

# **Rapport annuel 2025-2026**

---

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

Le présent rapport a été produit par le Bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval, le 2026-05-13.

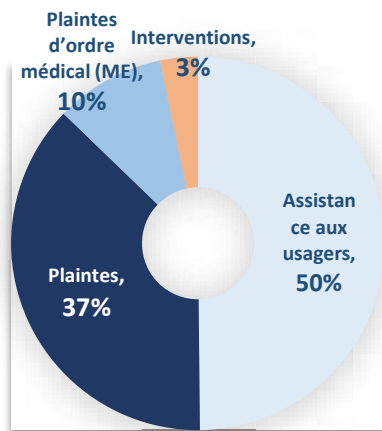


## Table des matières

|                                                                             |           |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. Bilan des activités du commissaire .....</b>                          | <b>9</b>  |
| 1.1. Plaintes générales traitées par le commissaire .....                   | 9         |
| 1.1.1. Exemples issus du traitement des plaintes générales .....            | 9         |
| 1.1.2. Bilan des plaintes générales .....                                   | 10        |
| 1.1.3. Bilan des dossiers soumis au Protecteur du citoyen .....             | 11        |
| 1.2. Interventions .....                                                    | 11        |
| 1.2.1. Exemples issus du traitement des interventions .....                 | 11        |
| 1.2.2. Bilan des interventions effectuées .....                             | 12        |
| 1.3. Bilan des dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires ..... | 13        |
| 1.4. Bilan des dossiers d'assistances .....                                 | 13        |
| 1.5. Bilan des demandes de consultation .....                               | 14        |
| 1.6. Sur le terrain .....                                                   | 14        |
| 1.6.1. Autres activités du commissaire .....                                | 14        |
| 1.7. Volet maltraitance .....                                               | 15        |
| 1.7.1. Exemple issu du traitement des dossiers liés à la maltraitance ..... | 15        |
| 1.7.2. Bilan des plaintes et des interventions sur la maltraitance .....    | 16        |
| <b>2. Bilan des activités du médecin examinateur .....</b>                  | <b>16</b> |
| 2.1. Exemples issus du traitement des plaintes médicales .....              | 16        |
| 2.2. Bilan des plaintes médicales .....                                     | 17        |
| 2.3. Bilan des dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires ..... | 18        |

## Portrait des activités du commissaire en un coup d'œil

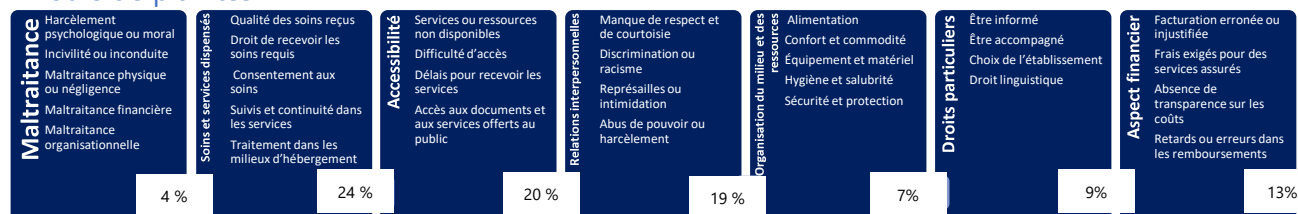
Répartition des 305 dossiers liés à des insatisfactions (2025-2026)



Le portrait sur la gestion des plaintes présente certaines données quantitatives.

|                                                                                                    | Nombre | Variation année précédente |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------------|
| <b>Dossiers liés à des insatisfactions conclus par le commissaire et les médecins examinateurs</b> | 308    | +11,2 %                    |
| • <b>Plaintes conclues par le commissaire</b>                                                      | 105    | +52,2 %                    |
| • <b>Interventions menées par le commissaire</b>                                                   | 14     | - 480 %                    |
| • <b>Assistances à un usager</b>                                                                   | 152    | +5,6 %                     |
| • <b>Plaintes médicales</b>                                                                        | 37     | +12,1 %                    |
| <b>Mesures correctives</b>                                                                         | 72     | +38,5%                     |
| • <b>Plaintes</b>                                                                                  | 56     | +80,6 %                    |
| • <b>Interventions</b>                                                                             | 7      | -66,7 %                    |
| • <b>Plaintes médicales</b>                                                                        | 9      | NA%                        |

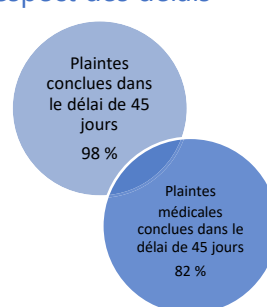
### Motifs de plaintes



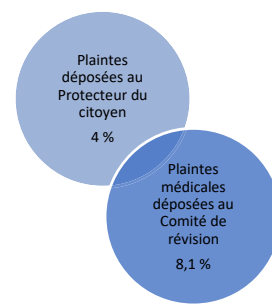
### Plaintes selon la mission

| Mission                                              | Plaintes et intervention | Plaintes médicales |
|------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------|
| Centre hospitalier                                   | 106                      | 37                 |
| CLSC                                                 | N/A                      | N/A                |
| Hébergement longue durée (MDA, CHSLD, RPA, RI, etc.) | N/A                      | N/A                |
| Centre jeunesse (CRJDA)                              | N/A                      | N/A                |
| DI-TSA-DP                                            | N/A                      | N/A                |
| Dépendance                                           | N/A                      | N/A                |
| Autre                                                | N/A                      | N/A                |

### Respect des délais



### Recours à une 2<sup>e</sup> instance



### Plaintes et d'interventions rapportées en lien avec des situations de maltraitance

| Année     | Nombre de dossiers de plaintes et d'interventions conclus | Variation année précédente (%) |
|-----------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------|
| 2023-2024 | 8                                                         | +60,0%                         |
| 2024-2025 | 12                                                        | +50,0 %                        |
| 2025-2026 | 14                                                        | +16,7 %                        |

