



Ordre du jour – séance régulière

Conseil d'administration d'établissements (CAE)
du CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Le 27 novembre, de 15 h à 18 h

Salle Frances-Whittle (1629), Édifice Norton
461, rue Argyll, Sherbrooke (Québec) J1J 3H5

Horaire	Sujets	Doc J ou SP
15 h (5 min)	1. Ouverture de la séance, mot de bienvenue du PDG et de la présidente et constatation des présences <i>Stéphane Tremblay et Jocelyne Faucher</i>	
15 h 05 (5 min)	2. Lecture et adoption de l'ordre du jour <i>Jocelyne Faucher</i>	
	3. Déclaration d'intérêts en regard des membres du CAE <i>Jocelyne Faucher</i>	
15 h 10 5 min	4. Informations du PDG <i>Stéphane Tremblay</i>	
15 h 15 (30 min)	5. Période de questions du public	
15 h 45 (5 min)	6. Lecture, approbation et suivis de procès-verbaux 6.1. Séance spéciale du 29 septembre 2025 6.2. Séance spéciale du 17 octobre 2025 6.3. Séance spéciale du 11 novembre 2025	Doc J Doc J Doc J
15 h 50 (15 min)	7. Informations des comités et instances du CAE et du PDG <i>Stéphane Tremblay</i> 7.1. Comité sur la mission universitaire (CMU) 7.2. Comité sur la gouvernance de proximité (RLS) (CGP) 7.3. Comité vigilance qualité (CVQ)	
16 h 05 (20 min)	8. Retour sur la journée des présidents de CAE du 6 novembre 2025 <i>Jocelyne Faucher</i>	
16 h 25 (15 min)	Pause	
16 h 40 (30 min)	9. Cycle de gestion <i>Stéphane Tremblay</i>	SP
17 h 10 (15 min)	10. Présentation du Rapport de la Commissaire aux plaintes et médecins examinateurs <i>Sophie Brisson, Commissaire aux plaintes et à la qualité des services</i>	Doc J
17 h 25	Clôture de la séance publique <i>Jocelyne Faucher</i>	
17 h 25 (30 min)	1. Communications internes du CAE <i>Jocelyne Faucher</i>	
17 h 55 (5 min)	2. Prochaine séance et clôture de la rencontre <i>Jocelyne Faucher</i>	

Projet de procès-verbal – Rencontre spéciale du Conseil d'administration d'établissement (CAE)

Date : Le 29 septembre 2025, de 10 h à 11 h

Lieu : Teams

Présences		
Frank Béraud, administrateur	André Forest, vice-président	Hélène Sirvent, administratrice
Simon Bérubé, administrateur	Alexandre Genest, administrateur	Karine Therrien, administratrice
Diane Blais, administratrice	Hugues Grimard, administrateur	Stéphane Tremblay, président-directeur général
Julie Bourdon, administratrice	Magalie Héroux, administratrice	Luc Vachon, administrateur
Martin Clermont, administrateur	Nathalie Pelletier, administratrice	
Lucie Delisle, administratrice	Marc Quessy, administrateur	

Absences motivées		
Chloé Corbeil-Smith, administratrice	Jocelyne Faucher, présidente	Jean-Pierre Perreault, administrateur

Absences non-motivées		
Aucune		

Sujets	Suivi/État
1. Ouverture de la séance, mot de bienvenue du PDG et de la présidente intérimaire et constatation des présences	Complété
<p>Le Dr Tremblay souhaite la bienvenue aux membres et indique qu'il reviendra en fin de rencontre pour partager certaines informations d'actualité.</p> <p>Le vice-président, M. Forest, informe de l'absence de la présidente, Mme Faucher, et remercie les membres présents pour leur participation.</p>	
2. Plan d'établissement	Complété
<p>Mme Lyne Jutras, directrice à la Direction de la qualité, de l'éthique, de la performance et du partenariat (DQEPP), présente le plan d'établissement en vue de son dépôt imminent au siège social. Elle répond aux questions des membres.</p> <p>À l'issue des échanges, les membres se déclarent favorables au dépôt du plan d'établissement tel que présenté.</p>	
3. Sujets d'actualité	Complété
<p>Le Dr Tremblay profite de la rencontre pour informer les membres des points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Projet de loi 2 concernant la rémunération des médecins. - Problème électrique à l'Hôpital de Granby. - Rapport de la coroner Géhane Kamel. 	
4. Clôture de la séance	Complété
La séance spéciale est levée.	

Projet de procès-verbal – Rencontre spéciale du Conseil d'administration d'établissement (CAE)

Date : Le 17 octobre 2025, de 10 h à 12 h

Lieu : Teams

Présences		
Frank Béraud, administrateur	Jocelyne Faucher, présidente	Hélène Sirvent, administratrice
Simon Bérubé, administrateur	André Forest, vice-président	Karine Therrien, administratrice
Diane Blais, administratrice	Alexandre Genest, administrateur	Stéphane Tremblay, président-directeur général
Julie Bourdon, administratrice	Hugues Grimard, administrateur	Luc Vachon, administrateur
Martin Clermont, administrateur	Magalie Héroux, administratrice	Hélène Sirvent, administratrice
Chloé Corbeil-Smith, administratrice	Nathalie Pelletier, administratrice	
Lucie Delisle, administratrice	Marc Quessy, administrateur	

Absences motivées		
Jean-Pierre Perreault, administrateur		

Absences non-motivées		
Aucune		

Sujets	Suivi/État
1. Ouverture de la rencontre	Complété
<p>1.1. Adoption de l'ordre du jour La présidente, Mme Faucher, souhaite la bienvenue aux membres et les remercie pour leur participation. L'ordre du jour est lu et adopté.</p> <p>1.2. Adoption du dernier compte rendu Le compte rendu de la séance d'accueil du 29 août 2025 est adopté.</p> <p>1.3. Retour sur la documentation transmise Un retour est fait quant à l'importance de prendre connaissance de la documentation transmise par courriel le 15 septembre 2025 et à ne pas hésiter à transmettre les questionnements à Sophie Gagnon.</p>	
2. Retour sur la formation – Capsule 1	Complété
Dr Tremblay revient sur la formation capsule 1 de Santé Québec qui s'est tenue, pour le réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux (RUISSS) de l'Université de Sherbrooke, le 9 octobre 2025 afin de répondre aux questionnements des membres.	
<p>3. Comités du CAE</p> <p>3.1. Comité de vigilance et de la qualité (CVQ) M. André Forest présente le mandat, les modalités de fonctionnement ainsi que la composition du CVQ, qu'il préside depuis plusieurs années. Il répond aux questions des membres.</p> <p>Considérant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la recommandation des membres du CVQ de reconduire le mandat de la présidence; • les informations transmises lors de cette séance; • l'expérience de M. Forest à ce titre; <p>Il est résolu, sur proposition dûment appuyée: D'adopter la reconduction du mandat de M. André Forest à titre de président du Comité de vigilance et de qualité (CVQ).</p>	Complété

Sujets	Suivi/État
<p>3.2. Comité sur la mission universitaire (CMU)</p> <p>Mme Faucher présente le mandat proposé pour le CMU et souligne sa pertinence en lien avec le rôle du CAE. Dans l'éventualité où le CAE décide de mettre sur pied ce comité, celui-ci devra actualiser son mandat afin de l'harmoniser avec la politique sur la mission universitaire. Il est également souhaité que la notion d'enseignement supérieur y soit intégrée.</p> <p>Considérant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la présentation du mandat; • les discussions tenues quant à sa pertinence. <p>Il est résolu, sur proposition dûment appuyée; D'adopter la mise sur pied du Comité sur la mission universitaire (CMU).</p>	
<p>3.3. Comité sur la gouvernance de proximité (CGP-RLS)</p> <p>Mme Faucher présente la proposition de création du CGP-RLS, dont l'objectif est de mieux connaître les neuf réseaux locaux de services (RLS), de prendre connaissance des ententes avec les partenaires afin d'améliorer la santé des citoyens, et de développer une feuille de route par RLS. Le comité souhaite également réaliser un bilan avec les partenaires et assurer la reddition de comptes au CAE, conformément à son rôle d'aviseur.</p> <p>Considérant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la pertinence de mettre sur pied un comité favorisant la compréhension des réalités locales et la gouvernance de proximité; • les objectifs présentés, soit la connaissance des RLS, l'amélioration des partenariats et la reddition au CAE; <p>Il est résolu, sur proposition dûment appuyée; D'adopter la création du Comité sur la gouvernance de proximité (CGP-RLS).</p>	

Sujets	Suivi/État
4. Nomination des membres participatifs aux comités	Complété
<p>4.1. Comité de vigilance et de la qualité (CVQ)</p> <p>Considérant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'obligation pour le CAE de constituer un comité de vigilance et de la qualité conformément à l'article 155 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS); • la composition prévue à l'article 157 de la LSSSS; • les discussions tenues quant à la nomination des membres; <p>Il est résolu, sur proposition dûment appuyée;</p> <p>D'adopter la composition du Comité de vigilance et de la qualité (CVQ) comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mme Sophie Brisson, Commissaire aux plaintes et à la qualité; ▪ Mme Diane Blais, membre du CAE; ▪ M. André Forest, président du CVQ et vice-président du CAE; ▪ Mme Jocelyne Faucher, présidente du CAE; ▪ M. Stéphane Tremblay, président-directeur général; ▪ Mme Lucie Delisle, membre du CAE. <p>4.2. Comité sur la mission universitaire (CMU)</p> <p>Considérant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la décision du CAE de mettre sur pied un comité sur la mission universitaire; • l'importance de ce comité pour soutenir le rôle d'aviseur du CAE et assurer la cohérence avec la politique sur la mission universitaire; • la nomination annuelle des membres par le CAE et l'obligation de présenter un rapport annuel au CAE ; <p>Il est résolu, sur proposition dûment appuyée;</p> <p>D'adopter la composition du Comité sur la mission universitaire (CMU) comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ M. Frank Béraud, membre du CAE ; ▪ M. Jean-Pierre Perreault, membre du CAE ; 	

Sujets	Suivi/État
<ul style="list-style-type: none"> ▪ M. Luc Vachon, membre du CAE ; ▪ M. Alexandre Genest, membre du CAE ; ▪ Mme Julie Bourdon, membre du CAE. <p>4.3. Comité sur la gouvernance de proximité (RLS) (CGP)</p> <p>Considérant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la décision du CAE d'autoriser la création du Comité de gouvernance de proximité (CGP-RLS) afin de mieux connaître les réalités des neuf RLS, de favoriser la collaboration avec les partenaires et d'assurer la reddition de comptes au CAE; • la composition prévue, soit le PDG ou son délégué, neuf représentants des RLS et quatre membres désignés (usagers, élu municipal, expert qualité, expert santé publique); • les discussions tenues quant à la nomination des membres du CAE au sein de ce comité; <p>Il est résolu, sur proposition dûment appuyée;</p> <p>D'adopter la composition des membres du CAE au Comité de gouvernance de proximité (CGP-RLS) comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ M. Marc Quessy, membre du CAE ; ▪ Mme Chloé Corbeil-Smith, membre du CAE ; ▪ Mme Nathalie Pelletier, membre du CAE. <p>Les membres nommés à ces trois comités seront contactés afin de planifier la première rencontre. Celle-ci permettra d'amorcer les discussions sur les mandats et les modalités de fonctionnement, de convenir de la présidence et, au besoin, de déterminer les membres supplémentaires à désigner.</p>	
<p>5. Comité de vigilance et de qualité</p> <p>M. André Forest résume les principaux points abordés lors de la dernière rencontre. Il mentionne les changements à venir avec Santé Québec, notamment le risque d'interventions à l'échelle nationale, et illustre ses propos par des exemples de situations traitées par le comité.</p>	Complété

Sujets	Suivi/État
6. Période de questions	Complété
<p>Les membres expriment leurs avis et posent leurs questions. Le Dr Tremblay porte également à leur attention les points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La situation du service obstétrique de Mégantic; • L'accueil de Mme Lesley Hill cet après-midi à l'installation jeunesse de Bowen, à Sherbrooke; • La remise des Prix Hippocrate. 	
7. Clôture de la rencontre	Complété
La séance spéciale est levée.	

Projet de procès-verbal – Rencontre spéciale du Conseil d'administration d'établissement (CAE)

Date : Le 11 novembre 2025, de 12 h 30 à 13 h

Lieu : Teams

Présences		
Frank Béraud, administrateur	Jocelyne Faucher, présidente	Marc Quessy, administrateur
Diane Blais, administratrice	André Forest, vice-président	Karine Therrien, administratrice
Julie Bourdon, administratrice	Alexandre Genest, administrateur	Stéphane Tremblay, président-directeur général
Chloé Corbeil-Smith, administratrice	Magalie Héroux, administratrice	Luc Vachon, administrateur
Martin Clermont, administrateur	Nathalie Pelletier, administratrice	

Absences motivées		
Simon Bérubé, administrateur	Lucie Delisle, administratrice	Hugues Grimard, administrateur
Jean-Pierre Perreault, administrateur	Hélène Sirvent, administratrice	

Absences non-motivées		
Aucune		

Sujets	Suivi/État
1. Ouverture de la séance, mot de bienvenue du PDG et de la présidente intérimaire et constatation des présences	Complété
Madame Faucher souhaite la bienvenue aux membres et les remercie pour leur participation.	
2. État de situation sur la Loi 2	Complété
Le Dr Tremblay présente le Dr Adam Frenette, directeur médical et des services professionnels (DMSP) du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Dr Frenette expose l'état de situation concernant la Loi 2, en soulignant les distinctions entre les médecins spécialistes en milieu hospitalier et les médecins de famille en pratique externe.	
3. Clôture de la séance	Complété
La séance spéciale est levée.	



2024 • 2025 **RAPPORT ANNUEL**

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

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Québec 

Production

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
(CIUSSS de l'Estrie – CHUS)

Coordination et rédaction
Sophie Brisson, commissaire aux plaintes
et à la qualité des services
Droit d'auteur © CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à condition de mentionner la source. Ce document est disponible sur le site Internet du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, à l'adresse suivante : santeestrie.qc.ca



**Les USAGERS
et les USAGÈRES
AU CŒUR DE
LEURS DROITS**

Présenté au président-directeur général du CIUSSS de l'Estrie - CHUS le 20 juin 2025

Sherbrooke, le 11 juin 2025

Madame Jocelyne Faucher
Présidente intérimaire
Conseil d'administration d'établissement

Madame la présidente,

J'ai l'honneur de vous présenter, en votre qualité de présidente, le rapport d'activités annuel 2024-2025 de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services (CIUSSS de l'Estrie - CHS de Santé Québec), pour l'exercice terminé le 31 mars 2025.

Je vous prie d'agrérer, Madame la présidente, l'assurance de ma haute considération.



Sophie Brisson
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services
CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Sherbrooke, le 11 juin 2025

Madame Martine Gosselin
Commissaire nationale aux plaintes et à la qualité des services
Santé Québec

Madame la Commissaire nationale,

J'ai l'honneur de vous présenter, en votre qualité de commissaire nationale, le rapport d'activités annuel 2024-2025 de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services (CIUSSS de l'Estrie- CHUS de Santé Québec), pour l'exercice terminé le 31 mars 2025.

Je vous prie d'agrérer, Madame la commissaire nationale, l'assurance de ma haute considération.



