des sigles utilisés

SIGLES UTILISÉS	DÉFINITION
<b>C.D.Q.</b>	Centre de détention du Québec
<b>CHSLD</b>	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
<b>CHSP</b>	Centre hospitalier de soins psychiatriques
<b>CSSS</b>	Centre de santé et de services sociaux
<b>CMDP</b>	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
<b>DSPH</b>	Direction des services professionnels et hospitaliers
<b>INSTITUT</b>	Institut universitaire en santé mentale de Québec
<b>LSSSS</b>	Loi sur la santé et les services sociaux
<b>O.I.I.Q.</b>	Ordre des infirmiers et infirmières du Québec
<b>O.P.H.Q.</b>	Office des personnes handicapées du Québec
<b>RNI</b>	Ressource non institutionnelle
<b>SAAQ</b>	Société d'assurance automobile du Québec
<b>SIGPAQS</b>	Système d'information sur la gestion des plaintes et l'amélioration de la qualité des services