## Liste des acronymes

|             |                                                                                                                          |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CA          | Conseil d'administration                                                                                                 |
| CAAP        | Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes                                                                     |
| CCSSS       | Conseil Cri de la santé et des services sociaux (Baie-James)                                                             |
| CH          | Centre hospitalier                                                                                                       |
| CHSGS       | Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés                                                                      |
| CHSLD       | Centre d'hébergement et de soins de longue durée                                                                         |
| CHU         | Centre hospitalier universitaire                                                                                         |
| CISSS       | Centre intégré de santé et de services sociaux                                                                           |
| CIUSSS      | Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux                                                             |
| CLSC        | Centre local de services communautaires                                                                                  |
| CMDPSF      | Conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes                                                             |
| CMQ         | Collège des médecins du Québec                                                                                           |
| CNVQ        | Comité national de vigilance et de la qualité                                                                            |
| COMMISSAIRE | Commissaire aux plaintes et à la qualité des services                                                                    |
| CR          | Centre de réadaptation                                                                                                   |
| CRDI-TSA    | Centre de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme |
| CRDP        | Centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique                                                  |
| CRJDA       | Centre de réadaptation pour les jeunes en difficultés d'adaptation                                                       |
| CRPA        | Centre de réadaptation pour les personnes alcooliques et autres personnes toxicomanes                                    |
| CRSSS       | Centre régional de santé et des services sociaux (Baie-James)                                                            |
| CU          | Comité des usagers                                                                                                       |
| CVQ         | Comité de vigilance et de la qualité                                                                                     |
| DGSI        | Direction générale des soins infirmiers                                                                                  |
| LGSSSS      | Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux                                                        |
| LRSSS       | Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux                                                               |
| MOC         | Modèle organisationnel cible                                                                                             |
| OIIQ        | Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec                                                                        |
| RAMQ        | Régie de l'assurance maladie du Québec                                                                                   |
| RAC         | Résidence à assistance continue                                                                                          |
| REP         | Régime d'examen des plaintes                                                                                             |
| RI          | Ressource intermédiaire                                                                                                  |
| RPA         | Résidence privée pour aînés                                                                                              |
| RSSS        | Réseau de la santé et des services sociaux                                                                               |
| RRSSSS      | Régie régionale de la santé et des services sociaux (Nunavik)                                                            |
| SAD         | Soutien à domicile                                                                                                       |
| SIGPAQS     | Système d'information de gestion des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services                            |
| VGQ         | Vérificateur général du Québec                                                                                           |

## **Lettre de présentation au Président du conseil d'administration de l'établissement**

Madame Sylvie Barcelo  
Présidente  
Conseil d'administration  
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec — Université Laval

Madame la Présidente,

Conformément à la Loi sur la gouvernance du système de santé et des services sociaux, j'ai l'honneur de vous transmettre le rapport annuel de la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec — Université Laval, pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2025 au 31 mars 2026.

Veuillez agréer, Madame la Présidente, l'expression de ma considération distinguée.



**Prisca Brisson**

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

**Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec — Université Laval**

## **Lettre de présentation à la Commissaire nationale**

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

Madame la Commissaire nationale,

Conformément à la Loi sur la gouvernance du système de santé et des services sociaux, j'ai l'honneur de vous transmettre le rapport annuel de la Commissaire Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec — Université Laval, pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2025 au 31 mars 2026.

Veuillez agréer, Madame la Commissaire nationale, l'expression de ma considération distinguée.



**Prisca Brisson**

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

**Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec — Université Laval**

## Mot du commissaire

C'est avec un plaisir renouvelé que je vous présente le rapport annuel portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et sur l'amélioration de la qualité des services pour l'année 2025-2026.

Conformément à la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (LGSSSS), ce rapport rend compte des activités réalisées par le Commissariat aux plaintes et à la qualité des services de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval. Il présente le bilan des interventions de la commissaire aux plaintes et intègre également le rapport des médecins examinateurs, tel que prévu par le cadre législatif.



Tout au long de l'année, les acteurs impliqués dans le régime d'examen des plaintes ont conjugué leurs efforts afin d'assurer un traitement rigoureux, impartial et diligent des plaintes formulées par les usagers ou par toute autre personne. Ces démarches s'inscrivent dans une volonté constante de respecter les droits des usagers, de favoriser leur participation et de contribuer à l'amélioration continue de la qualité des soins et des services offerts par l'établissement.

Je tiens également à souligner l'apport essentiel du Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP) de la Capitale-Nationale. Par leur travail d'information, de soutien et d'accompagnement, les intervenants du CAAP permettent aux personnes qui le souhaitent d'exprimer une insatisfaction, de mieux comprendre leurs recours et d'être accompagnées dans leurs démarches. Leur contribution représente un levier important dans l'identification de pistes d'amélioration et l'élaboration de mesures correctives.

En terminant, je remercie sincèrement l'ensemble des membres de la communauté de l'Institut pour leur précieuse collaboration dans le traitement des plaintes. Cette démarche constructive favorise non seulement le respect des droits des usagers, mais stimule également une réflexion organisationnelle porteuse de changements, contribuant ainsi à l'amélioration continue des soins et des services offerts à l'Institut.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Prisca Brisson', written in a cursive style.

Prisca Brisson

## Coup d'œil sur l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec — Université Laval de la région de Capitale-Nationale

Tableau 1 Coup d'œil sur l'établissement



Crédit photo : Service audiovisuel, IUCPQ-ULaval

|                            |                                                                            |                                                                                                                                                                    |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                            | <b>Population<br/>2 millions</b><br>Soit 30 % de la population du Québec   | <b>Superficie du territoire</b><br>L'établissement dessert la population du centre et de l'est de la province et certaines clientèles du nord du Nouveau-Brunswick |
| <b>Ressources humaines</b> |                                                                            |                                                                                                                                                                    |
| Employés : 2725            | Cadres supérieurs :<br>12 cadres supérieurs<br>2 hors-cadres (PDG et PDGA) | Médecins :<br>Membres actifs : 207<br>Membres associés (md, dentistes et pharmaciens) : 111<br>Membres-conseils (md, dentistes et pharmaciens) : 44                |
| Bénévoles : 37             | Stagiaires : 1795 stagiaires uniques                                       | Usagers partenaires : 20                                                                                                                                           |