Sophie Brisson
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services
CIUSSS de l'Estrie – CHUS

TABLE DES MATIÈRES

MOT DE LA COMMISSAIRE / FAITS SAILLANTS.....	5
PRÉSENTATION DU COMMISSARIAT	12
PLAINTES	14
INTERVENTIONS	16
MOTIFS DE PLAINTES ET D'INTERVENTIONS.....	17
MESURES ET ORIENTATIONS	19
ASSISTANCES ET CONSULTATIONS.....	23
MALTRAITANCE.....	24
AUTRES ACTIVITÉS DE LA COMMISSAIRE	27
MÉDECIN EXAMINATEUR (TRICE).....	28
COMITÉ DE RÉVISION	32
CONSTATS ET RECOMMANDATIONS SYSTÉMIQUES	33
CONCLUSION	34
ANNEXE.....	35
- Liste des abréviations	
- Exemples de mesures	

RAPPORT ANNUEL SUR L'APPLICATION DE LA PROCÉDURE D'EXAMENS DES PLAINTES ET L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES

MOT DE LA COMMISSAIRE / FAITS SAILLANTS

Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS est l'établissement de santé le plus complet au Québec. Il assume toutes les missions prévues dans la loi. Il dispose également de plusieurs centres de recherche faisant de lui une des plus importantes forces de recherche au Québec. Presque 100 % des soins de santé et de services sociaux y sont effectivement offerts, de la conception aux soins de fin de vie, de la promotion/prévention aux soins spécialisés. Il compte sur des centaines de partenaires pour rencontrer les besoins en soins et services de santé de sa population. C'est dans ce vaste cadre que la fonction de commissaire aux plaintes et à la qualité des services est exercée.

À titre de Commissaire aux plaintes et à la qualité des services nommée pour le CIUSSS de l'Estrie - CHUS, nous souhaitons d'abord souligner l'excellent travail de toute l'équipe du Bureau des plaintes et de la qualité des services. Qu'il s'agisse des membres du personnel administratif, des commissaires adjointes et adjoints ou des médecins examinatrices et examinateurs, tous y œuvrent avec courage et engagement. Nous sommes vraiment très fières du travail accompli par l'ensemble de l'équipe et nous les en remercions chaleureusement.

Au cours de la dernière année, la *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux* a apporté plusieurs modifications au régime d'examen des plaintes. Certaines modifications sont substantielles alors que d'autres sont mineures. Ce qui demeure inchangé sont les fonctions de la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Dans une perspective de s'assurer du respect des droits et d'améliorer la qualité des soins et services, la Commissaire est responsable du traitement des plaintes à l'égard des services du système de santé et de services sociaux et de la réception des signalements de situations de maltraitance présumées à l'égard de personnes âgées ou majeures en situation de vulnérabilité.

En tout temps, la Commissaire doit demeurer indépendante dans l'exercice de ses fonctions. Cette indépendance est l'assise sur laquelle repose l'intégrité du régime d'examen des plaintes. Chaque plainte est traitée avec objectivité et neutralité afin d'en garantir un traitement juste et équitable. Nous veillons à nous protéger de toute forme d'ingérence ou d'instrumentalisation qui minerait la confiance du public à l'égard des services que nous offrons.

Par la présente, nous livrons les résultats de l'application du régime d'examen des plaintes pour l'année 2024-2025. Nous espérons que les personnes et organisations qui offrent des services de santé et des services sociaux en Estrie en prendront connaissance dans une perspective d'apprentissage et d'amélioration. Nous remercions toutes celles et ceux qui ont collaboré de manière transparente et diligente à l'examen de nos dossiers. Nous vous souhaitons une très bonne lecture.



Sophie Brisson
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

RAPPORT ANNUEL SUR L'APPLICATION DE LA PROCÉDURE D'EXAMENS DES PLAINTES ET L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES

DÉFINITIONS

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Statut et indépendance

La Commissaire aux plaintes et à la qualité des services (CPQS ou Commissaire) et les cinq commissaires adjoint(e)s aux plaintes et à la qualité des services (CAPQS) ont été nommés par le conseil d'administration (CA) du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Jusqu'au 1^{er} décembre 2024, la CPQS relevait de ce dernier. Depuis cette date, elle relève plutôt de la Commissaire nationale aux plaintes et à la qualité des services (CNPQS).

Les CAPQS exercent les fonctions que la CPQS leur délègue et agissent sous son autorité. Jusqu'au 1^{er} décembre 2024, il revenait au CA de prendre les mesures nécessaires pour préserver en tout temps l'indépendance de la CPQS ainsi que des CAPQS et du personnel agissant sous son autorité. Depuis cette date, le CA de Santé Québec doit prendre les mesures nécessaires pour préserver en tout temps l'indépendance de la CPQS ainsi que des personnes agissant sous son autorité.

À cette fin, le CA de Santé Québec doit notamment s'assurer que les commissaires exercent exclusivement les fonctions prévues à la présente partie et que les membres du personnel qui agissent sous leur autorité n'exercent aucune autre fonction au sein de Santé Québec ou d'un établissement regroupé ou pour un titulaire d'une autorisation ou un prestataire.

Fonctions

Depuis le 1^{er} décembre 2024, la Commissaire est responsable, envers la CNPQS, de l'exercice des fonctions lui incomptant. La Commissaire reçoit les plaintes formulées en vertu de l'article 671 de la LGSSSS à l'égard du CIUSSS de l'Estrie – CHUS ainsi que celles relatives à un titulaire d'une autorisation ou à un prestataire.

Elle est également responsable du traitement des signalements effectués dans le cadre de la politique de lutte contre la maltraitance adoptée en vertu de la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les personnes aînées et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité et, lorsque le signalement doit être traité par une autre instance, de diriger les personnes formulant ce signalement vers celle-ci.

En plus des plaintes et signalements concernant les installations du CIUSSS de l'Estrie – CHUS pour l'ensemble de ses missions, la compétence de la Commissaire s'étend aux plaintes et signalements à l'égard des services du domaine de la santé et des services sociaux qu'a pour fonction de fournir le titulaire d'une autorisation ou un autre prestataire auquel Santé Québec verse des sommes d'argent dont :

- les centres médicaux spécialisés (CMS) exploitant une entreprise consistant à offrir à une clientèle les services médicaux nécessaires pour effectuer une arthroplastie-prothèse de la hanche ou du genou, une extraction de la cataracte avec implantation d'une lentille intraoculaire ou tout autre traitement médical spécialisé déterminé par règlement de Santé Québec,
- les résidences privées pour aînés (RPA),
- les CHSLD privés,
- les ressources d'hébergement en dépendance (RHD),
- les résidences intermédiaires (RI),

RAPPORT ANNUEL SUR L'APPLICATION DE LA PROCÉDURE D'EXAMENS DES PLAINTES ET L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES

- les ressources de type familial (RTF),
- les organismes communautaires (OC).

La Commissaire reçoit également toute plainte à l'égard des activités de recherche du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

La Loi sur les services préhospitaliers d'urgence prévoit également que la Commissaire reçoit les plaintes à l'égard des services préhospitaliers d'urgence, comprenant le Centre de communication santé Estrie, les services de premiers répondants et les entreprises de transport ambulancier.

Médecin examinateur(trice)

Statut

Les médecins examinateurs et examinatrices, ci-après désigné(e)s « le médecin examinateur » ou « ME » ont été nommé(e)s par le CA du CIUSSS de l'Estrie. Jusqu'au 1^{er} décembre 2024, ils(elles) relevaient de lui. Depuis cette date, le médecin examinateur relève plutôt de la Commissaire nationale aux plaintes et à la qualité des services (CNPQS). Il est responsable envers elle de l'examen de toute plainte qui implique un contrôle ou une appréciation de la qualité des actes médicaux, dentaires ou pharmaceutiques ou des services de sages-femmes ou qui concerne autrement l'exercice par un(e) médecin, un(e) dentiste, un(e) pharmacien(ne) ou une sage-femme de sa profession. Il en est de même pour le(la) résident(e) en médecine.

Depuis le 1^{er} décembre 2024, le CA de Santé Québec doit prendre les mesures nécessaires pour préserver en tout temps l'indépendance du médecin examinateur dans l'exercice de ses fonctions. À cette fin, le CA doit notamment s'assurer que le médecin examinateur ne se trouve pas en situation de conflit d'intérêts dans l'exercice de ses fonctions en tenant compte, le cas échéant, des autres fonctions qu'il peut exercer au sein de l'établissement pour lequel il est nommé.

Fonctions

Le médecin examinateur reçoit les plaintes que lui transfère la Commissaire. Il rejette, sur examen sommaire, toute plainte qu'il juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi. Dans le cas contraire, il l'examine. S'il est d'avis que les faits justifiant la plainte peuvent constituer des motifs permettant de fonder une mesure disciplinaire, il met fin à son examen et transmet la plainte, pour étude à des fins disciplinaires, aux responsables disciplinaires de l'établissement public concerné ou, selon le cas, à l'instance ou à la personne disposant de l'autorité permettant de prendre des mesures disciplinaires au sein de l'établissement privé.

Types de dossiers

DOSSIER DE PLAINE

Examen entrepris après la réception d'une plainte formulée par une personne usagère ou son(sa) représentant(e) à l'égard des services de santé ou des services sociaux qu'elle a reçus, aurait dû recevoir, reçoit ou requiert, d'une plainte formulée par une personne ou son(sa) représentant(e) à l'égard des services du domaine de la santé et des services sociaux qu'elle a reçus, aurait dû recevoir, reçoit ou requiert ou d'une plainte formulée par la personne participant à un projet de recherche.

RAPPORT ANNUEL SUR L'APPLICATION DE LA PROCÉDURE D'EXAMENS DES PLAINTES ET L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES

Un examen pourrait également être entrepris suite à la réception de la plainte formulée par une autre personne, par exemple, celle exprimant une insatisfaction en sa qualité de proche.

DOSSIER D'INTERVENTION

Examen entrepris de l'initiative de la Commissaire lorsqu'en raison des faits portés à sa connaissance, elle a des motifs raisonnables de croire que les droits conférés par la LGSSS à une personne ou un groupe de personnes ne sont pas respectés.

Un tel examen est entrepris lorsque la CPQS reçoit un signalement dans le cadre de la politique de lutte contre la maltraitance adoptée en vertu de la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aîné(e)s et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité.

DOSSIER D'ASSISTANCE

Assistance offerte à la personne qui la demande pour la formulation de sa plainte ou pour toute démarche relative à sa plainte.

DOSSIER DE CONSULTATION

Avis partagé par la Commissaire, lorsqu'opportun, relativement à l'application du régime d'examen des plaintes ou au respect des droits des usagères et des usagers.

MOTIFS D'INSATISFACTIONS

Le « motif d'insatisfaction » représente l'objet sur lequel porte l'insatisfaction. Une plainte peut comporter plusieurs motifs d'insatisfactions. Par exemple, la personne usagère peut se plaindre à la fois du délai pour obtenir une consultation et de l'attitude d'un membre du personnel de l'établissement qui a interagi avec elle à cette occasion. Les motifs d'insatisfactions qui feront l'objet d'un examen seront respectivement « accessibilité » et « relations interpersonnelles ».

Les motifs d'insatisfactions sont regroupés en huit catégories, soit :

- Accessibilité,
- Aspect financier,
- Droits particuliers,
- Maltraitance,
- Organisation du milieu et ressources matérielles,
- Relations interpersonnelles,
- Soins et services dispensés,
- Autre.

TRAITEMENT NON COMPLÉTÉ OU COMPLÉTÉ

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

Le traitement complété d'un dossier peut donner lieu, ou non, à des mesures correctives ou à la recommandation de mesures d'amélioration.

RAPPORT ANNUEL SUR L'APPLICATION DE LA PROCÉDURE D'EXAMENS DES PLAINTES ET L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES

MESURES À PORTÉE INDIVIDUELLE OU SYSTÉMIQUE

Les mesures à portée individuelle permettent de corriger une situation concernant la personne insatisfaite. Les mesures à portée systémique permettent d'améliorer la qualité des services rendus ou d'assurer le respect des droits pour un ensemble de personnes.

Des exemples de mesures d'amélioration sont présentés en annexe.

DOSSIERS CONCLUS OU FERMÉS

Un dossier est « conclu » lorsque les conclusions ont été rendues à la personne ayant formulé ses insatisfactions. Un dossier est « fermé » lorsque les conclusions n'ont donné lieu à aucune mesure d'amélioration ou lorsque les mesures convenues ont été réalisées.

DEUXIÈME INSTANCE

La loi prévoit des dispositions permettant à la personne insatisfaite du traitement de sa plainte d'en demander la révision en deuxième instance. Ces instances sont différentes selon que la plainte a été traitée par la Commissaire ou le médecin examinateur.

▪ PROTECTEUR DU CITOYEN

La personne en désaccord avec la conclusion de la Commissaire ou n'ayant pas reçu de conclusion à l'expiration du délai prescrit (45 jours) peut s'adresser au Protecteur du citoyen. En deuxième instance, le Protecteur du citoyen reprend l'analyse de l'ensemble des insatisfactions exprimées à ce moment-là par la personne. Il peut formuler ses propres recommandations.

▪ COMITÉ DE RÉVISION

La personne en désaccord avec la conclusion du médecin examinateur ou n'ayant pas reçu de conclusion à l'expiration du délai prescrit (45 jours) peut s'adresser au CR. En deuxième instance, le CR révise le traitement accordé à sa plainte par le médecin examinateur. Le CR dispose de 60 jours pour s'assurer que l'examen de la plainte a été effectué de façon appropriée, diligemment et avec équité, et que les motifs des conclusions se fondent sur le respect des droits et des normes professionnelles. Notamment, il peut requérir du médecin examinateur qu'il effectue un complément d'examen dans un délai fixé et qu'il transmette de nouvelles conclusions.

Le(la) professionnel(le) visé(e) par la plainte peut, de la même manière, faire appel au CR. Ce comité est formé de trois personnes; l'une d'elles doit être membre indépendant du conseil d'administration d'établissement (CAE) et les deux autres doivent être nommées parmi les médecins, dentistes, pharmacien(ne)s ou sages-femmes qui exercent leur profession au sein du CIUSSS de l'Estrie - CHUS.

▪ COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

Le comité de vigilance et de la qualité (CVQ) est responsable principalement d'assurer, auprès du CAE du CIUSSS de l'Estrie - CHUS, le suivi des recommandations de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées et celles relatives aux signalements effectués dans le cadre de la politique de lutte contre la maltraitance adoptée en vertu de la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité. Le CVQ est également responsable du suivi des recommandations du Protecteur du citoyen. De plus, il doit de surveiller l'ensemble des activités des autres instances mises en place au sein de l'établissement pour exercer des responsabilités relatives à l'accessibilité aux services, à la pertinence, à la qualité, à la sécurité ou à l'efficacité des services rendus, au respect des

RAPPORT ANNUEL SUR L'APPLICATION DE LA PROCÉDURE D'EXAMENS DES PLAINTES ET L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES

droits des personnes usagères ou au traitement de leurs plaintes et d'assurer le suivi des recommandations de ces instances.

Depuis le 1^{er} décembre 2024, le CVQ n'est plus responsable de s'assurer que la Commissaire dispose des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires à l'exercice de ses fonctions. Cette responsabilité échoit au Comité national de vigilance et de la qualité (CNVQ). Le CVQ fait rapport au CNVQ, selon la périodicité que celui-ci détermine.