## **Présentation du rapport**

### **Note au lecteur**

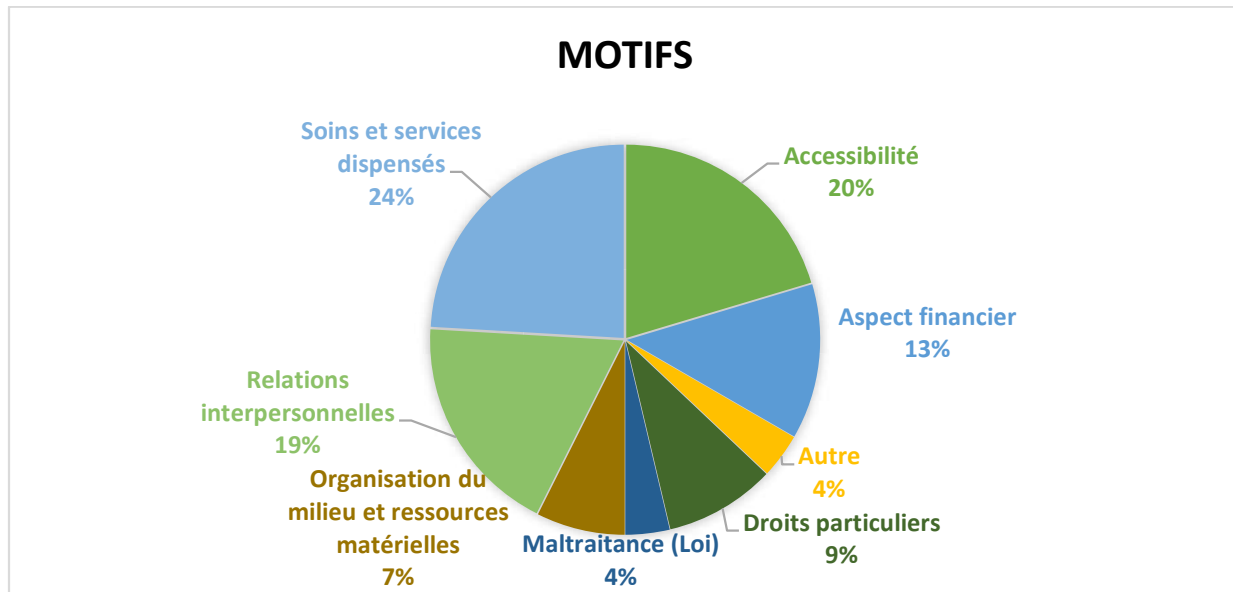
Le présent rapport s'appuie sur les données issues du Système d'information sur la gestion des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services (SIGPAQS), telles qu'enregistrées au 31 mars 2026. Ce système garantit l'uniformisation et la rigueur dans la collecte, la compilation et la présentation des statistiques relatives aux plaintes pour l'ensemble des établissements du réseau de la santé du Québec.

Les données présentées dans ce rapport ont été recueillies, consignées et validées par le bureau du commissaire local de l'établissement, conformément aux normes et procédures en vigueur. Elles constituent la référence officielle pour l'élaboration du présent rapport annuel, lequel couvre la période du 1<sup>er</sup> avril 2025 au 31 mars 2026.

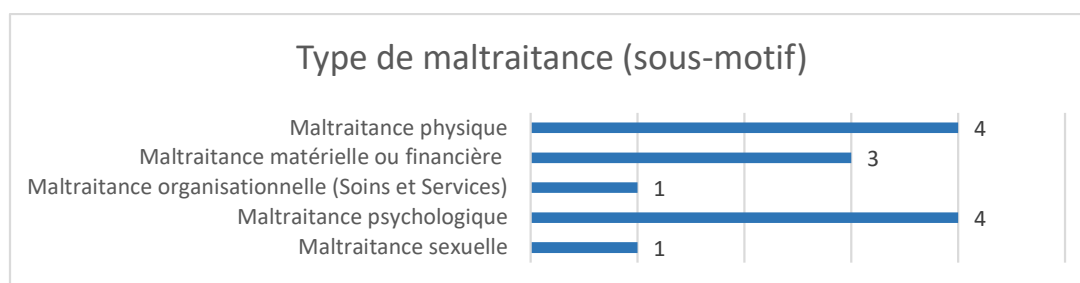
*L'emploi du masculin dans le présent document est utilisé dans le seul but d'alléger la lecture et ne comporte aucune intention discriminatoire.*

*La reproduction partielle de ce document est autorisée, sous réserve de la mention de la source.*

## Chiffres clés de l'année



- **308 : Total de dossiers d'insatisfactions** traités au courant de l'année, soit une augmentation de 11,2 % par rapport à l'année d'exercice 2024-2025 (277 dossiers) :
  - **105 dossiers** de plaintes conclus par le commissaire ;
  - **37 dossiers** de plaintes conclus par le médecin examinateur ;
  - **14 dossiers** d'interventions du commissaire, dont 14 (100 %) à la suite d'un signalement et aucune de sa propre initiative ;
  - **152 demandes d'assistance** adressées au commissaire par un usager ou toute autre personne.
- **Les mesures et recommandations** visent à améliorer la qualité des soins et à prévenir les insatisfactions. Au total, 56 mesures ont été mises en place cette année, et 12 recommandations ont été formulées, dont 5 (42 %) par le commissaire et 7 (58 %) par le médecin examinateur. Parmi les recommandations du commissaire, 0 sont individuelles et 5 (100 %) systémiques ; celles du médecin examinateur se répartissent de la même façon : 1 est individuelle (14 %) et 6 (86 %) sont systémiques.
- **Types de maltraitance (sous-motifs).**



## **1. Bilan des activités du commissaire**

Conformément à la LGSSSS, toute personne peut formuler à Santé Québec une plainte à l'égard des services du domaine de la santé et des services sociaux qui relèvent d'un établissement public.

Toute personne peut également formuler à Santé Québec une plainte 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 les sommes d'argent.

Une plainte peut également être formulée à Santé Québec à l'égard des activités de recherche d'un établissement.<sup>1</sup>

### **1.1. Plaintes générales traitées par le commissaire**

#### **1.1.1. Exemples issus du traitement des plaintes générales**

##### **1<sup>er</sup> exemple**

##### **Chirurgie cardiaque — délai d'attente**

##### **Allégations**

La plainte concernait les délais d'attente associés à une chirurgie cardiaque. Elle visait à obtenir des éclaircissements sur le parcours clinique d'un usager décédé avant la réalisation de l'intervention planifiée, ainsi que sur l'application des mécanismes de gestion et de priorisation de la liste d'attente.

##### **Normes applicables**

Les processus ministériels encadrant l'inscription et le suivi des listes d'attente en chirurgie cardiaque ainsi que les dispositions de la Loi sur la gouvernance du système de santé et des services sociaux relatives à l'accès aux soins, à la continuité des services et au respect des droits des usagers.

##### **Écarts constatés**

L'analyse a démontré que la priorisation clinique était conforme aux critères en vigueur. Toutefois, le délai associé à la priorité opératoire attribuée a été dépassé, soulevant une préoccupation légitime quant à l'attribution des plages opératoires pour certains niveaux de priorité.

##### **Ce qui a été fait & intervention**

Une analyse du cheminement de l'usager a été réalisée auprès des directions concernées. Une recommandation a été formulée afin d'amorcer une réflexion organisationnelle visant à clarifier et encadrer le processus d'attribution des plages opératoires pour les usagers en attente de chirurgie cardiaque.

##### **Impacts positifs sur l'organisation et les soins et les équipes cliniques**

---

<sup>1</sup> LGSSSS, art. 671

Ce dossier a contribué à renforcer la réflexion organisationnelle sur l'accès à la chirurgie cardiaque et à sensibiliser l'établissement à l'importance d'une communication professionnelle, respectueuse et empathique dans des contextes de grande vulnérabilité.

## **2<sup>e</sup> exemple**

### **Intervention TAVI — délai d'accès**

#### **Allégations**

La plainte portait sur les délais de planification d'une intervention de type TAVI. Elle concernait un écart perçu entre les informations initialement communiquées relativement aux délais et ceux effectivement observés, ainsi que leurs impacts sur la compréhension et le vécu entourant l'attente.

#### **Normes applicables**

Les cibles ministérielles relatives aux délais pour les interventions TAVI, les processus d'inscription et de suivi des listes d'attente, ainsi que les articles 8 et 16 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et des services sociaux encadrant l'accès aux soins.

#### **Écarts constatés**

L'examen a confirmé que l'établissement n'atteignait pas la cible ministérielle de prise en charge dans les délais prescrits. Aucun manquement relationnel ou organisationnel spécifique n'a toutefois été constaté dans le suivi de l'usagère.

#### **Ce qui a été fait & intervention**

L'analyse a mis en lumière les mesures déjà en place, incluant le suivi infirmier, l'information transmise aux usagers, les mécanismes de réévaluation clinique et les travaux organisationnels visant à réduire les listes d'attente. Aucune recommandation formelle n'a été formulée.

#### **Impacts positifs sur l'organisation et les soins et les équipes cliniques**

Ce dossier met en évidence l'importance d'une communication claire, professionnelle et respectueuse lors des échanges avec les usagers confrontés à des délais prolongés et soutient les démarches d'amélioration continue en chirurgie cardiaque.

### **1.1.2. Bilan des plaintes générales**

Le commissaire a poursuivi son mandat d'analyse et de traitement des plaintes formulées par les usagers. Au cours de la période visée, 106 dossiers de plaintes ont été ouverts, conformément au cadre de reddition de comptes en vigueur. Le présent bilan porte exclusivement sur les plaintes générales; les dossiers d'assistance et de consultation sont donc exclus du dénombrement. À titre comparatif, 69 dossiers avaient été ouverts lors de l'exercice précédent. Parmi ces dossiers, 16 plaintes ont été rejetées à la suite d'un examen sommaire, conformément aux dispositions prévues par la loi.

En ce qui concerne les délais de traitement, la performance demeure très satisfaisante. Ainsi, 98,09 % des plaintes ont été conclues dans un délai de moins de 45 jours, une amélioration par rapport à

l'exercice 2024-2025, où ce pourcentage s'élevait à 95,6 %. Ces résultats témoignent du maintien de pratiques rigoureuses et efficaces dans le traitement des plaintes.

Les principaux motifs de plaintes traités concernaient les soins et services dispensés (24 %), l'accessibilité aux services (20 %) ainsi que les relations interpersonnelles (19 %). Ces motifs reflètent les enjeux fréquemment rencontrés par les usagers dans leur parcours de soins.

Au terme de l'analyse des dossiers, la commissaire a formulé 5 recommandations et a contribué à la mise en œuvre de 56 mesures, en collaboration avec les gestionnaires concernés, dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des soins et des services offerts et de prévention de la récurrence des situations signalées.

### **1.1.3. Bilan des dossiers soumis au Protecteur du citoyen**

Conformément aux dispositions législatives en vigueur, un usager qui demeure insatisfait à la suite de l'examen de sa plainte par la commissaire peut exercer un recours auprès du Protecteur du citoyen. Le respect du délai maximal de quarante-cinq (45) jours pour la transmission de la conclusion constitue une obligation légale, et son non-respect ouvre le droit à ce deuxième recours. À cet égard, le Protecteur du citoyen exerce un rôle de regard neutre sur le traitement des dossiers et contribue à l'amélioration continue des pratiques.

Au cours de l'exercice 2025-2026, cinq (5) dossiers, soit 4 % de l'ensemble des plaintes traitées, ont fait l'objet d'un recours auprès du Protecteur du citoyen. À titre comparatif, aucun dossier n'avait été soumis au Protecteur du citoyen lors de l'exercice 2024-2025.

Bien que ce nombre demeure limité, les dossiers soumis au Protecteur du citoyen ont permis de réitérer l'importance du respect des obligations légales et des délais prescrits. Dans l'ensemble des cas, le Protecteur du citoyen n'a formulé aucune recommandation et a confirmé être en accord avec les conclusions rendues par la commissaire, témoignant de la rigueur et de la qualité du traitement des plaintes au sein du Commissariat.

## **1.2. Interventions**

Selon la LGSSSS, un commissaire aux plaintes et à la qualité des services intervient de sa propre initiative lorsqu'en raison de faits portés à sa connaissance, il a des motifs raisonnables de croire que les droits conférés par la présente loi à une personne ou à un groupe de personnes ne sont pas respectés.<sup>2</sup>

### **1.2.1. Exemples issus du traitement des interventions**

#### **1<sup>er</sup> exemple**

---

<sup>2</sup> LGSSSS, art. 698

Exemple — Intervention relative aux soins post mortem

### **Type d'intervention**

Intervention réalisée à la suite de faits portés à la connaissance du commissaire.

### **Éléments déclencheurs**

Des informations reçues faisaient état de préoccupations quant au respect des soins post mortem prodigués à des usagers décédés. Ces éléments laissaient croire que les droits reconnus par la Loi sur la gouvernance du système de santé et des services sociaux (LGSSSS), notamment en matière de respect et de dignité de la personne, pouvaient ne pas être pleinement respectés.