FAITS SAILLANTS

1248

PLAINTES conclues
par la COMMISSAIRE

189

PLAINTES conclues par
le MÉDECIN EXAMINATEUR

566

INTERVENTIONS conclues à la suite d'un signalement ou à la suite de faits observés
ou rapportés

1703

MESURES et RECOMMANDATIONS émises pour améliorer les soins et services

❖ dont **548** relatives à un motif de maltraitance

921

demandes d'ASSISTANCES des personnes usagères concernant l'accès aux soins et
services ou pour porter plainte

**RAPPORT ANNUEL SUR L'APPLICATION DE LA PROCÉDURE D'EXAMENS DES PLAINTES
ET L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES**

	2024-2025	2023-2024	
▼	2939	3037	Nombre de dossiers conclus
▲	1248	1223	Plaintes conclues en 1ère instance par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services
▲	94 %	84 %	Plaintes conclues dans les délais
▲	2228	2107	Motifs de plaintes
▲	971	880	Mesures d'amélioration
▼	176	338	<ul style="list-style-type: none"> • Mesures à portée individuelle
▲	795	542	<ul style="list-style-type: none"> • Mesures à portée systémique
▲	55	46	Plaintes transmises au 2e palier (Protecteur du citoyen)
=	1	1	Plaintes transmises pour étude à des fins disciplinaires
=	566	579	Interventions conclues
▲	919	780	Motifs d'interventions
=	582	582	Mesures d'amélioration
▼	270	346	<ul style="list-style-type: none"> • Mesures à portée individuelle
▲	312	236	<ul style="list-style-type: none"> • Mesures à portée systémique
▲	8	1	Interventions transmises pour étude à des fins disciplinaires
▼	921	996	Assistances
▼	15	24	Consultations
▼	189	215	Plaintes conclues en 1ère instance par le médecin examinateur
▲	69 %	65 %	Plaintes conclues dans les délais
▼	263	288	Motifs de plaintes
▲	150	98	Mesures
▲	53	47	<ul style="list-style-type: none"> • Mesures à portée individuelle
▲	97	51	<ul style="list-style-type: none"> • Mesures à portée systémique
▲	13	8	Plaintes transmises au 2e palier (comité de révision)
▼	1	3	Plaintes transmises au CMDP pour étude à des fins disciplinaires
	6	NA	Plaintes transmises au PDG

RAPPORT ANNUEL SUR L'APPLICATION DE LA PROCÉDURE D'EXAMENS DES PLAINTES ET L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES

PRÉSENTATION DU COMMISSARIAT

VALEURS

Ouverture et respect

Nous nous engageons à adopter une posture d'écoute permettant de comprendre la perspective de chacune des personnes. Nous nous engageons à entretenir des relations polies et courtoises avec toutes les personnes.

Indépendance, rigueur et équité

Nous nous engageons à préserver notre indépendance afin de permettre un traitement impartial des dossiers. Nos analyses et conclusions s'appuient sur les normes applicables. Nous ajustons nos pratiques pour assurer que toutes les personnes sont traitées de manière juste.

Imputabilité et respect de l'autonomie

Nous nous engageons à assumer pleinement nos responsabilités, tout en respectant l'exercice du libre arbitre des personnes usagères.

COMPOSITION DU BPQS

Mme Sophie Brisson, commissaire aux plaintes et à la qualité des services

5 commissaires adjoint(e)s aux plaintes et à la qualité des services :

M. Pablo Borja
M. Christian Gauthier
Mme Chantal Lessard

Mme Marie-Noëlle Charbonneau
Mme Émilie Guévin

7 médecins examinateur(trice)s :

Dre Annabelle Cumyn
Dr Paul Farand
Dr Marc-André Magalhaes-Grave
Dre Joanie Rinfret

Dr Frédéric D'Aragon
Dre Perrine Garde-Granger
Dre Anne Morisset

4 adjointes à la direction et 1 technicienne en administration :

Mme Sonia Bachand
Mme Sarah Girard
Mme Lisa Veilleux

Mme Manon Bégin
Mme Michèle Tronquet

RAPPORT ANNUEL SUR L'APPLICATION DE LA PROCÉDURE D'EXAMENS DES PLAINTES ET L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES

THÈMES DE L'ANNÉE

➤ DES SOINS DE RÉADAPTATION QUI RESPECTENT LES DROITS DES JEUNES EN DIFFICULTÉ QUI SONT HÉBERGÉ(E)S

Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux qui sont adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire. Pour les jeunes en difficulté hébergé(e)s, cela exige d'être encadré(e)s par des intervenant(e)s compétent(e)s qui les aident à développer des habiletés dans un environnement sécuritaire.

➤ DES RÉSIDENCES À ASSISTANCE CONTINUE QUI OFFRENT UN MILIEU D'HÉBERGEMENT SÉCURITAIRE

Dans une résidence à assistance continue (RAC), une intervention intensive et soutenue est offerte à des personnes vivant avec une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme. La sécurité est une valeur essentielle à l'intervention dans ce milieu puisque les personnes peuvent présenter des troubles graves du comportement qui mettent à risque leur intégrité et celle des autres. Elle concerne autant l'environnement physique que la prestation de soins et services elle-même.

➤ DU PERSONNEL FORMÉ POUR RÉPONDRE ADÉQUATEMENT AUX BESOINS DES USAGERS ET USAGÈRES

Le personnel soignant évolue dans un environnement complexe. Il doit connaître et appliquer de multiples normes, tant cliniques que légales, lesquelles peuvent changer dans le temps. Pour permettre d'offrir des soins et services de qualité, il importe de s'assurer que le personnel soignant est formé de manière continue afin de lui permettre de composer avec ces différentes normes.

➤ DES RÉSIDENCES PRIVÉES POUR AÎNÉ(E)S QUI RESPECTENT LES DROITS DES PERSONNES RÉSIDENTES

De différentes manières, la loi protège les personnes aînées qui vivent en résidence privée pour aîné(e)s (RPA). La personne résidante ou son(sa) représentant(e) peut se prévaloir de son droit de porter plainte relativement à la qualité des soins et services qui sont offerts par la résidence. De plus, des intervenant(e)s sont tenus de signaler à la commissaire aux plaintes et à la qualité des services toute situation potentielle de maltraitance envers une personne en situation de vulnérabilité résidant en RPA.

➤ DES PRATIQUES RESPECTUEUSES DE L'ÉQUITÉ, DE LA DIVERSITÉ ET DE L'INCLUSION DES PERSONNES

Qu'il s'agisse des usager(ère)s ou de leurs proches, il importe de traiter les personnes avec courtoisie et équité afin que toutes se sentent respectées, incluses et accueillies, peu importe leur genre, leur origine, leurs croyances, leur situation, etc. Dans le cas contraire, le régime d'examen des plaintes permet aux personnes de s'exprimer par rapport à ce qu'elles ont vécu.

RAPPORT ANNUEL SUR L'APPLICATION DE LA PROCÉDURE D'EXAMENS DES PLAINTES ET L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES

PLAINTES

Cette section présente les données relatives aux dossiers de plaintes conclus par la CPQS en fonction des missions ou des instances visées en 2024-2025¹. Elles sont comparées à celles de l'année précédent (2023-2024).



➤ LES CENTRES HOSPITALIERS GÉNÈRENT LE PLUS DE PLAINTES

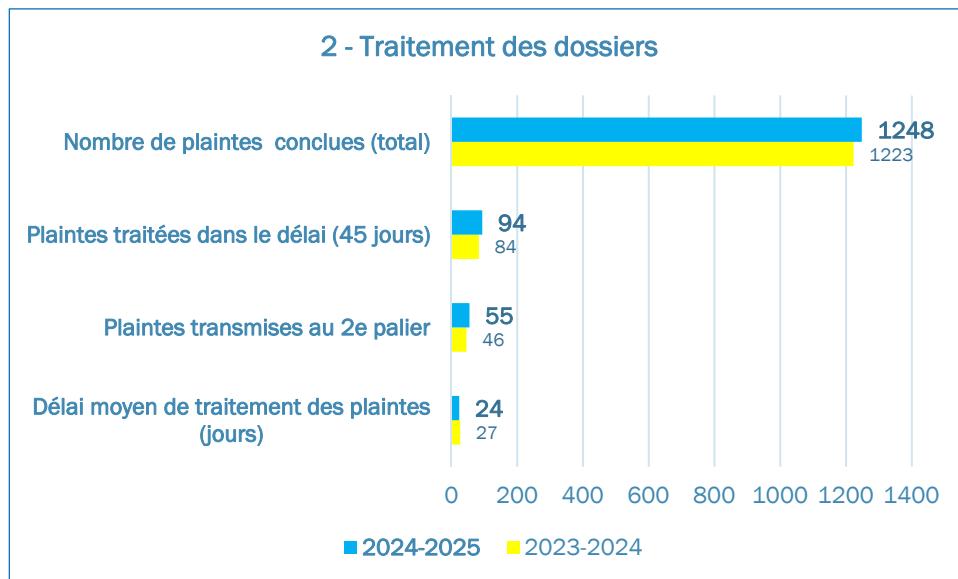
Les plaintes relatives aux soins et services offerts en milieu hospitalier totalisent plus de la moitié (51 %) de l'ensemble des dossiers conclus en 2024-2025. Cette tendance est observable depuis plusieurs années, et ce, dans l'ensemble des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Les soins et services offerts en CLSC font également l'objet d'une proportion significative (30 %) des dossiers conclus cette année. La mission CPEJ arrive au troisième rang même s'il est en baisse par rapport à l'année précédente.

➤ HAUSSE DES PLAINTES CLSC

Alors que le nombre de dossiers est stable ou en baisse dans les autres les missions du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, une augmentation des plaintes (24 %) est remarquée en CLSC. Le principal motif d'insatisfaction (38 %) en lien avec les services offerts en CLSC concerne leur accessibilité.

¹ Les instances « RPA » « RI-RNI » « organismes communautaires » « Autres » ainsi que les « Maltraitances par un tiers » sont retirées du tableau 1 afin de refléter les missions telles que définies dans la LGSSS. Ceci explique la différence entre le total de 1181 dossiers conclus par mission avec le total général de 1248 dossiers conclus.

RAPPORT ANNUEL SUR L'APPLICATION DE LA PROCÉDURE D'EXAMENS DES PLAINTES ET L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES



➤ HAUSSE DE PLAINTES TRANSMISES AU 2E PALIER

Une personne se prévaut de son droit de demander la révision du traitement de sa plainte au Protecteur du citoyen lorsqu'elle n'est pas satisfaite de son traitement par la Commissaire ou qu'elle est en désaccord avec le résultat de l'examen. Le pourcentage de plaintes transmises en 2^e instance est donc une donnée importante eu égard à la qualité des services rendus. Or, on observe une hausse de 20 % des plaintes transmises au 2^e palier cette année par rapport à la précédente (55 vs 46), alors qu'on remarquait une baisse importante l'année d'avant (46 vs 65).

Parmi les 19 dossiers conclus par le Protecteur du citoyen en 2^e instance, 4 dossiers ont fait l'objet de recommandations de la part de ce dernier.

➤ AMÉLIORATION DU DÉLAI DE TRAITEMENT DES PLAINTES

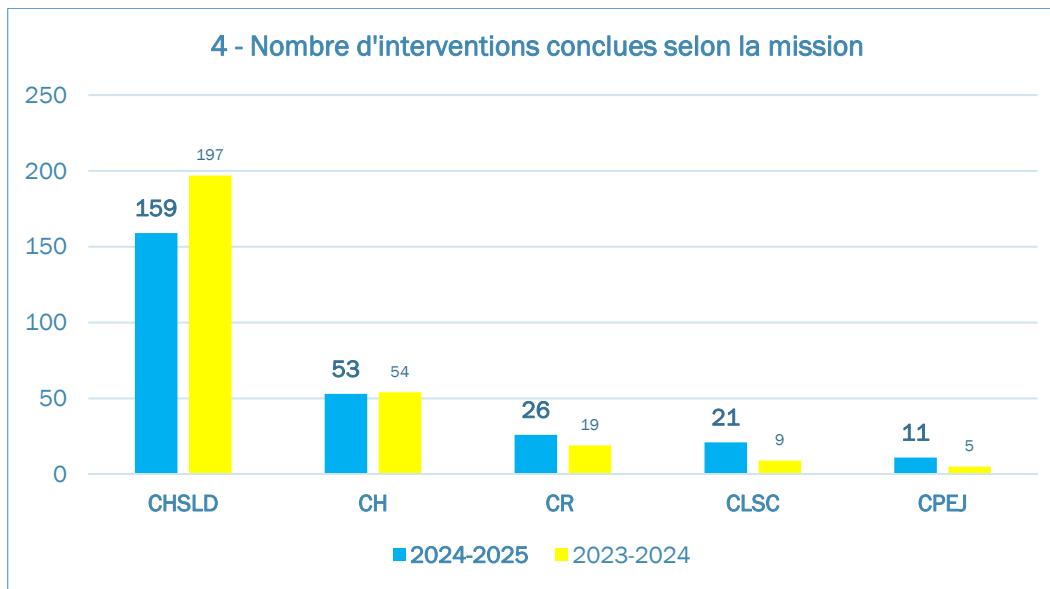
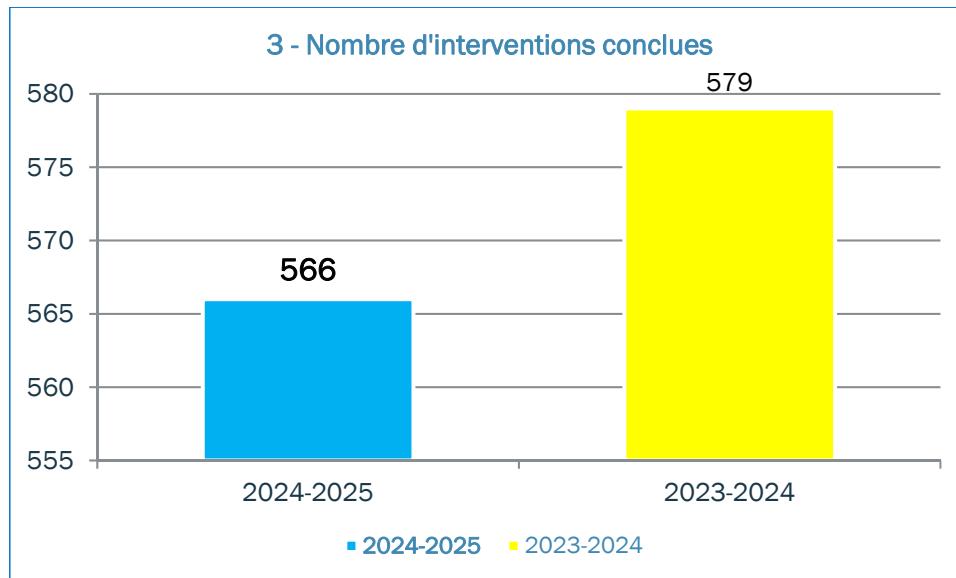
En 2024-2025, le délai moyen de traitement des plaintes s'est encore amélioré. Il est passé de 27 jours en 2023-2024 à 24 jours, et ce, pour un nombre de plaintes très légèrement supérieur (+ 2 %). Le délai prescrit de traitement d'une plainte (45 jours) a été respecté dans la très grande majorité des dossiers (94 %).

Il demeure important de noter que la complexité de certains dossiers nécessite parfois d'en poursuivre l'examen au-delà du délai prescrit. La personne usagère en est tenue informée.

RAPPORT ANNUEL SUR L'APPLICATION DE LA PROCÉDURE D'EXAMENS DES PLAINTES ET L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES

INTERVENTIONS

Cette section présente les données relatives aux dossiers d'interventions conclus par la Commissaire en 2024-2025². Elles sont comparées à celles de l'année précédente (2023-2024).



² Les instances « RPA » « RI-RNI » « organismes communautaires » « Autres » ainsi que les « Maltraitances par un tiers » sont retirées du tableau 3 afin de mieux refléter les missions telles que définies dans la LGSSS. Ceci explique la différence entre le total de 270 dossiers conclus du Tableau 4 avec le total de 566 dossiers d'interventions conclus du Tableau 3.

RAPPORT ANNUEL SUR L'APPLICATION DE LA PROCÉDURE D'EXAMENS DES PLAINTES ET L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES

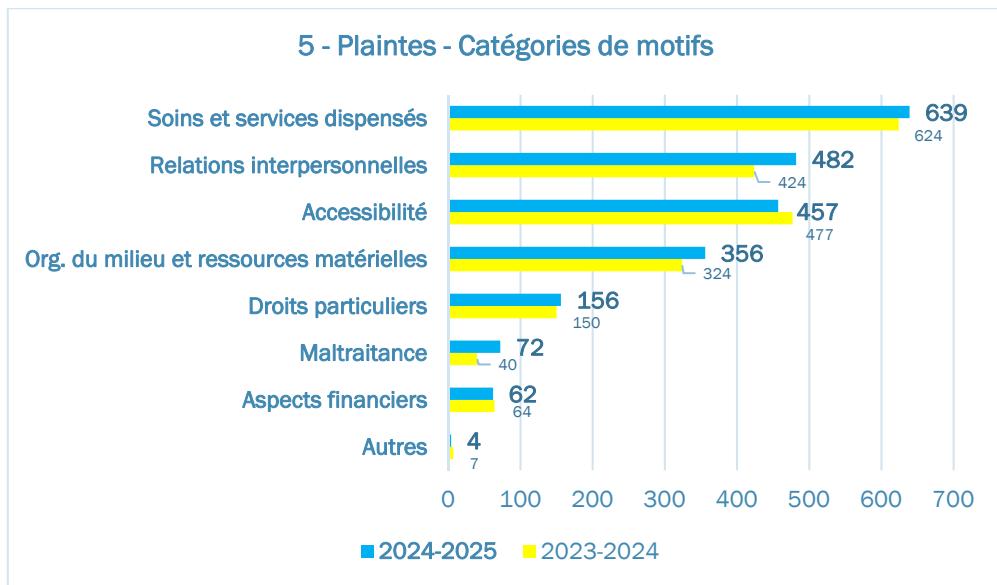
➤ LES CHSLD GÉNÈRENT LE PLUS D'INTERVENTIONS

Les interventions relatives aux soins et services offerts en CHSLD totalisent 59 % de l'ensemble des dossiers conclus en 2024-2025, même si on note une baisse significative de 20 % par rapport à l'année précédente. La mission hospitalière arrive au 2^e rang et reste stable. La hausse la plus significative s'observe en CLSC même si celle-ci est relative (7 %) quand on considère le nombre de dossiers.

MOTIFS DE PLAINTES ET D'INTERVENTIONS

La section suivante présente les résultats détaillés du traitement des dossiers de plaintes ou d'interventions par la CPQS en 2024-2025. Ils sont comparés aux résultats de l'année précédente (2023-2024).

MOTIFS DE PLAINTES



➤ LE MOTIF « SOINS ET SERVICES DISPENSÉS »

Ce motif d'insatisfaction est le plus fréquent. Il exprime une insatisfaction en lien avec un manque de qualité perçu au niveau du savoir-faire du personnel offrant des soins et services : incompétence, non-respect des protocoles, absence de suivi, etc.

➤ LE MOTIF « RELATIONS INTERPERSONNELLES » DEMEURE EN HAUSSE

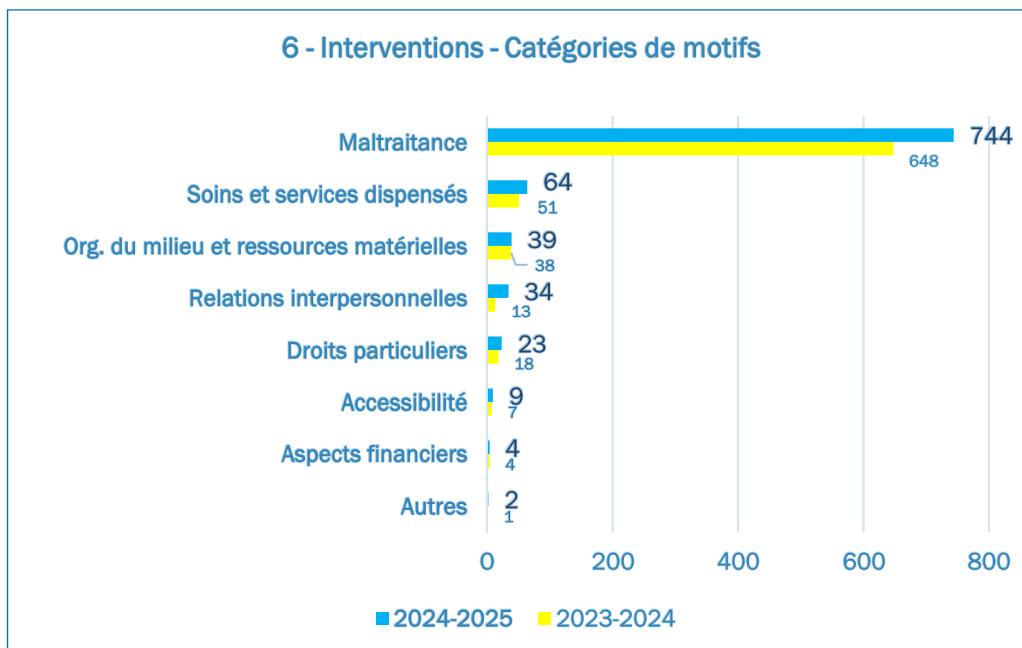
La catégorie « relations interpersonnelles » arrive qu'en 2e position, elle a tout de même connu une hausse significative (+ 14 %). L'an dernier, la hausse était encore plus marquée (+ 35 %). Cette tendance à la hausse est inquiétante considérant que la relation avec les soignant(e)s est au cœur du parcours de soins de la personne usagère.

RAPPORT ANNUEL SUR L'APPLICATION DE LA PROCÉDURE D'EXAMENS DES PLAINTES ET L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES

➤ LE MOTIF « ACCESSIBILITÉ » DEMEURE IMPORTANT D'UN POINT DE VUE GÉNÉRAL

Ce motif d'insatisfaction arrive en 3^e position et accuse une très légère baisse par rapport à l'année précédente. On le retrouvait habituellement parmi les trois premiers motifs d'insatisfactions. Malgré ce résultat, il s'agit d'un motif auquel il est important de s'attarder puisque le droit d'avoir accès à des soins et services, en temps opportun, est la pierre angulaire d'un système public de santé.

MOTIFS D'INTERVENTIONS



➤ LA MALTRAITANCE A ÉTÉ LE MOTIF LE PLUS FRÉQUENT

La catégorie « maltraitance » est le motif d'intervention le plus fréquent puisqu'il représente 81 % de l'ensemble des motifs. Il a également connu une hausse de 15 % par rapport à l'année 2023-2024. Il s'agit d'une hausse significative mais beaucoup moins importante que celle observée l'année dernière (+ 123 %). Ce motif est décortiqué aux pages 24 et suivantes du présent rapport.

➤ LES INSATISFACTIONS EN LIEN AVEC LES RELATIONS INTERPERSONNELLES EN HAUSSE

Ce motif a connu une forte hausse (+ 161 %) mais représente un nombre peu élevé de dossiers (moins de 2 %). Cette tendance à la hausse est tout de même préoccupante considérant que la relation avec les soignant(e)s est au cœur du parcours de soins de la personne usagère.

**RAPPORT ANNUEL SUR L'APPLICATION DE LA PROCÉDURE D'EXAMENS DES PLAINTES
ET L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES**

MESURES ET ORIENTATIONS

DOSSIERS DE PLAINTES ET D'INTERVENTIONS		CATÉGORIES DE MOTIFS									TOTAL	2023-2024	Variation
TYPES DE MESURES CORRECTIVES		Accèsibilité	Aspect financier	Droits particuliers	Maintenance	Organisation du milieu et ressources matérielles	Relations interpersonnelles	Soins et services dispensés	Autre				
À PORTÉE INDIVIDUELLE													
Adaptation des soins et services	8	1	8	156	6	9	33	0		221	284	- 22 %	
Obtention de services	12	1	2	36	5	1	5	0		62	57	+ 9 %	
Conciliation / Intercession / Médiation	4	1	5	33	3	1	5	0		52	76	- 27 %	
Autres	0	2	2	21	2	1	1	1		30	76	- 61 %	
Respect des droits	0	1	1	20	0	0	2	0		24	15	+ 60 %	
Ajustement financier	3	14	1	2	0	0	2	0		22	36	- 39 %	
Adaptation du milieu et de l'environnement	0	0	1	12	5	0	2	0		20	23	- 13 %	
Information/sensibilisation d'un intervenant	0	0	3	2	0	5	1	0		11	116	- 91 %	
Respect du choix	1	0	1	1	1	0	0	0		4	3	+ 33 %	
Sous-total	28	20	24	283	22	17	51	1		446	686	- 35 %	
À PORTÉE SYSTÉMIQUE													
Adaptation des soins et services	49	4	37	197	40	176	174	0		677	431	+ 50 %	
Adoption/révision/règle et procédure	20	2	14	31	46	16	92	1		222	180	+ 23 %	
Adaptation du milieu et de l'environnement	5	0	3	24	90	3	6	0		131	60	+ 118 %	
Communication/promotion	5	0	4	4	2	7	5	0		27	59	- 54 %	
Autres	0	0	1	6	8	6	2	2		25	11	+ 127 %	
Formation/supervision	1	0	1	2	0	2	9	0		15	21	- 29 %	
Respect des droits	2	0	3	1	0	3	1	0		10	9	+ 11 %	
Ajustement financier	0	0	0	0	0	0	0	0		0	5	- 100 %	
Sous-total	82	6	63	265	186	213	289	3		1107	776	+ 43 %	
TOTAL	110	26	87	548	208	230	340	4		1553	1462	+ 6 %	

RAPPORT ANNUEL SUR L'APPLICATION DE LA PROCÉDURE D'EXAMENS DES PLAINTES ET L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES

➤ PLUS DE MESURES D'AMÉLIORATION

La Commissaire a traité davantage de motifs d'insatisfactions que l'an dernier même si le nombre de plaintes et interventions est demeuré relativement stable. Il apparaît donc normal que davantage de mesures aient émergé de leurs examens (+ 6 %). Ce sont les mesures émises en lien avec le motif de maltraitance qui ont été les plus nombreuses.

Les mesures émises en lien avec le motif « maltraitance » ont été plus nombreuses du fait que les situations avérées de maltraitance ou à risque de maltraitance donnent lieu à plusieurs actions visant à mettre fin à la situation de maltraitance, à en diminuer les conséquences ou à prévenir celles pouvant survenir.

➤ PLUS DE MESURES D'AMÉLIORATION À PORTÉE SYSTÉMIQUE

Les mesures à portée individuelle permettent d'améliorer ou corriger une situation qui concerne une personne, tandis que celles à portée systémique aspirent à améliorer la qualité des services rendus pour un ensemble de personnes. Pour cette raison, la recherche de mesures systémiques devrait toujours être privilégiée lorsque cela est pertinent. Au cours de la dernière année, ce sont 71 % du total des mesures qui étaient à portée systémique. Ceci représente une augmentation de 43 % par rapport à l'année précédente.

Des exemples de mesures d'amélioration sont présentés en annexe.

APERÇU DES THÉMATIQUES ABORDÉES PAR LES MESURES ET RECOMMANDATIONS

Quand on considère l'ensemble des mesures et recommandations mises en place en 2024-2025, les principales thématiques qui ressortent sont :

- Les mesures et recommandations visant à mieux informer ou sensibiliser le personnel clinique et administratif, tous motifs réunis;
- Les mesures et recommandations visant à assurer un meilleur encadrement des intervenant(e)s, donnant lieu à un ajustement de leurs activités professionnelles;
- Les mesures et recommandations visant à améliorer les protocoles administratifs ou cliniques mis en place ou à en assurer une application juste.

EXEMPLES DE MESURES MISES EN PLACE AVEC UN IMPACT POSITIF

DES SOINS DE RÉADAPTATION QUI RESPECTENT LES DROITS DES JEUNES EN DIFFICULTÉ QUI SONT HÉBERGÉS.

- Un signalement est reçu alléguant un manque chronique de main-d'œuvre pour offrir des services de réadaptation dans un centre de réadaptation pour jeunes en difficulté. Il est constaté que certains services ne sont pas offerts par manque de personnel qualifié, que le taux d'occupation dépasse la capacité d'accueil et qu'il y a une augmentation de la complexité des enjeux vécus par la clientèle. Aussi, plusieurs incidents et accidents surviendraient sans qu'ils ne fassent l'objet de déclaration. L'examen confirme la présence de nombreux problèmes. Ainsi, il est recommandé à la direction responsable d'élaborer et de mettre en œuvre un plan d'action pour assurer l'accès à des soins de réadaptation de qualité et sécuritaires. Ce plan devait notamment comporter des actions pour stabiliser et encadrer le personnel soignant, pour

RAPPORT ANNUEL SUR L'APPLICATION DE LA PROCÉDURE D'EXAMENS DES PLAINTES ET L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES

renforcer les bonnes pratiques cliniques, pour que tous les jeunes bénéficient d'un plan d'intervention et pour harmoniser les moyens de communication entre le personnel.

- Dans un centre de réadaptation pour jeunes en difficulté, une jeune présente des ecchymoses suite à l'intervention d'un intervenant spécialisé en sécurité et pacification. L'examen met en évidence que l'application de la mesure de contrôle n'a pas été documentée. L'évènement n'a pas non plus été déclaré conformément aux règles applicables. Un manque de formation des intervenants spécialisés en sécurité et pacification pour intervenir auprès de jeunes en difficulté est mis en lumière. Bien qu'un gestionnaire ait été avisé de la situation par un employé, aucune intervention n'a été faite. La présence de conflits d'intérêts du fait de liens personnels qu'entretiennent des employés et des gestionnaires laisse croire en l'absence de gestion saine à cet égard. De nombreuses recommandations ont été faites pour corriger ces lacunes et manquements.

DES RÉSIDENCES À ASSISTANCE CONTINUE QUI OFFRENT UN MILIEU D'HÉBERGEMENT SÉCURITAIRE

- Un signalement est reçu relativement à un jeune hébergé dans une résidence à assistance continue. Ce jeune présente des comportements d'automutilation et peut facilement devenir agressif avec les autres. Il est signalé que le milieu n'est pas adapté pour le protéger de lui-même et pour protéger les personnes qui interviennent auprès de lui. Il manquerait aussi de personnel formé pour intervenir correctement. Ceci aurait fait en sorte d'amplifier les difficultés du jeune et mènerait à un isolement à sa chambre presque constant. La visite des lieux et l'examen confirment qu'il y a effectivement des enjeux importants relativement à l'intégrité, la dignité et la sécurité de la personne concernée. Plusieurs recommandations sont faites pour s'assurer que la sécurité des lieux soit améliorée, que le personnel soignant soit formé et que du soutien clinique leur soit offert.