### **Démarches effectuées**

Le commissariat a procédé à l'analyse de la situation en consultant les documents encadrant les soins post mortem, incluant les procédures et aide-mémoires applicables. Des échanges ont eu lieu avec des gestionnaires et des intervenants concernés afin de documenter les pratiques en vigueur. Une analyse comparative avec d'autres établissements similaires a également été réalisée afin d'évaluer l'uniformité des pratiques.

### **Écarts ou manquements observés**

Les vérifications effectuées ont permis de constater une variation dans l'application de la méthode de soins post mortem selon les unités, soulevant des enjeux quant à l'uniformité et à la qualité des soins offerts.

### **Recommandations formulées et suivi**

Le commissaire a recommandé à la Direction des soins infirmiers de prendre les mesures nécessaires afin d'assurer une application uniforme des soins post mortem dans l'ensemble de l'établissement. Cette recommandation a été acceptée par l'organisation. À la suite de celle-ci, un rappel des bonnes pratiques a été diffusé, les chefs d'unité ont sensibilisé leurs équipes, la disponibilité du matériel requis a été améliorée et les outils cliniques ont été validés. L'information a également été partagée au comité opérationnel de soins palliatifs.

### **Impacts positifs**

Cette intervention a contribué à renforcer la cohérence organisationnelle, à soutenir les équipes cliniques et à assurer le respect de la dignité des usagers décédés.

### **1.2.2. Bilan des interventions effectuées**

Au cours de l'exercice 2025-2026, le bureau du commissaire a poursuivi son mandat de surveillance et de protection des droits des usagers par la réalisation d'interventions découlant des situations portées à son attention. Un total de 14 interventions ont été conclues au cours de l'année. Ces interventions ont donné lieu à 15 motifs d'insatisfactions distincts, certaines situations ayant soulevé plus d'un enjeu.

Les principaux motifs d'intervention concernaient la maltraitance au sens de la Loi, laquelle représentait 66,7 % des motifs recensés. Les enjeux liés aux soins et services dispensés comptaient pour 20 % des motifs, tandis que l'accessibilité aux services et l'organisation du milieu et des ressources matérielles représentaient chacune 6,7 % des motifs.

À l'issue de ces interventions, une recommandation a été formulée et sa mise en œuvre a été complétée avant la fin de l'exercice, contribuant à l'amélioration des pratiques et à la protection des usagers.

Le délai moyen de traitement des interventions s'est établi à 25 jours, comparativement à 30 jours lors de l'exercice 2024-2025, ce qui représente une amélioration de cinq jours.

### **1.3. Bilan des dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires<sup>3</sup>**

Au cours de la période visée par le présent rapport, aucune plainte n'a fait l'objet de transfert auprès du responsable disciplinaire par le commissaire conformément aux dispositions prévues à l'article 684.

### **1.4. Bilan des dossiers d'assistances**

Selon la LGSSSS, tout commissaire aux plaintes et à la qualité des services s'assure que la personne qui le requiert est assistée pour formulation de sa plainte ou pour toute démarche relative à sa plainte, y compris auprès du comité de révision<sup>4</sup>. Cependant les commissaires portent assistance aux usagers dans plusieurs autres démarches. Ainsi, au-delà des obligations prévues par la loi, le bureau du commissaire offre également un soutien aux usagers dans diverses démarches liées aux soins et aux services reçus. Dans ce contexte, plusieurs usagers sont orientés vers les services du Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP) de la Capitale-Nationale afin de bénéficier d'un accompagnement adapté à leur situation. Cette orientation vise notamment à soutenir les usagers dans la clarification de leurs motifs d'insatisfaction, à favoriser une utilisation constructive du processus de plainte comme levier d'amélioration continue au sein de l'organisation, à accompagner les plaignants tout au long du processus et à contribuer à une meilleure structuration des plaintes, particulièrement en matière de plaintes médicales.

Durant l'année d'exercice, 152 demandes d'assistance ont été traitées par le bureau du commissaire, comparativement à 144 demandes l'année précédente, ce qui représente une augmentation de 5,6 %. Cette évolution s'inscrit dans un contexte de recours accru à l'assistance en amont par les usagers et leurs proches. La grande majorité de ces demandes, soit 129 dossiers (85 %), concernaient de l'aide à la rédaction, principalement pour la formulation ou la structuration de plaintes, tandis que 23 demandes (15 %) portaient sur un soutien relatif à un soin ou à un service. L'accompagnement offert à cette étape permet, dans plusieurs situations, de clarifier les démarches, de répondre aux préoccupations exprimées et de prévenir le dépôt de plaintes formelles.

Les motifs d'assistance les plus fréquemment observés concernaient l'accessibilité aux services (23 %) et les soins et services dispensés (22 %). Les droits particuliers des usagers représentaient 16 % des demandes, suivis des relations interpersonnelles (14 %) et des autres motifs (11 %). Les enjeux d'aspect financier comptaient pour 10 % des demandes, tandis que l'organisation du milieu et des

---

3 LGSSSS, art. 684

4 LGSSSS, art.727

ressources matérielles représentait 4 %. Aucun dossier d'assistance n'a été recensé relativement à la maltraitance au sens de la Loi durant la période visée.

L'analyse détaillée de certains motifs met en lumière des problématiques récurrentes. Ainsi, parmi les demandes liées aux aspects financiers, 47 % portaient sur les frais de déplacement, tandis que 27 % concernaient le processus de réclamation, traduisant des enjeux de compréhension des mécanismes administratifs. En matière d'accessibilité, 40 % des demandes étaient liées à des délais d'accès, ce qui demeure une préoccupation significative pour les usagers.

Dans l'ensemble, ces données témoignent de l'importance du rôle d'assistance exercé par le bureau du commissaire, tant comme levier de prévention des plaintes que comme outil de soutien aux usagers. Elles contribuent également à identifier des pistes d'amélioration organisationnelle en matière d'accessibilité, de communication et de compréhension des processus, dans un objectif d'amélioration continue de la qualité et de l'expérience des soins et services.

### **1.5. Bilan des demandes de consultation**

Au cours de l'année 2025-2026, la commissaire a traité 39 demandes de consultation, toutes jugées recevables. Aucun rejet n'a été constaté au cours de la période.