DU PERSONNEL FORMÉ POUR RÉPONDRE ADÉQUATEMENT AUX BESOINS DES USAGERS ET USAGÈRES

- Une usagère s'est suicidée après avoir quitté l'urgence d'un hôpital sans avoir vu le médecin. Son psychologue avait pris soin d'aviser l'hôpital de son arrivée et d'expliquer son évaluation du risque suicidaire. L'examen de la plainte a révélé de multiples lacunes dans le parcours de soins à l'urgence générale et l'urgence de santé mentale, notamment au niveau de la tenue de dossier et de l'évaluation du risque suicidaire. Plusieurs mesures ont été recommandées pour améliorer la prise en charge d'un(e) usager(ère) se présentant à l'urgence avec un trouble de santé mentale associé à un risque suicidaire.
- Une usagère de 17 ans hébergée en centre de réadaptation est amenée à l'urgence pour recevoir des soins en lien avec des blessures qu'elle s'est infligées. Au moment de recevoir les soins, elle exprime un refus. Les soignants utilisent une contention pour les administrer malgré le refus. L'examen a révélé que les différents soignants, incluant le médecin, ne connaissaient pas les règles relatives à l'exigence d'un consentement aux soins requis par l'état de santé du mineur âgé de 14 ans et plus, dont celle portant sur le refus de soins. Des recommandations ont été faites pour corriger cette lacune et assurer un meilleur respect des droits des usagers et usagères en matière d'intégrité de la personne.
- Une personne de 15 ans est hébergée dans un organisme qui offre des services d'hébergement temporaire pour adolescents vivant des difficultés. Cette personne entreprenait un processus de transition de genre et s'opposait au partage de renseignements avec ses parents. L'examen de la plainte a mis en évidence certains enjeux juridiques complexes pour la résolution desquels l'organisme avait besoin de soutien. Une recommandation a été faite afin que ce dernier sollicite l'accompagnement d'un Centre de justice de proximité dans une visée de lui permettre de mieux renseigner les parents de jeunes hébergé(e)s dans ce milieu quant à l'exercice de l'autorité parentale et quant à la capacité juridique du (de la) mineur(e) de 14 ans ou plus.

RAPPORT ANNUEL SUR L'APPLICATION DE LA PROCÉDURE D'EXAMENS DES PLAINTES ET L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES

DES RÉSIDENCES PRIVÉES POUR AÎNÉ(E)S QUI RESPECTENT LES DROITS DES PERSONNES RÉSIDENTES

- Un signalement est reçu relativement à la situation d'une dame vivant dans un logement d'une RPA depuis quelques années. Le signalement fait état de divers moyens de pression utilisés par la RPA dans le but que la résidente quitte son logement. L'examen confirme que les dirigeants de la résidence n'étaient pas bien-fondés quant à l'application des critères leur permettant de conclure qu'il y avait un dépassement de services et que, par ailleurs, ils n'avaient pas respecté le processus applicable si la situation avait permis d'en conclure ainsi. L'examen a permis de souligner que si la mise en demeure constitue un moyen légitime d'exercer ses droits, son utilisation peut être abusive et s'apparenter à une forme de maltraitance. Plusieurs recommandations sont faites. Notamment, il a été recommandé aux dirigeants de s'informer quant aux stratégies de prévention et règlement des différends permettant une résolution harmonieuse d'un conflit relatif au bail en RPA.
- Un signalement est reçu relativement à la situation d'une dame ayant été évincée de son logement en RPA. Il lui a été demandé de quitter la résidence pour se rendre à l'urgence d'un hôpital et indiquer qu'il ne serait pas possible d'y revenir. Une ambulance a été appelée pour amener la dame à l'hôpital et, une heure après son départ, la RPA contactait la pharmacie pour lui annoncer qu'elle n'y résidait plus. Malgré les interventions de la famille, d'une travailleuse sociale et du milieu hospitalier, la RPA a maintenu sa conduite malgré l'absence de motif pour admettre la dame à l'hôpital. L'examen a permis de confirmer que les droits de la résidente n'avaient pas été respectés et que plusieurs processus de la RPA étaient déficients. De nombreuses mesures d'amélioration ont été recommandées, notamment dans une visée que les principes directeurs de la politique de lutte contre la maltraitance envers les aîné(e)s soient compris et respectés par les employés et gestionnaires de la résidence.

RECOMMANDATIONS N'AYANT PAS ÉTÉ MISES EN PLACE

Il faut souligner qu'il est extrêmement rare que des mesures ne soient pas mises en place. En 2024-2025, seulement six mesures n'ont pas été mises en place car elles ont été annulées. Il s'agit de moins de 0,1 % de toutes les mesures émises. Les annulations sont dues majoritairement au fait que la situation ayant changé après le dépôt de la plainte, la commissaire a jugé qu'il n'était alors plus pertinent d'appliquer la mesure. On note aussi qu'aucune mesure n'a été refusée.

RÉALISATIONS DE L'ÉTABLISSEMENT SUITE À DES RECOMMANDATIONS

Parfois, les mesures ou recommandations émises par la Commissaire ont une portée bien plus large que celles prévues au départ. Leur pertinence fait en sorte que l'établissement voit un avantage à les généraliser ou les élargir à d'autres directions ou à des partenaires :

DES PRATIQUES RESPECTUEUSES DE L'ÉQUITÉ, DE LA DIVERSITÉ ET DE L'INCLUSION DES PERSONNES

- Une personne qui a rempli un formulaire en ligne pour communiquer avec la centrale de rendez-vous déplore qu'il soit obligatoire d'inscrire le prénom et nom du père lorsque le rendez-vous concerne un enfant. Son enfant vivant dans une famille homoparentale, il n'a pas de père. En raison de cette lacune, la mère a dû communiquer par téléphone avec la centrale de rendez-vous. L'examen de cette plainte a permis une révision de l'ensemble des formulaires sur le site web du CIUSSS de l'Estrie – CHUS dans une visée de les rendre plus inclusifs.
- Une personne usagère utilisant le prénom « iel » déplore le fait que le genre féminin est utilisé pour l'affichage dans le service de gynécologie d'un hôpital. Elle nomme qu'il importe pour

RAPPORT ANNUEL SUR L'APPLICATION DE LA PROCÉDURE D'EXAMENS DES PLAINTES ET L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES

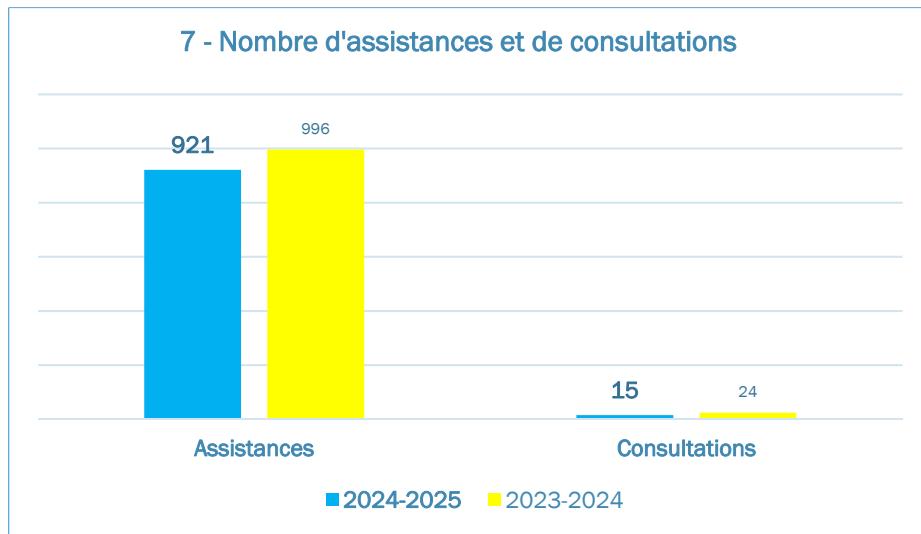
toutes les personnes de se sentir en sécurité dans un environnement comme celui-là. L'examen de la plainte a amené le service à revoir l'ensemble de l'affichage afin qu'une écriture inclusive soit privilégiée.

- Une personne se présente dans un hôpital afin de visiter un proche hospitalisé. Elle est accompagnée de son chien d'assistance et portait sur elle la prescription médicale. Le chien portait, lui, un signe distinctif permettant de le reconnaître comme chien d'assistance. Elle a été interpellée par différents employés d'une manière qu'elle ne jugeait pas respectueuse. En définitive, il lui a été demandé de quitter l'hôpital. L'examen de la plainte a permis de faire un rappel à l'ensemble des agents de sécurité quant aux principes de la politique d'accès aux chiens d'assistance, notamment l'importance d'aborder une personne avec bienveillance, écoute et ouverture lorsque les vérifications sont faites par rapport à l'animal.

ASSISTANCES ET CONSULTATIONS

Un dossier d'assistance est ouvert lorsqu'une personne demande de l'aide pour formuler une plainte ou demande à avoir accès à des soins ou à des services.

Un dossier de consultation est ouvert lorsqu'un avis est demandé à la commissaire sur le régime d'examen des plaintes, le respect des droits des usagères et usagers ou le signalement d'une situation de maltraitance. Toute demande de consultation qui semble compromettre l'indépendance de la Commissaire à examiner une plainte ou une intervention est systématiquement refusée.



RAPPORT ANNUEL SUR L'APPLICATION DE LA PROCÉDURE D'EXAMENS DES PLAINTES ET L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES

MALTRAITANCE

La section suivante présente les résultats du traitement des dossiers liés à l'application de la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aîné(e)s et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité en 2024-2025. Ils sont comparés aux résultats de l'année précédente (2023-2024).

➤ HAUSSE MOINS MARQUÉE DU NOMBRE DE MOTIFS DE MALTRAITANCE

Tout prestataire de services de santé et de services sociaux ou tout(e) professionnel(elle) au sens du Code des professions qui, dans l'exercice de ses fonctions ou de sa profession, a un motif raisonnable de croire qu'une personne est victime de maltraitance, doit faire un signalement sans délai. Les personnes visées par le signalement obligatoire sont :

- toute personne usagère majeure qui est hébergée dans un CHSLD;
- toute personne usagère majeure en situation de vulnérabilité qui réside dans une RPA;
- toute personne usagère majeure qui est prise en charge par une RI ou par une RTF;
- toute personne majeure dont l'inaptitude à prendre soin d'elle-même ou à administrer ses biens a été constatée par une évaluation médicale, mais qui ne bénéficie pas d'une mesure de protection;
- toute personne usagère majeure qui est en tutelle ou à l'égard de laquelle un mandat de protection a été homologué.

La maltraitance est définie comme un geste singulier ou répétitif ou un défaut d'action appropriée qui se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance et qui cause, intentionnellement ou non, du tort ou de la détresse à une personne.

En 2024-2025, la Commissaire a traité 19 % plus de motifs de maltraitance. Cette hausse est toutefois moins marquée que celle de l'année précédente (+ 86 %).

➤ LA MALTRAITANCE PHYSIQUE EST LE TYPE LE PLUS RAPPORTÉ DE MALTRAITANCE

La maltraitance physique représente 38 % de tous les motifs traités par la CPQS. À elle seule, la maltraitance physique commise par un dispensateur de services représente 43 % des motifs traités par la Commissaire. Il s'agit également du type de maltraitance le plus rapporté lorsque la personne présumée maltraitante est un(e) autre usager(ère).

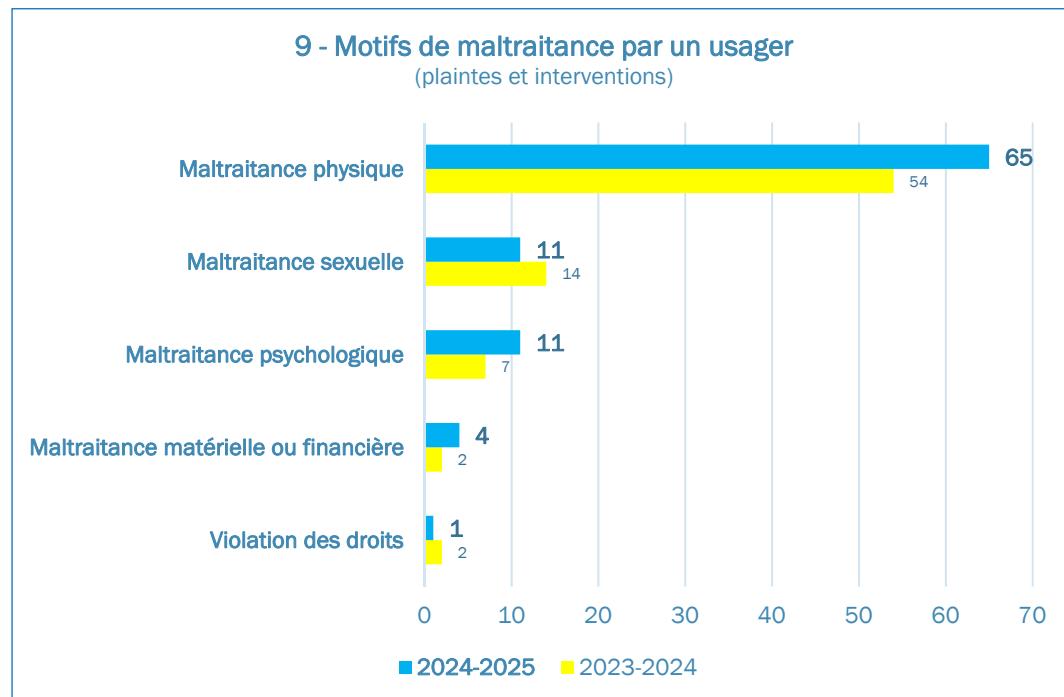
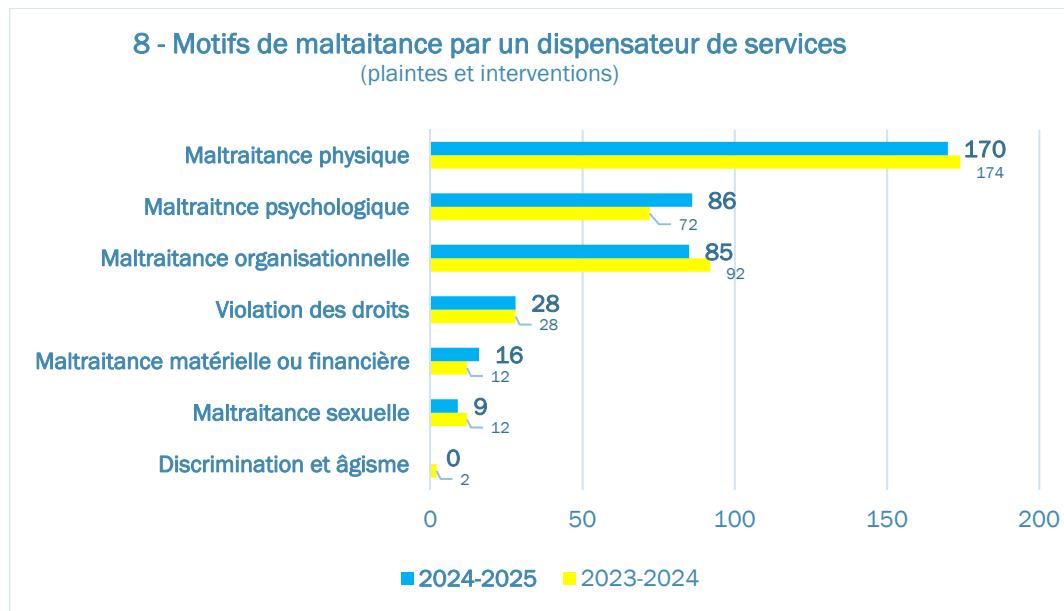
La maltraitance est dite « physique » lorsque les actions ou défauts d'actions appropriées portent atteinte au bien-être ou à l'intégrité physique de la personne aînée ou majeure en situation de vulnérabilité : coup, serrement, rudesse, brusquerie, alimentation forcée ou non-assistance à l'alimentation, utilisation inappropriée de contentions, défaut d'assistance pour l'habillement ou pour l'hygiène, etc.

➤ LA MALTRAITANCE COMMISE PAR UN PROCHE OU UN TIERS A ÉTÉ BEAUCOUP PLUS RAPPORTÉE

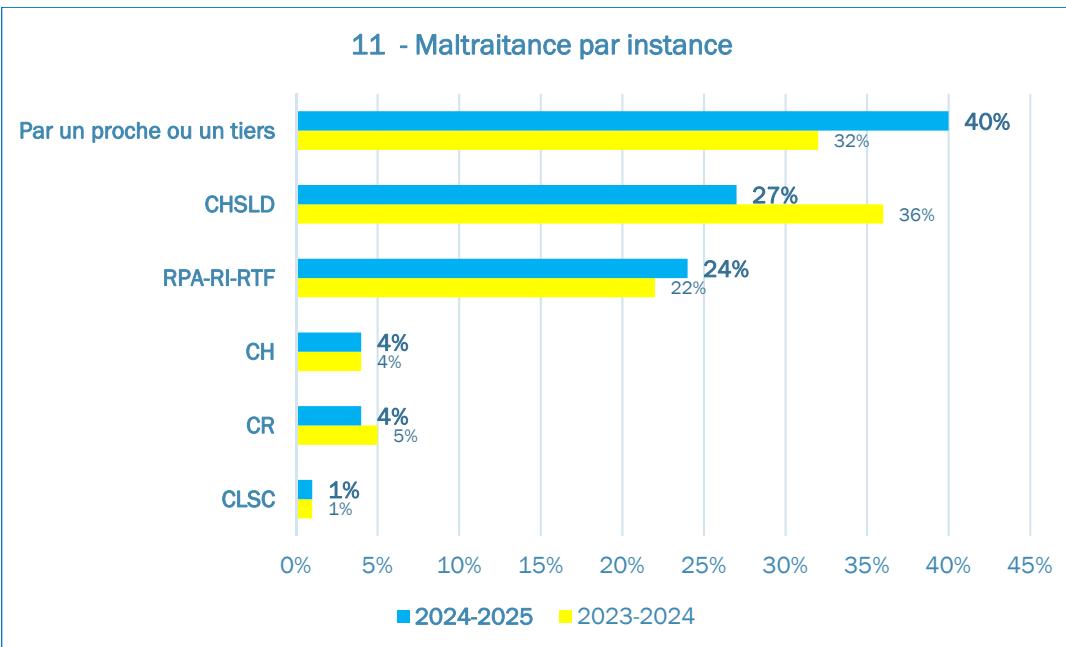
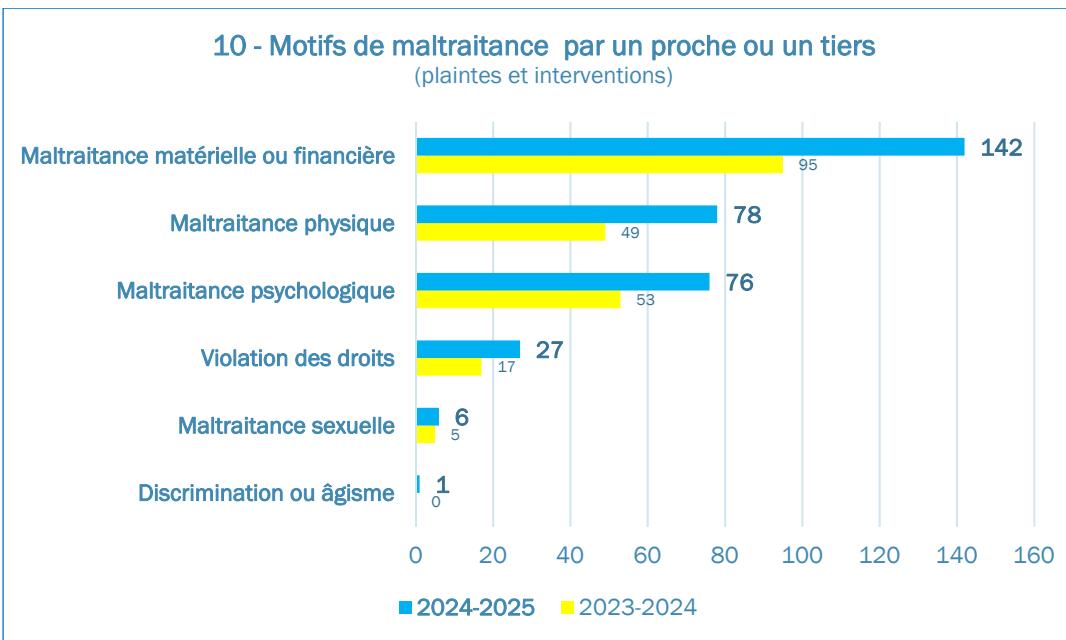
La maltraitance commise par une personne proche ou un tiers a été rapportée deux fois plus que l'année dernière (+ 51 %). Le type de maltraitance commise par une personne proche ou un tiers qui est le plus souvent rapporté est la maltraitance matérielle et financière (43 %). Cela s'explique probablement par le fait qu'elle est plus facile à repérer que d'autres types de maltraitance. Elle se remarque par des

RAPPORT ANNUEL SUR L'APPLICATION DE LA PROCÉDURE D'EXAMENS DES PLAINTES ET L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES

transactions bancaires inhabituelles, la disparition d'objets de valeur, le manque d'argent pour les dépenses courantes, l'accès limité à l'information sur la gestion des biens de la personne, etc.



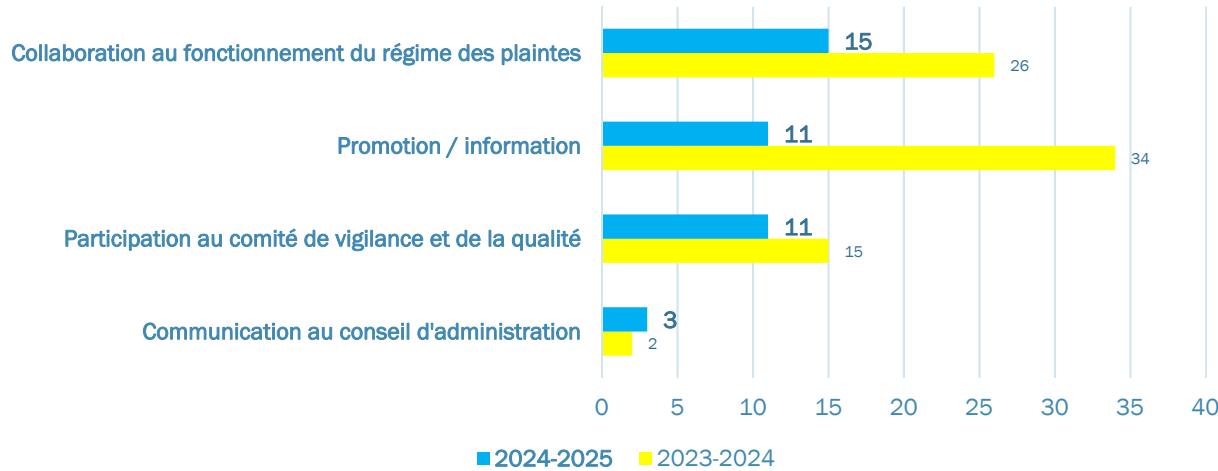
RAPPORT ANNUEL SUR L'APPLICATION DE LA PROCÉDURE D'EXAMENS DES PLAINTES ET L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES



RAPPORT ANNUEL SUR L'APPLICATION DE LA PROCÉDURE D'EXAMENS DES PLAINTES
ET L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES

AUTRES ACTIVITÉS DE LA COMMISSAIRE

12 - Activités exercées selon les autres fonctions de la commissaire



RAPPORT ANNUEL SUR L'APPLICATION DE LA PROCÉDURE D'EXAMENS DES PLAINTES ET L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES

MÉDECIN EXAMINATEUR

Cette section présente les principaux résultats du rapport d'activités du médecin examinateur en 2024-2025. Ils sont comparés à ceux de l'année précédente (2023-2024).

BILAN DES DOSSIERS

➤ LÉGÈRE BAISSE DES PLAINTES

Une légère baisse des plaintes visant des médecins, dentistes, pharmacien(ne)s ou résident(e)s en médecine est remarquée cette année. Cette baisse est de 12 % par rapport à l'année 2023-2024.

Depuis le 1^{er} décembre 2024, le médecin examinateur est la personne qui examine la plainte visant une sage-femme.

➤ AMÉLIORATION DU RESPECT DU DÉLAI DE TRAITEMENT

Le respect du délai de traitement des plaintes s'est amélioré cette année. En effet, 69 % des plaintes ont été traitées dans le délai légal de 45 jours par rapport à 65 % l'année précédente, et le délai moyen de traitement est de 49 jours.

➤ HAUSSE DES DEMANDES DE RÉVISION EN 2^E INSTANCE

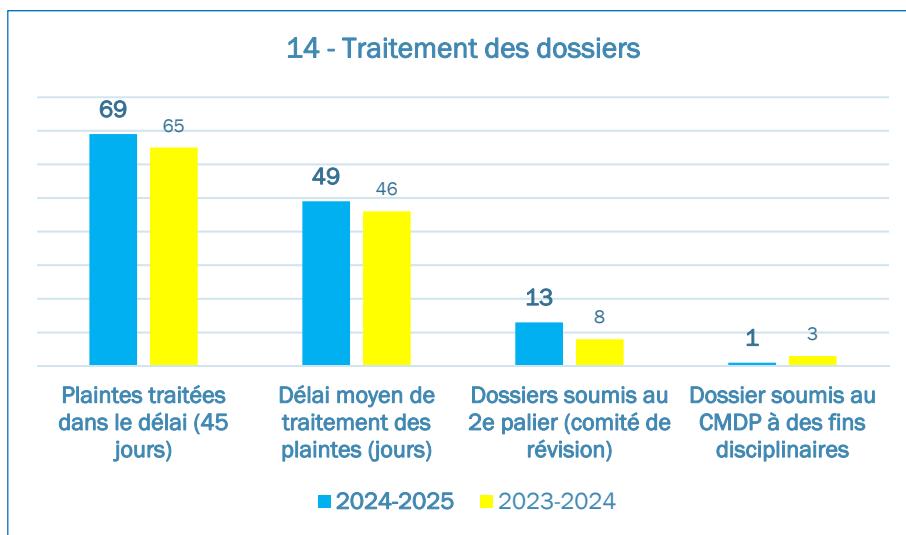
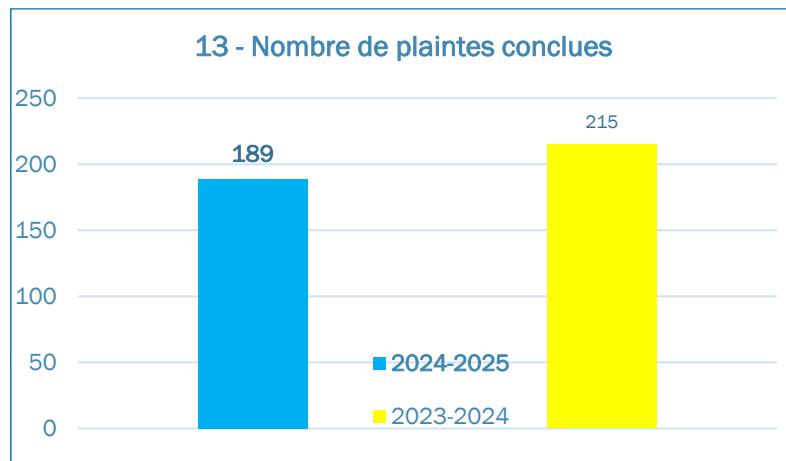
Plus de personnes se sont prévalues de leur droit de demander la révision du traitement de leur plainte en deuxième instance. En effet, 13 dossiers ont été soumis au comité de révision contre 8 en 2023-2024. Le comité de révision a confirmé les conclusions du ME dans 9 des 12 dossiers qu'il a conclus en 2024-2025 (voir tableau 18).

➤ PLAINTES TRANSFÉRÉES AU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL OU AU RESPONSABLE DISCIPLINAIRE

Depuis le 1^{er} décembre 2024, lorsqu'une plainte est formulée par un membre du personnel de Santé Québec ou par une autre personne qui exerce ses activités au sein d'un établissement public et qu'elle concerne un acte accompli ou omis à l'égard d'un(e) usager(ère) par un(e) médecin, un(e) dentiste, un(e)pharmacien(ne) ou une sage-femme qui exerce ses activités dans un tel établissement, la Commissaire la transfère dans les plus brefs délais au président-directeur général ou à un autre responsable disciplinaire qu'il désigne. De plus, si le médecin examinateur est d'avis que les faits justifiant la plainte peuvent constituer des motifs permettant de fonder une mesure disciplinaire, il met fin à son examen et transmet la plainte, pour étude à des fins disciplinaires, aux responsables disciplinaires.

Depuis le 1^{er} décembre 2024, la Commissaire a ainsi transmis quatre plaintes médicales et le médecin examinateur en a transmis deux.

RAPPORT ANNUEL SUR L'APPLICATION DE LA PROCÉDURE D'EXAMENS DES PLAINTES ET L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES



RAPPORT ANNUEL SUR L'APPLICATION DE LA PROCÉDURE D'EXAMENS DES PLAINTES ET L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES

MOTIFS D'INSATISFACTIONS

La section suivante présente les résultats détaillés du traitement des dossiers de plaintes visant un(e) médecin ou résident(e) en médecine, dentiste, pharmacien(ne) ou sage-femme en 2024-2025. Ils sont comparés avec ceux de l'année précédente (2023-2024).