Les demandes de consultation portaient principalement sur la clarification des droits des usagers, l'application du processus de traitement des plaintes ainsi que l'interprétation des règles encadrant l'offre et l'organisation des services. Ces demandes constituent un outil de soutien à la prise de décision pour les équipes et partenaires et contribuent à la gestion proactive des situations complexes, en favorisant un traitement adéquat des préoccupations soulevées et en prévenant l'escalade vers des plaintes formelles.

### **1.6. Sur le terrain**

#### **1.6.1. Autres activités du commissaire**

Au cours de l'année, le commissaire a poursuivi diverses activités sur le terrain visant à promouvoir le régime d'examen des plaintes, à renforcer les liens avec les partenaires et à soutenir une approche collaborative axée sur l'amélioration continue des soins et des services.

Le commissaire a notamment participé aux rencontres du comité des usagers, permettant d'échanger directement avec leurs représentants, de mieux comprendre les préoccupations exprimées et de favoriser une meilleure connaissance des droits des usagers et des mécanismes de recours disponibles.

Dans une perspective de complémentarité des rôles, un partenariat a été développé avec le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP) de la Capitale-Nationale, favorisant une collaboration accrue au bénéfice des usagers et une orientation plus fluide selon leurs besoins.

Le commissaire a également pris part à des rencontres de concertation avec les commissaires de la Capitale-Nationale et de Chaudière-Appalaches, de même qu'à des échanges avec la commissaire de l'Institut de cardiologie de Montréal (ICM). Ces rencontres ont permis le partage de pratiques, la discussion de situations complexes et le renforcement d'une vision commune du régime d'examen des plaintes.

Enfin, l'année a été marquée par la qualité de la collaboration avec les gestionnaires de l'établissement, essentielle à la réalisation des interventions, à la mise en œuvre des recommandations et à l'amélioration des pratiques cliniques et organisationnelles. Cette collaboration constitue un levier important pour assurer le respect des droits des usagers et la qualité des soins et services offerts.

## **1.7. Volet maltraitance**

### **1.7.1. Exemple issu du traitement des dossiers liés à la maltraitance**

#### **Exemple**

##### **Allégations**

La situation rapportée concernait des allégations de maltraitance physique survenues dans un milieu de vie de type résidence privée pour aînés. Des préoccupations ont également été soulevées quant à une possible négligence dans la prestation des soins, notamment en lien avec la surveillance de l'état de santé, incluant la présence de plaies aux membres inférieurs, un œdème important et une détérioration de l'état général.

##### **Normes applicables**

Les soins doivent être prodigués dans le respect de la dignité, de l'intégrité et de la sécurité de la personne. Une surveillance adéquate de l'état de santé est requise, particulièrement auprès des personnes inaptes, de même que le respect des obligations en matière de prévention de la maltraitance.

##### **Écarts constatés**

Les informations recueillies ont mis en lumière des lacunes potentielles dans la surveillance clinique et la continuité des soins, ainsi que des allégations sérieuses de gestes inappropriés envers une personne vulnérable.

##### **Notre intervention**

Compte tenu du contexte, un signalement obligatoire a été effectué. Le commissariat a assuré la transmission de l'information aux intervenants concernés. Un suivi psychosocial actif a été maintenu dans la communauté et une vigie clinique et psychosociale a été assurée. Le dossier d'intervention a été fermé, le suivi requis étant désormais pris en charge par l'autorité compétente.

##### **Pourquoi est-ce important?**

Cette intervention a permis d'assurer la protection d'une personne vulnérable, de renforcer la vigilance des acteurs concernés et de rappeler l'importance des obligations en matière de prévention de la maltraitance et de qualité des soins.

### **1.7.2. Bilan des plaintes et des interventions sur la maltraitance**

Conformément à l'article 14 de la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les personnes âgées et les autres personnes majeures en situation de vulnérabilité, les informations présentées dans cette section concernent exclusivement l'établissement public de l'IUCPQ-ULaval, celui-ci ne comptant aucune installation privée sur son territoire.

Au cours de l'exercice 2025-2026, un total de 13 signalements de maltraitance ont été enregistrés au sein de l'IUCPQ-ULaval, ce qui représente une diminution par rapport à l'exercice précédent, au cours duquel 19 signalements avaient été recensés. L'ensemble des signalements reçus ont été jugés recevables. Les situations rapportées concernaient principalement des cas de maltraitance physique et psychologique. Les signalements analysés faisaient référence à des situations survenant dans l'entourage personnel ou le milieu de vie des usagers. Aucun des dossiers traités ne concernait des gestes posés par l'établissement ou son personnel.

Aucune recommandation formelle n'a été formulée à la suite de l'analyse de ces signalements. Toutefois, des mesures ont été mises en place dans les dossiers concernés afin d'assurer la protection des personnes et le respect de leurs droits. Il est également à souligner que les équipes de l'établissement font preuve d'une grande proactivité en matière de prévention, de détection et de prise en charge des situations de maltraitance.

## **2. Bilan des activités du médecin examinateur**

### **2.1. Exemples issus du traitement des plaintes médicales**

#### **1er exemple**

##### **Allégations**

L'auteur de la plainte alléguait ne pas avoir été adéquatement informé d'un changement de chirurgien et de procédure lors d'une intervention planifiée en contexte non urgent. Il rapportait avoir appris au bloc opératoire que le chirurgien prévu ne procéderait pas, sans explication préalable, et ne pas avoir rencontré le chirurgien avant l'intervention. Il indiquait également ne pas avoir reçu d'information postopératoire de la part du chirurgien (explications, conseils, conséquences attendues), ce qui a affecté sa compréhension, son sentiment de respect et son stress.

##### **Normes applicables**

Les soins doivent respecter le consentement libre et éclairé, incluant l'information pertinente sur le professionnel, la nature de l'intervention et ses conséquences. Une communication pré et postopératoire adéquate et une documentation conforme sont attendues. Les pratiques de sécurité (ex. vérifications préopératoires / « temps d'arrêt ») doivent être appliquées selon les standards reconnus.

##### **Écarts constatés**

L'analyse a conclu que la plainte était fondée quant au défaut de rencontrer l'utilisateur en préopératoire pour expliquer l'approche envisagée et valider le consentement dans un contexte de changement de chirurgien, ainsi qu'au manque d'information postopératoire. Des enjeux organisationnels de

programmation opératoire ont aussi été relevés, et la question du « temps d'arrêt » a été signalée pour vérification.

### **Impacts positifs**

Le dossier a mené à une recommandation de revue au comité de l'acte médical afin d'apporter des correctifs pour garantir une information claire, le respect du choix du chirurgien ou une rencontre préopératoire, ainsi qu'un meilleur suivi postopératoire.

### **2e exemple**

#### **Allégations**

La plainte portait sur les délais d'accès à une chirurgie cardiaque planifiée et visait à obtenir des éclaircissements concernant le décès survenu durant la période d'attente. Des préoccupations ont été soulevées quant à la priorisation du dossier, au respect du délai anticipé communiqué lors de l'évaluation en chirurgie, ainsi qu'à la compréhension des circonstances entourant le décès et à la gestion du risque associé à la condition clinique.

#### **Normes applicables**

La prise en charge doit être conforme aux règles de l'art, aux critères reconnus de priorisation opératoire (selon l'état clinique et la stabilité), ainsi qu'aux exigences de communication et d'information (options, risques, délais attendus et consignes de surveillance). La documentation au dossier et la continuité du suivi doivent soutenir une prise de décision sécuritaire et cohérente.

#### **Écarts constatés**

L'analyse du dossier médical, incluant les examens pertinents et l'évaluation chirurgicale, conclut que la priorité opératoire attribuée et la conduite médicale étaient conformes aux exigences de la discipline, dans un contexte où aucune indication d'hospitalisation n'était présente lors de l'évaluation. Le décès a été jugé imprévisible, sans élément démontrant une complication évitable. Aucune mesure corrective spécifique n'a été jugée nécessaire.

#### **Impacts positifs sur l'organisation et les équipes cliniques**

Le traitement de la plainte a favorisé la transparence quant aux critères de priorisation et aux limites organisationnelles, tout en offrant un espace de médiation pour répondre aux questions et soutenir les proches. Il renforce l'importance d'une communication claire avec les usagers et leurs familles, même lorsque la pratique est jugée conforme.

## **2.2. Bilan des plaintes médicales**

Au cours de l'exercice 2025-2026, 37 plaintes médicales ont été enregistrées, comparativement à 33 plaintes en 2024-2025 ce qui représente une augmentation de 12,1 %. Cette faible augmentation ne rend pas pleinement compte de la complexité croissante des plaintes analysées, celles-ci ayant exigé des démarches d'analyse plus élaborées et un suivi accru.

Parmi ces plaintes, 3 ont été rejetées à la suite d'un examen sommaire, ce qui porte à 89,7 % la proportion de plaintes médicales jugées fondées ou partiellement fondées.

En matière de délais de traitement, les résultats démontrent une amélioration marquée. Ainsi, 81,9 % des plaintes médicales ont été conclues dans un délai de moins de 45 jours, comparativement à 70 % lors de l'exercice précédent.

À l'issue de l'analyse des dossiers, les médecins examinateurs ont formulé 7 recommandations, soit 1 recommandation de nature individuelle et 6 recommandations d'ordre systémique, visant l'amélioration des pratiques cliniques et la prévention de la récurrence des situations signalées.

### **2.3. Bilan des dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires<sup>5</sup>**

Au cours de la période visée par le présent rapport, une plainte a fait l'objet de transfert auprès du responsable disciplinaire par le médecin examinateur conformément aux dispositions prévues à l'article 688 de la LGSSSS.

---

<sup>5</sup> LGSSSS, art. 688

## Conclusion

À l'issue de l'exercice 2025-2026, certains défis méritent une attention soutenue. L'évolution des besoins des usagers, notamment ceux en situation de vulnérabilité, les attentes croissantes à l'égard de la qualité relationnelle et de la bientraitance, ainsi que la nécessité de maintenir un traitement rigoureux et diligent des plaintes constituent des enjeux importants à surveiller. Dans un contexte en constante transformation, la transparence des processus et l'amélioration continue demeurent essentielles afin d'assurer le respect des droits des usagers, conformément aux principes énoncés par la Loi sur la gouvernance du système de santé et des services sociaux.

Pour le prochain exercice, les priorités du Commissariat aux plaintes et à la qualité des services s'articuleront autour du renforcement de la qualité des interventions, de l'optimisation du suivi des plaintes et des signalements, ainsi que de la poursuite d'une collaboration étroite avec les équipes cliniques, administratives et les partenaires externes. Ces axes de travail visent à soutenir l'organisation dans sa mission et à contribuer à l'amélioration continue des soins et des services offerts à l'Institut.

Je tiens à remercier sincèrement l'ensemble des équipes de l'Institut, les médecins examinateurs ainsi que les partenaires, notamment le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP) de la Capitale-Nationale, pour leur engagement et leur collaboration tout au long de l'année. Leur contribution est essentielle à la réalisation de la mission du régime d'examen des plaintes. Les efforts collectifs déployés au cours de cet exercice constituent une base solide pour poursuivre, avec confiance et rigueur, l'amélioration continue des soins et des services offerts aux usagers de l'Institut.

## Annexes

### Annexe I — Nombre de dossiers ayant un motif lié à la maltraitance comparativement à l'année précédente

| Nombre de dossiers     | En cours d'examen au début de l'exercice | Reçus durant l'exercice | Conclus durant l'exercice | En cours d'examen à la fin de l'exercice |
|------------------------|------------------------------------------|-------------------------|---------------------------|------------------------------------------|
| Plaintes               |                                          |                         |                           |                                          |
| 2025-2026              | 0                                        | 2                       | 2                         | 0                                        |
| 2024-2025              | 0                                        | 0                       | 0                         | 0                                        |
| Interventions          |                                          |                         |                           |                                          |
| Sur constat            |                                          |                         |                           |                                          |
| 2025-2026              | 0                                        | 0                       | 0                         | 0                                        |
| 2024-2025              | 0                                        | 0                       | 0                         | 0                                        |
| Sur signalements       |                                          |                         |                           |                                          |
| 2025-2026              | 0                                        | 10                      | 10                        | 0                                        |
| 2024-2025              | 1                                        | 12                      | 13                        | 0                                        |
| <b>Total 2025-2026</b> | <b>0</b>                                 | <b>12</b>               | <b>12</b>                 | <b>0</b>                                 |