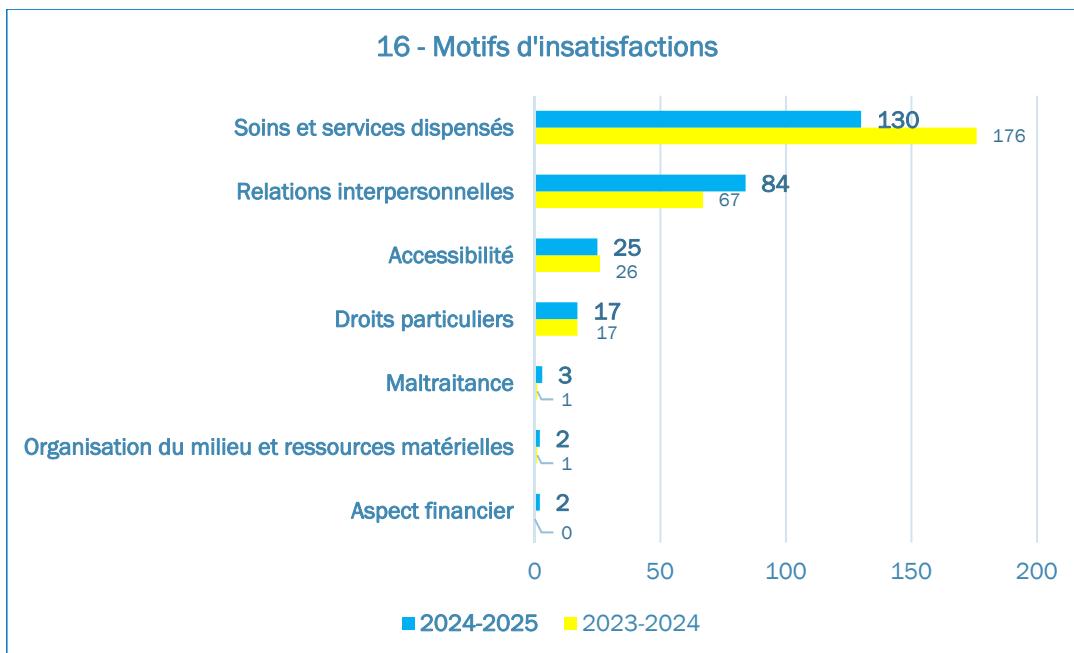
➤ LE MOTIF « SOINS ET SERVICES DISPENSÉS » EST LE PLUS FRÉQUENT

Comme l'année précédente, ce motif arrive en première position (49 %) même si on constate une baisse de 26 %. Ce motif cible un manque de qualité perçu au niveau du « savoir-faire » d'un(e) médecin, dentiste, pharmacien(ne), résident(e) en médecine ou d'une sage-femme : incomptérence technique, non-respect des règles de l'art, suivi absent ou insuffisance du suivi, décision clinique inadéquate, évaluation clinique incomplète, etc. Ce motif se rapporte au devoir d'exercer sa profession avec compétence, selon les normes de pratique en vigueur.

➤ HAUSSE DES PLAINTES CONCERNANT LES RELATIONS INTERPERSONNELLES

Ce motif de plainte est le seul à avoir connu une hausse significative (+ 25 %). Le motif de maltraitance a également connu une forte hausse mais en termes de nombre de motifs, on est simplement passé de 1 à 3.

Le nombre total de motifs de plaintes a légèrement baissé de 9 %, ce nombre doit être corrélé avec la baisse du nombre de plaintes conclues (- 12 %).



RAPPORT ANNUEL SUR L'APPLICATION DE LA PROCÉDURE D'EXAMENS DES PLAINTES ET L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES

MESURES D'AMÉLIORATION

En 2024-2025, on constate une hausse importante du nombre de mesures émises par le ME (+ 53 %) alors même que le nombre de plaintes et de motifs de plaintes a baissé (- 12 % et - 9 %). Cette hausse concerne principalement les mesures à portée systémique (+ 90 %) et en particulier les mesures touchant à l'adaptation des soins et services.

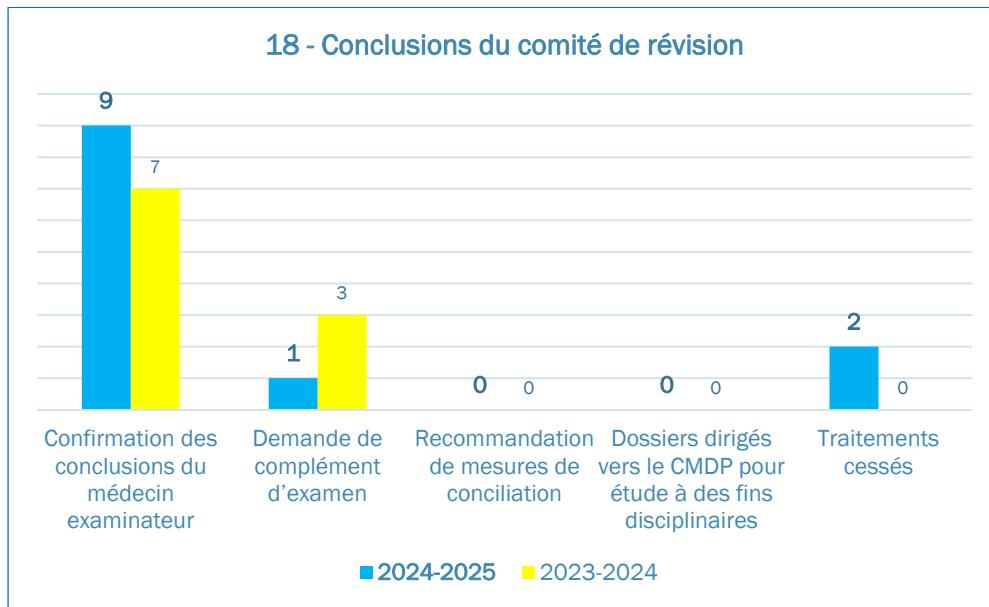
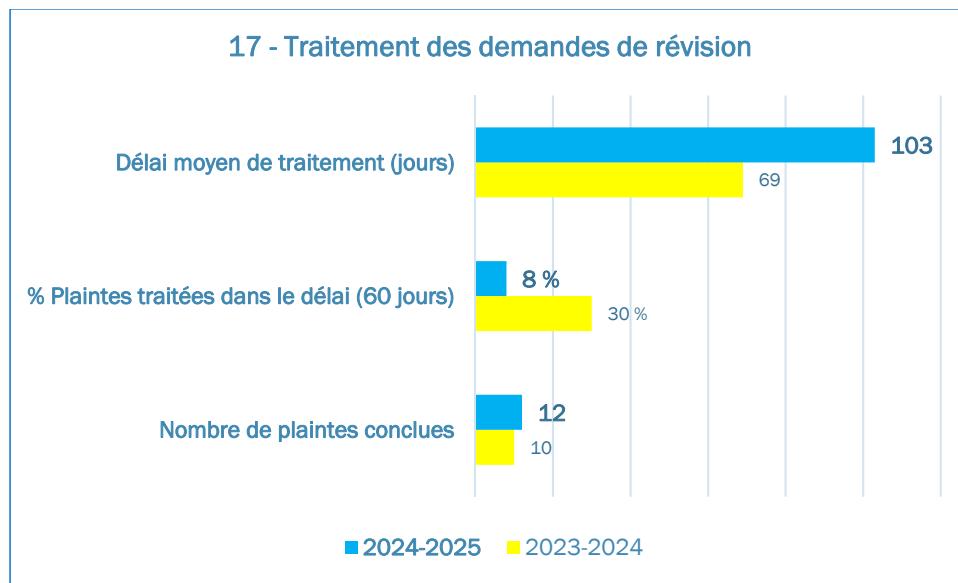
TYPES DE MESURES CORRECTIVES SELON LES CATÉGORIES DE MOTIFS D'INSATISFACTIONS								TOTAL	POURCENTAGE	Variation
Type de mesures correctives	Accessibilité	Aspect financier	Droits particuliers	Maltraitance	Organisation du milieu et ressources matérielles	Relations interpersonnelles	Soins et services dispensés			
À PORTÉE INDIVIDUELLE										
Adaptation des soins et services	7	0	3	0	0	17	15	42	79 %	34 + 24 %
Conciliation/intercession/médiation	0	0	0	1	0	1	4	6	11 %	3 + 100 %
Obtention de services	3	0	0	0	0	0	0	3	6 %	3 0 %
Respect du choix	0	0	1	0	0	0	1	2	4 %	0 + 100 %
Information/sensibilisation d'un intervenant	0	0	0	0	0	0	0	0	-	7 - 100 %
Sous-total	10	0	4	1	0	18	20	53	35 %	47 + 13 %
À PORTÉE SYSTÉMIQUE										
Adaptation des soins et services	7	1	1	0	0	29	45	83	86 %	35 + 137 %
Formation/supervision	0	0	1	0	0	2	4	7	7 %	3 + 133 %
Application de règles et procédures	1	0	0	0	0	0	1	2	2 %	11 - 82 %
Communication/promotion	0	0	0	0	0	2	0	2	2 %	2 0 %
Adaptation du milieu et de l'environnement	0	0	0	0	0	0	1	1	1 %	0 + 100 %
Respect des droits	0	0	1	0	0	0	0	1	1 %	0 + 100 %
Autre	0	0	1	0	0	0	0	1	1 %	0 + 100 %
Sous-total	8	1	4	0	0	33	51	97	65 %	51 + 90 %
TOTAL	18	1	8	1	0	51	71	150		98 + 53 %

RAPPORT ANNUEL SUR L'APPLICATION DE LA PROCÉDURE D'EXAMENS DES PLAINTES ET L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES

COMITÉ DE RÉVISION

Cette section présente les principaux résultats du rapport d'activités du CR en 2024-2025. Ils sont comparés à ceux de l'année précédente (2023-2024).

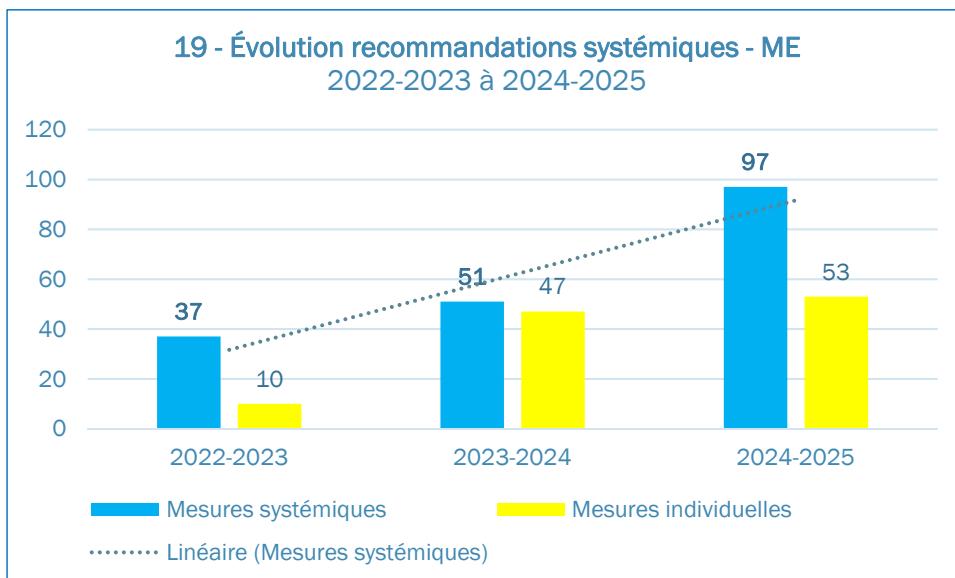
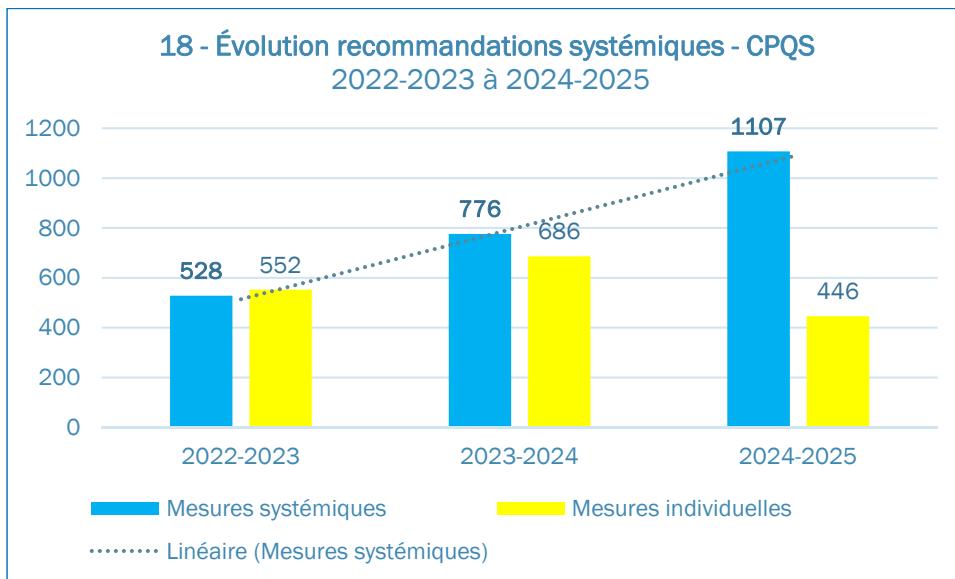
Au cours de l'exercice 2024-2025, on note une hausse de 20 % du nombre de plaintes conclues par le CR. En moyenne, le comité a pris 103 jours pour traiter une demande de révision, ce qui excède le délai prévu par la loi. Ceci explique que seulement 8 % des dossiers aient été traités dans le délai prévu par la loi.



RAPPORT ANNUEL SUR L'APPLICATION DE LA PROCÉDURE D'EXAMENS DES PLAINTES ET L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES

CONSTATS ET RECOMMANDATIONS SYSTÉMIQUES

Les recommandations systémiques visent à améliorer la qualité des soins et services rendus à un ensemble de personnes. La Commissaire et le médecin examinateur cherchent continuellement à ce qu'une mesure émise à partir d'une situation particulière puisse bénéficier à l'ensemble des usagers et usagères quand cela est possible. Cela se traduit par une forte augmentation des mesures systémiques ces dernières années.



RAPPORT ANNUEL SUR L'APPLICATION DE LA PROCÉDURE D'EXAMENS DES PLAINTES ET L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES

CONCLUSION

En conclusion, nous souhaitons mettre en lumière les perspectives nouvelles offertes par l'entrée en vigueur de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux. Notamment, la désignation de la Commissaire nationale aux plaintes et à la qualité des services nous apparaît être une opportunité sans précédent de mettre en commun les forces en présence dans l'ensemble des commissariats du Québec. Cette mise en commun ouvre sur différents possibles pour maximiser la portée du régime d'examen des plaintes et sa contribution à l'amélioration continue de la qualité des soins et services offerts à la population estrienne.

À titre de Commissaire aux plaintes et à la qualité des services nommée pour le CIUSSS de l'Estrie – CHUS, nous allons participer activement aux différents travaux initiés par la Commissaire nationale aux plaintes et à la qualité des services. Nous nous engageons à partager toute l'expérience acquise au sein de notre commissariat dans une posture d'ouverture à tous les changements qui pourraient découler de ces travaux. Les valeurs de justice et d'équité qui nous animent continueront de mobiliser chacune de nos actions dans un futur que nous envisageons avec beaucoup d'optimisme.