### Annexe II — Niveau de traitement des plaintes et d'intervention selon les motifs liés à la maltraitance

| Type de dossiers | Traitement non complété |          |          |                              |            | Traitement complété |             |            | Total     |
|------------------|-------------------------|----------|----------|------------------------------|------------|---------------------|-------------|------------|-----------|
|                  | Abandonnés              | Cessées  | Refusées | Rejetées sur examen sommaire | Sous-total | Avec mesure         | Sans mesure | Sous-total |           |
| Plaintes         | 0                       | 0        | 0        | 0                            | 0          | 0                   | 2           | 2          | 2         |
| Interventions    | 0                       | 0        | 0        | 0                            | 0          | 5                   | 5           | 10         | 10        |
| <b>Total</b>     | <b>0</b>                | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>0</b>                     | <b>0</b>   | <b>5</b>            | <b>7</b>    | <b>12</b>  | <b>12</b> |

### Annexe III — Nombre de motifs de maltraitance selon type d'auteur

| Auteur de la maltraitance       |                | Plaintes |                | Interventions | Total          |        |
|---------------------------------|----------------|----------|----------------|---------------|----------------|--------|
|                                 | Nbre de motifs | %        | Nbre de motifs | %             | Nbre de motifs | %      |
| Par un dispensateur de services | 2              | 66,7 %   | 2              | 20 %          | 4              | 30,8 % |
| Par un proche ou un tiers       | 0              | 0 %      | 7              | 70,0 %        | 7              | 53,8 % |
| Par un usager                   | 1              | 33,3 %   | 1              | 10 %          | 2              | 15,4 % |
| Total                           | 3              | 100 %    | 10             | 100           | 13             | 100 %  |

## Annexe IV — Dossiers de plaintes et d'interventions par type de maltraitance

| Type de maltraitance                               | Plaintes       |              | Interventions  |              | Total        |
|----------------------------------------------------|----------------|--------------|----------------|--------------|--------------|
|                                                    | Nbre de motifs | %            | Nbre de motifs | %            | xx (%)       |
| Discrimination et âgisme                           | 0              | 0,0 %        | 0              | 0,0 %        | 0,0 %        |
| Maltraitance matérielle                            | 0              | 0,0 %        | 2              | 20,0 %       | 15,4 %       |
| Maltraitance organisationnelle (soins et services) | 0              | 0,0 %        | 1              | 10,0 %       | 7,7 %        |
| Maltraitance physique                              | 2              | 66,7 %       | 3              | 30,0 %       | 38,5 %       |
| Maltraitance psychologique                         | 0              | 0,0 %        | 4              | 40,0 %       | 30,8 %       |
| Maltraitance sexuelle                              | 1              | 33,3 %       | 0              | 0,0 %        | 7,7 %        |
| Violation des droits                               | 0              | 0,0 %        | 0              | 0,0 %        | 0,0 %        |
| <b>Total</b>                                       | <b>3</b>       | <b>100 %</b> | <b>10</b>      | <b>100 %</b> | <b>100 %</b> |

## Annexe V — Description des mesures apportées par type de maltraitance

| Motifs                                             | Mesures d'amélioration fréquentes | Exemples de mesures concrètes |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| Discrimination et âgisme                           | N/A                               | N/A                           |
| Maltraitance matérielle                            | 0                                 | 0                             |
| Maltraitance organisationnelle (soins et services) | 0                                 | 0                             |
| Maltraitance physique                              | 0                                 | 0                             |
| Maltraitance psychologique                         | 0                                 | 0                             |
| Maltraitance sexuelle                              | 0                                 | 0                             |
| Violation des droits                               | N/A                               | N/A                           |

## Annexe VI — Nombre de dossiers et proportion des situations de maltraitance selon l'instance

| Instance visée                                   | Total de dossiers conclus | Proportion (%) |
|--------------------------------------------------|---------------------------|----------------|
| Installations CH                                 | 12                        | 3,93 %         |
| Installations CHSLD publics                      | N/A                       | N/A            |
| Centres locaux de services communautaires (CLSC) | N/A                       | N/A            |
| Résidences privées pour personnes âgées (RPA)    | N/A                       | N/A            |
| Ressources de type familial (RTF)                | N/A                       | N/A            |
| Ressources intermédiaires (RI)                   | N/A                       | N/A            |
| Ressources à assistance continue (RAC)           | N/A                       | N/A            |
| Autres milieux                                   | N/A                       | N/A            |
| <b>Total</b>                                     | <b>12</b>                 | <b>3,93 %</b>  |

## Annexe VII — Principales recommandations formulées par le commissaire durant l'année d'exercice (Dossiers hors situation de maltraitance (une page maximum))

| L'énoncé de la recommandation                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Les constats clés ayant mené à la recommandation                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Instance concernée                | Suivi/état d'avancement                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|
| <p>1. En conséquence, nous recommandons à la Direction des soins infirmiers de prendre les mesures nécessaires afin d'assurer une application uniforme des soins post mortem dans l'ensemble de l'établissement.</p>                                                                                                                                                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Variabilité des pratiques de soins post mortem entre les unités.</li> <li>• Application non uniforme des méthodes et outils cliniques existants.</li> <li>• Risque d'atteinte à la dignité des usagers décédés et à la cohérence des soins.</li> <li>• Besoin d'harmonisation organisationnelle pour soutenir les équipes et assurer des standards clairs.</li> </ul> | Recommandation d'ordre systémique | Réalisée par la direction concernée.   |
| <p>2. Par souci d'amélioration de l'accès aux services, je recommande à la Direction de la fluidité et des plateaux d'intervention avec la collaboration de la Direction des soins infirmiers d'amorcer une réflexion visant à revoir le processus qui encadre l'attribution de plages opératoires pour les usagers P4-P5, en attente de chirurgie cardiaque, afin de favoriser la mise en place d'un processus clair et encadré.</p> | Attribution des plages opératoires P4 P5 peu encadrée, justifiant une clarification et une harmonisation du processus afin d'assurer l'équité et la transparence                                                                                                                                                                                                                                               | Recommandation d'ordre systémique | Acceptée et des travaux sont en cours. |

**Annexe VIII — Principales recommandations formulées durant l'année d'exercice par le médecin examinateur (une page maximum)**

| La formulation de la recommandation                                                                                                                    | Les constats clés ayant mené à la recommandation                                                                                               | Instance concernée                | Suivi/état d'avancement                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 1. Revue par le comité de l'acte médical afin d'assurer le respect du choix du chirurgien, le consentement éclairé et un suivi postopératoire adéquat. | Manquements à l'information, au consentement éclairé et à la communication pré et postopératoire dans un contexte de changement de chirurgien. | Recommandation d'ordre systémique | En attente de suivi (date de rencontre du comité à venir). |