Sophie Brisson
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services
CIUSSS de l'Estrie - CHUS



ANNEXE

ijj

RAPPORT ANNUEL SUR L'APPLICATION DE LA PROCÉDURE D'EXAMENS DES PLAINTES ET L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES

LISTE DES ABBRÉVIATIONS ET DES SIGLES

BPQS	Bureau des plaintes et de la qualité des services
CA	Conseil d'administration
CAE	Conseil d'administration d'établissement
CAPQS	Commissaire adjoint ou adjointe aux plaintes et à la qualité des services
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CIUSSS de l'Estrie - CHUS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CLSC	Centre local de services communautaires
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMDPSF	Conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes
CMS	Centre médical spécialisé
CNPQS	Commissaire nationale aux plaintes et à la qualité des services
CNVQ	Comité national de vigilance et de la qualité
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CPQS	Commissaire aux plaintes et à la qualité des services
CR	Comité de révision
CUCI	Comité des usagers du centre intégré
CVQ	Comité de vigilance et de la qualité
LGSSS	Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux
ME	Médecin examinateur ou examinatrice
RI-RNI	Ressource intermédiaire - Ressource non institutionnelle
RPA	Résidence privée pour aînés
RHD	Ressource d'hébergement en dépendance

EXEMPLES DE MESURES D'AMÉLIORATION (CPQS ET ME)

COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES		
Catégories de motifs	Catégories de mesures	Mesures d'amélioration
Maltraitance (548 mesures)	Ajout de services	<i>La direction de la ressource intermédiaire, en concertation avec les professionnels de la direction des soins à domicile, prend les moyens adéquats pour sécuriser les interactions entre les résidents impliqués dans la situation de maltraitance.</i>
	Ajustement des activités professionnelles	<i>La direction de l'UTRF a mis fin au lien d'emploi de l'infirmier auxiliaire visé par la situation de maltraitance</i>
	Ajustement financier	<i>La RPA a remboursé les sommes volées, le fonctionnement a été revu par la Curatelle pour le versement de l'argent, l'employée a été congédiée et une plainte à la police est en cours d'analyse</i>
	Ajustement technique et matériel	<i>La cheffe de service va s'assurer que le personnel de soins de l'unité de gériatrie et de l'unité de débordement de l'hôpital de Granby soit équipé de walkie-talkie afin de faciliter la réponse aux cloches d'appels.</i>
	Amélioration des communications	<i>La cheffe des services dans le milieu – volets psychosocial et réadaptation des RLS concernés organisera une rencontre entre les membres de son équipe et la direction de la RPA pour améliorer la communication et la collaboration.</i>
	Amélioration des conditions de vie	<i>Le gestionnaire s'assurera qu'une évaluation de la situation en lien avec la présence potentielle et récurrente de punaises de lit dans la RPA soit faite et en soumettra le résultat et le suivi planifié, le cas échéant, à la commissaire.</i>
	Amélioration des mesures de sécurité et de protection	<i>Des mesures de protection ont été mises en place pour éviter les agressions et, finalement, le résident concerné par les agressions a été relocalisé dans un milieu adapté à sa condition clinique.</i>
	Changement d'intervenant	<i>Un intervenant pivot a été assigné au dossier de la résidente de la RPA.</i>
	Collaboration avec le réseau	<i>L'intervenante responsable demeure en vigie et effectue plusieurs démarches auprès des partenaires incluant les proches et le Curateur public afin de répondre aux besoins de la personne et offrir de l'aide et du soutien.</i>
	Conciliation/intercession/médiation	<i>La gestionnaire responsable du centre d'hébergement et la cheffe d'unité concernée ont déployé les mesures nécessaires pour faire cesser la maltraitance exercée par la famille du résident, et ce, avec la collaboration du comité d'éthique et du service des affaires juridiques de l'établissement.</i>
	Autre	<i>L'usagère concernée par le signalement a été relocalisée dans une autre RTF. Un plan de redressement suivi par le CIUSSS de l'Estrie – CHUS pour un écart de qualité est en cours avec cette RTF.</i>

**RAPPORT ANNUEL SUR L'APPLICATION DE LA PROCÉDURE D'EXAMENS DES PLAINTES
ET L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES**

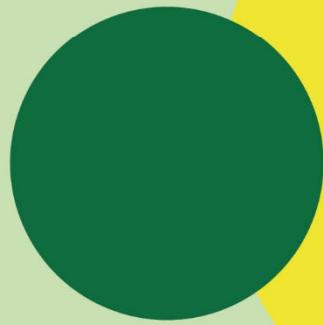
COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES		
Catégories de motifs	Catégories de mesures	Mesures d'amélioration
Soins et services dispensés (340 mesures)	Ajout de services ou de ressources humaines	<i>La coordonnatrice s'est engagée dans un processus d'appel d'offres visant à ajouter des ressources en complément de l'offre de service actuelle du SAD.</i>
	Ajustement des activités professionnelles	<i>Je recommande que la chef du service de l'urgence s'assure qu'une intervention soit faite auprès des infirmières concernées afin d'améliorer les interventions auprès des personnes ayant des antécédents cardiaques.</i>
	Autre	<i>Afin de soutenir l'offre de service sage-femme à la Maison des naissances, je recommande que la directrice du programme jeunesse, avec le soutien d'une personne désignée par le directeur des ressources humaines, planifie des actions visant à assurer la présence d'aides natales dûment formées conformément au Cadre de référence pour le déploiement de services sage-femme au Québec.</i>
	Intercession/liaison/ médiation/exPLICATION	<i>La cheffe de service, l'infirmière et la PAB ont rencontré la famille afin de répondre à leurs différentes préoccupations, expliquer les mesures en place et explorer d'autres alternatives.</i>
	Élaboration/révision/ application	<i>La gestionnaire responsable de la Maison des aînés fera des audits sur l'utilisation et la compléTION des plans de soin. En fonction des résultats de l'audit, elle s'assurera de mettre en place les actions appropriées.</i>
	Encadrement des intervenants	<i>Le chef de la chirurgie fera un rappel aux préposés aux bénéficiaires sur ce qui est attendu d'eux relativement aux changements de literie, de chaises d'aisance et des soins au niveau de l'aide à l'hygiène.</i>
	Formation/Supervision	<i>La cheffe de l'urgence santé mentale et de l'unité de stabilisation rapide s'assurera que le programme de développement des ressources humaines mis à jour par la direction responsable soit respecté afin que le personnel infirmier reçoive la formation nécessaire en prévention du suicide.</i>
	Protocole clinique ou administratif	<i>Le chef de service de médecine de laboratoire des RLS concernés a fait un rappel aux technologistes médicaux sur l'importance de demeurer vigilants lors du traitement des requêtes urinaires afin d'éviter des erreurs de procédures qui invalident le résultat de l'examen (protocole d'analyse urinaire vs culture urinaire).</i>
Relations interpersonnelles (230 mesures)	Ajustement des activités professionnelles	<i>La cheffe de service de la direction du programme jeunesse a rencontré les deux agents d'intervention visés par la plainte afin de leur rappeler la procédure à respecter avant d'appliquer une mesure de contention à un jeune. La notion de « danger imminent » a été revue à cette occasion.</i>
	Information et sensibilisation des intervenants	<i>La cheffe de service des services périnataux de la direction du programme jeunesse s'assure que son équipe informe les parents des vaccins supplémentaires disponibles aux enfants nés prématurément.</i>
	Protocole clinique ou administratif	<i>La directrice de la ressource intermédiaire a révisé la consigne d'appel aux proches suite à la chute d'une résidente afin que ce soit fait systématiquement plutôt qu'en tenant compte de la gravité et/ou de l'heure de survenue.</i>

COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES		
Catégories de motifs	Catégories de mesures	Mesures d'amélioration
Accessibilité (110 mesures)	Ajustement technique et matériel	<i>La cheffe de médecine de laboratoire concernée s'est assurée que de l'affichage supplémentaire soit produit pour le centre de prélèvement de l'hôpital pour faire suite au retrait de l'agente de service qui orientait les usagers vers les bons services.</i>
	Ajustement des activités professionnelles	<i>La direction des services professionnels s'est engagée à produire un plan d'action visant à réduire l'attente en radiologie.</i>
	Collaboration avec le réseau	<i>La cheffe du service d'imagerie médicale du RLS concerné interpellera son coordinateur afin de déterminer s'il est possible d'obtenir la collaboration d'un centre de radiographie pour procéder aux échographies musculosquelettiques actuellement hors délai.</i>
	Information/sensibilisation des intervenants	<i>Dans une visée de se prémunir d'une violation des droits des résidents et de s'outiller à mieux comprendre les obligations des locataires, les dirigeants de la résidence s'engagent à lire le « Guide pratique à l'intention des exploitants de résidences privées pour aînés » pour bien comprendre le bail et sa portée.</i>
	Politiques et règlements	<i>La direction du soutien à domicile et des services spécialisés en gériatrie, en déficience et en troubles du spectre de l'autisme, établira et appliquera des critères uniformisés afin de déterminer les mesures de soutien offertes aux usagers y ayant droit.</i>
Organisation du milieu et ressources matérielles (208 mesures)	Ajustement technique et matériel	<i>Le chef de service du fonctionnement des installations matérielles de la direction des services techniques s'est assuré que le problème de pression trop forte et de manque d'eau chaude pour la douche de l'unité de stabilisation rapide de l'hôpital concerné soit corrigé.</i>
	Amélioration des mesures de sécurité et de protection	<i>La direction concernée doit faire la preuve que le mécanisme de vérification systématique du fonctionnement des boutons d'urgence et cloches d'appel est effectué 3 fois par an et que les cloches sont fonctionnelles.</i>
	Encadrement des intervenants	<i>Afin de permettre aux usagers de bien comprendre leurs déplacements de chambres, les chefs de service de médecine de l'hôpital concernés feront un rappel aux équipes sur l'importance d'expliquer aux usagers les raisons pour lesquelles ils doivent déménager de chambre.</i>
	Évaluation ou réévaluation des besoins	<i>La cheffe intérimaire en hôtellerie confirme que les vérifications requises ont été faites, que le régime prescrit est conforme et des actions ont été posées afin que les menus soient variés tout en tenant compte des restrictions alimentaires.</i>
	Information et sensibilisation des intervenants	<i>L'adjointe au directeur des services professionnels et la coordonnatrice en médecine de laboratoire s'assureront qu'une communication soit faite auprès des médecins et du personnel du CIUSSS de l'Estrie - CHUS afin de leur rappeler la procédure à appliquer lorsqu'une famille réclame une autopsie.</i>

**RAPPORT ANNUEL SUR L'APPLICATION DE LA PROCÉDURE D'EXAMENS DES PLAINTES
ET L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES**

COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES		
Catégories de motifs	Catégories de mesures	Mesures d'amélioration
Droits particuliers (87 mesures)	Ajustement technique et matériel	<i>La cheffe de service concernée de la direction des ressources informationnelles et technologiques s'assurera que les options en langue anglaise du système téléphonique de l'accueil de l'hôpital soient fonctionnelles.</i>
	Autre	<i>Compte tenu que l'équipe n'a pas informé l'usagère des frais liés au transport et qu'on ne retrouve pas de note à cet effet au dossier de l'usagère, la chef de service rencontrera son équipe afin de leur rappeler leur obligation d'informer les usagers des frais liés au transport de l'hôpital vers le domicile. Elle leur rappellera d'inscrire une note à cet effet au dossier de l'usager.</i>
	Information et sensibilisation des intervenants	<i>La cheffe de service a sensibilisé les intervenantes concernées par la plainte au respect de la confidentialité des informations contenues au dossier des usagers.</i>
Aspect financier (26 mesures)	Information et sensibilisation des intervenants	<i>La coordonnatrice des services de réadaptation s'assure que ses équipes soient informées de la politique de déplacement des usagers.</i>
	Ajustement financier	<i>Je recommande que la cheffe de service de la direction des ressources financières s'assure de rembourser les héritiers de l'usagère le montant correspondant des frais facturés pour la période visée.</i>
	Amélioration des communications	<i>La cheffe de service a sensibilisé les professionnels qui font des références d'usagers pour un hébergement temporaire à l'unité transitoire de récupération fonctionnelle à l'importance d'informer les usagers et leurs proches des frais liés à cet hébergement avant d'obtenir leur consentement à l'aide du formulaire requis.</i>
Autre (4 mesures)	Autre	<i>Que la cheffe de service concernée fasse un rappel à l'employé concerné d'informer les usagers non-assurés des frais administratifs en utilisant le formulaire spécifique à cet effet, en s'assurant qu'ils le signent, confirmant ainsi qu'ils ont été informés des frais relatifs aux consultations.</i>

MÉDECIN EXAMINATEUR		
Catégories de motifs	Catégories de mesures	Mesures d'amélioration
Soins et services dispensés (71 mesures)	Élaboration/révision/ application	<i>Que la médecin visée discute avec les membres de son département clinique des meilleures pratiques que tous pourraient suivre pour assurer de lever la garde préventive aussitôt que l'état mental de l'usager ne présente plus un danger pour lui-même ou pour les autres.</i>
	Amélioration des communications	<i>La médecin visée s'assurera que les informations transmises à ses patients soient claires et bien comprises par ceux-ci, et qu'elles soient communiquées avec la bienveillance que la pratique médicale de qualité exige.</i>
	Conciliation/intercession/ Médiation/liaison/précision/ explication	<i>En raison du bris de confiance dans la relation patient-médecin, le spécialiste transférera le dossier de la plaignante à un collègue pour ses suivis en ORL et une demande d'audiogramme lui sera prescrite tel que proposé par le médecin visé par la plainte.</i>
	Formation/supervision	<i>Il est recommandé à l'urologue de prendre connaissance des conseils prodigués par l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) sur les meilleures pratiques et faire un suivi au médecin examinateur.</i>
	Ajustement professionnel	<i>Il est demandé à la psychiatre de soumettre le cas clinique (suivi d'un changement de médicament) au comité d'évaluation de la qualité de l'acte.</i>
Relations interpersonnelles (51 mesures)	Formation/supervision	<i>La médecin visée par la plainte continuera à participer à des formations axées sur la communication et sur la relation médecin-patient comme celle déjà complétée et donnée par le CMQ intitulée « Défis et opportunités de la communication professionnelle. »</i>
	Amélioration des communications	<i>Lors d'un constat de décès, je recommande au médecin visé de se renseigner personnellement auprès de la famille pour savoir si sa présence est souhaitée et pour répondre à leurs questions, le cas échéant.</i>
	Conciliation/intercession/ Médiation/liaison/précision/ explication	<i>La psychiatre prendra les dispositions nécessaires pour que la lettre déposée dans le dossier de l'usager concerné par la plainte en soit retirée.</i>
Accessibilité (18 mesures)	Obtention de services	<i>L'urgentologue a fait un suivi avec le service de neurologie afin que la plaignante puisse obtenir un second avis médical.</i>
	Évaluation ou réévaluation des besoins	<i>Le médecin évaluera la condition de santé du détenu dès que possible et déterminera la médication la plus appropriée à sa condition clinique</i>
	Changement d'intervenant	<i>Le pédiatre transférera le patient à un autre collègue et confirmera la date prévue du rendez-vous à la plaignante et au médecin examinateur.</i>



**Commissaire aux plaintes
et à la qualité des services**

**RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE LA
POMMERAIE ET DE LA HAUTE-YAMASKA**

Hôpital de Granby
205, boulevard Leclerc Ouest
Granby (Québec) J2G 1T7
Télécopieur : 450 375-8010

**TOUS LES AUTRES RÉSEAUX LOCAUX
DE SERVICES DE L'ESTRIE**

CLSC Murray
500, rue Murray, case postale 2
Sherbrooke (Québec) J1G 2K6
Télécopieur : 819 822-6716

POUR TOUS

1 866 917-7903
plaintes.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca