

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 de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services de l'Institut de cardiologie de Montréal, le 29 mai 2026.



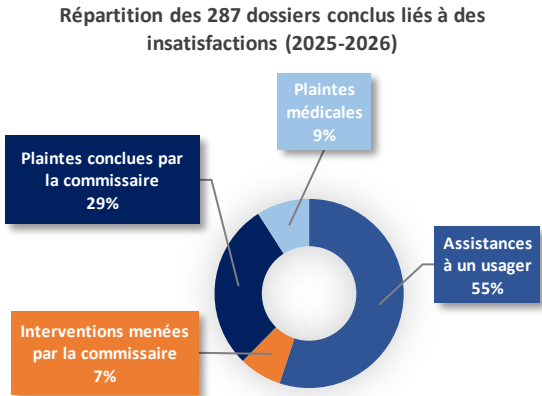
Table des matières

Portrait des activités de la commissaire en un coup d'œil	1
Liste des acronymes	2
Lettre de présentation au Président du conseil d'administration de l'établissement	3
Lettre de présentation à la Commissaire nationale	3
Mot de la commissaire	4
Coup d'œil sur l'Institut de cardiologie de Montréal	5
Présentation du rapport	6
Chiffres clés de l'année	7
1. Bilan des activités de la commissaire	9
1.1. Plaintes générales traitées par la 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	12
1.2. Interventions	13
1.2.1. Exemples issus du traitement des interventions	13
1.2.2. Bilan des interventions effectuées	14
1.3. Bilan des dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires	15
1.4. Bilan des dossiers d'assistance	16
1.5. Bilan des demandes de consultation	18
1.6. Sur le terrain	18
1.6.1. Autres activités de la commissaire	18
1.6.2. Dans leurs mots	19
1.6.3. Bilan des plaintes et des interventions sur la maltraitance	19
2. Bilan des activités des médecins examinateurs	20
2.1. Exemples issus du traitement des plaintes médicales	20
2.2. Bilan des plaintes médicales	21
2.3. Bilan des dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires	23
Conclusion	24
Annexes	25

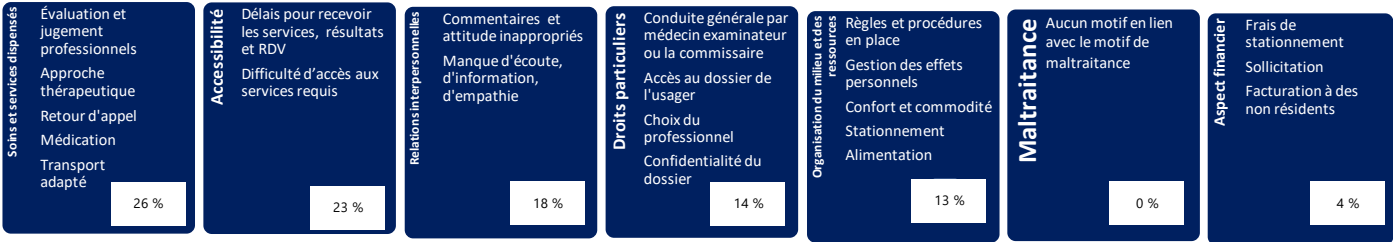
Portrait des activités de la commissaire en un coup d'œil

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

	Nombre	Variation année précédente
Dossiers liés à des insatisfactions conclus par la commissaire et les médecins examinateurs	287	+ 3 %
• Plaintes conclues par la commissaire	82	+37 %
• Interventions menées par la commissaire	21	-28 %
• Assistances à un usager	158	-3 %
• Plaintes médicales	26	Idem
Mesures correctives	129	+5 %
• Plaintes	82	+11 %
• Interventions	21	-19 %
• Plaintes médicales	26	+13 %

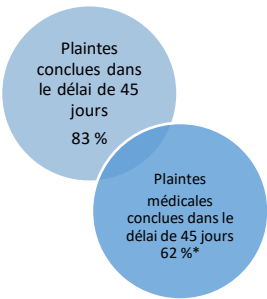


Motifs de plaintes, plaintes médicales, interventions et assistances

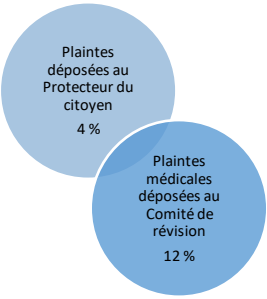


Mission	Plaintes et interventions	Plaintes médicales
CH	106	26
CLSC	N/A	N/A
Hébergement longue durée (MDA, CHSLD, RPA, RI, etc.)	N/A	N/A
Centre jeunesse (CRJDA)	N/A	N/A
DI-TSA-DP	N/A	N/A
Dépendance	N/A	N/A
Autre	N/A	N/A

Respect des délais



Recours à une 2^e instance



Plaintes et interventions rapportées en lien avec des situations de maltraitance

Années	Nombre de dossiers de plaintes et d'interventions conclus	Variation année précédente (%)
2023-2024	1	+100 %
2024-2025	0	-100 %
2025-2026	0	--

*Délais de traitement des plaintes médicales : tel que décrit ci-après, ce pourcentage correspond à la proportion des plaintes médicales conclues à l'intérieur du délai de 45 jours, calculé entre la date de transfert de la plainte au médecin examinateur et la date de transmission de ses conclusions. Voir page 22 pour davantage d'explications.

Liste des acronymes

AVC	Accidents vasculaires cérébraux
CA	Conseil d'administration
CAAP	Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CNPQS	Commissaire nationale aux plaintes et à la qualité des services
COMMISSAIRE	Commissaire aux plaintes et à la qualité des services
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
CVQ	Comité de vigilance et de la qualité
DMSP	Directeur médical et des services professionnels
DSI	Direction des soins infirmiers
GMF	Groupe de médecine familiale
ICM	Institut de cardiologie de Montréal
INPLPP	Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel
LGSSSS	Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux
MDA	Maison des aînés
MDAMA	Maison des aînés et maisons alternatives
REP	Régime d'examen des plaintes
RI	Ressource intermédiaire
RLS	Réseau local de services
RPA	Résidence privée pour aînés
RTF	Ressource de type familial
SIGPAQS	Système d'information de gestion des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services

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

Me Éric Bédard
Président
Conseil d'administration d'établissement
Institut de cardiologie de Montréal

Monsieur le Président,

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 de cardiologie de Montréal, pour la période du 1^{er} avril 2025 au 31 mars 2026.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma considération distinguée.



Gabrielle Alain-Noël
La Commissaire aux plaintes et à la qualité des services
Institut de cardiologie de Montréal

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 de l'Institut de cardiologie de Montréal, pour la période du 1^{er} avril 2025 au 31 mars 2026.

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



Gabrielle Alain-Noël
La Commissaire aux plaintes et à la qualité des services
Institut de cardiologie de Montréal

Mot de la commissaire

L'année 2025-2026 a été marquée par la poursuite de l'intégration au sein du bureau de la commissaire nationale aux plaintes et à la qualité des services, offrant des occasions précieuses de soutien, d'échanges, d'harmonisation des pratiques et de partage des expertises.

Le bureau de la commissaire fonctionne conjointement entre l'ICM et l'INPLPP. Ce partage de ressources assure la continuité et la stabilité du régime d'examen des plaintes malgré le volume important de dossiers traités. La commissaire adjointe exerce également ses fonctions au sein des deux établissements, avec le soutien précieux de l'équipe administrative.

Au quotidien, chaque situation portée à notre attention, souvent empreinte d'émotions et d'attentes légitimes, est analysée avec rigueur et impartialité afin d'en dégager des apprentissages et d'orienter des améliorations concrètes.

Les situations traitées cette année mettent en évidence des enjeux bien présents. L'accessibilité aux soins et aux services demeure une préoccupation importante pour les usagers et leurs proches. La qualité des relations interpersonnelles s'impose également comme un élément central de leur expérience. Les constats réalisés témoignent de la complexité croissante des trajectoires de soins et rappellent que, derrière chaque situation, se trouvent des besoins d'écoute, de clarté et de cohérence.

L'augmentation des plaintes observée cette année témoigne de ces préoccupations. Elle traduit des attentes élevées à l'égard de la qualité et de la continuité des services, tout en renforçant le rôle du bureau de la commissaire comme levier d'amélioration continue. Elle met également en lumière l'importance d'une approche proactive, où l'analyse des situations permet non seulement de répondre aux insatisfactions, mais aussi de prévenir leur récurrence et de soutenir l'évolution des pratiques.

Je tiens à exprimer ma sincère reconnaissance à l'ensemble de mon équipe, et tout particulièrement à la commissaire adjointe, madame Hélène St-Amour, qui assume une contribution déterminante au traitement des dossiers soumis à mon bureau. Leur engagement quotidien, leur sens de l'écoute ainsi que leur rigueur contribuent de manière significative à la qualité des services. Je remercie également les médecins examinateurs, les gestionnaires, les directions ainsi que nos partenaires, notamment le comité des usagers, pour leur collaboration essentielle et leur ouverture. Je souhaite enfin souligner l'apport précieux des membres du CVQ dans le suivi des engagements, des recommandations et du respect des droits des usagers.



Gabrielle Alain-Noël
Commissaire aux plaintes et de la qualité des services



Coup d'œil sur l'Institut de cardiologie de Montréal

Tableau 1 Coup d'œil sur l'établissement



L'ICM est un établissement reconnu pour l'offre de soins ultraspécialisés en cardiologie et en chirurgie cardiovasculaire. Sa mission s'articule autour de quatre axes complémentaires : la dispensation de soins de haute qualité, l'enseignement, la prévention des maladies cardiovasculaires et le développement des connaissances par la recherche.

	Population Mission nationale	Superficie du territoire Mission nationale
Installations		
CH : 1	CLSC : N/A	PSL : N/A
CRJDA : NA	CRDP / DITSA : N/A	CHSLD / MDAMA : N/A
Réseau territorial de services de santé et de services sociaux (RTSSSS)		
RLS : N/A	GMF : N/A	RPA : N/A
RI : N/A	RTF : N/A	CHSLD privés : N/A
Organismes communautaires : N/A	Cliniques non GMF : N/A	Maison de naissance : N/A
Centre de détention : N/A	Entreprises ambulanciers : N/A	
Ressources humaines		
Employés : 2477	Cadres supérieurs : 18	Médecins : 213
Bénévoles : 90	Stagiaires* : 686	Usagers partenaires : 60

* 686 stagiaires au total: 422 *fellows* et résidents, 144 stagiaires en sciences infirmières, 120 autres catégories

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 de la commissaire locale 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^{er} 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

→ Faits saillants et messages clés

- Hausse des dossiers de plaintes et recours important aux assistances.
- Attentes élevées des usagers quant à la qualité des soins et des services, dans un contexte d'expérience usager de plus en plus exigeante.
- Accessibilité, communication et coordination des soins demeurent au cœur des insatisfactions.

Volume d'activités

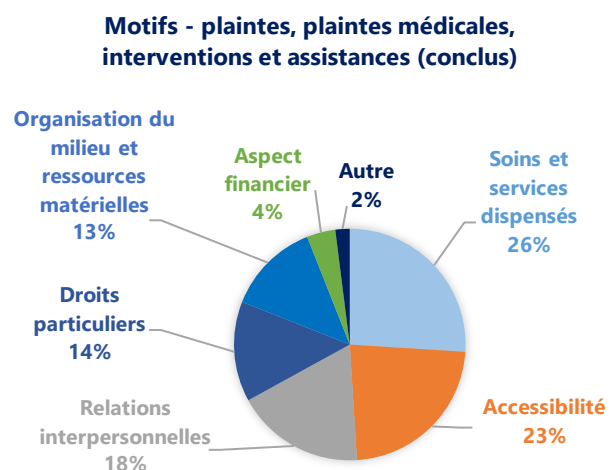
L'analyse des données pour l'année 2025–2026 met en évidence une légère augmentation du volume global de dossiers reçus, avec un total de 310 dossiers, incluant les consultations, comparativement à 302 l'année précédente, en hausse de 2,6 %. L'augmentation du volume global de dossiers observée entre 2024-2025 et 2025-2026 s'inscrit dans une tendance à la hausse déjà amorcée, bien que de manière plus modérée au cours du dernier exercice. Cette progression est particulièrement marquée par l'augmentation des plaintes et par la complexité croissante des situations traitées.

On observe également une accessibilité accrue du régime, notamment grâce au déploiement du formulaire Web. Bien que cet outil ait été implanté en cours d'exercice 2024-2025, son utilisation a connu une progression importante en 2025-2026, passant de 22 à 69 dossiers.

De ces 310 dossiers reçus, 287 ont été conclus en 2025-2026, soit une légère augmentation de 2 % par rapport à l'année précédente, avec 282 dossiers. Parmi ces dossiers, 82 plaintes ont été conclues par la commissaire et 26 par les médecins examinateurs. À cela s'ajoutent 16 interventions, toutes réalisées à la suite de signalements auprès de la commissaire. Par ailleurs, 156 demandes d'assistance ont été adressées, confirmant le rôle central du bureau de la commissaire comme instance d'accompagnement et de soutien, en amont du processus formel de plainte.

La répartition des motifs d'insatisfaction met en évidence une prédominance des enjeux liés aux soins et services dispensés à 26 % et à l'accessibilité à 23 %, qui constituent à eux seuls près de la moitié des situations traitées. Les relations interpersonnelles, avec 18 %, occupent également une place importante, soulignant l'impact déterminant de la communication et de la qualité des interactions sur l'expérience des usagers.

La prédominance des enjeux liés aux soins et services s'inscrit directement dans la mission première de l'ICM, soit la dispensation de soins spécialisés et ultraspécialisés en cardiologie,



Ces données témoignent d'enjeux transversaux liés à la continuité des soins, à la fluidité des parcours, tant en période préopératoire que postopératoire, et à la qualité de l'expérience usager dans un contexte de soins cardiaques spécialisés.

L'absence de signalement en matière de maltraitance constitue un élément notable pour l'année 2025-2026. Cette situation doit toutefois être interprétée à la lumière des particularités de l'établissement, notamment la courte durée moyenne des séjours, qui peut limiter les occasions d'observation ou de divulgation de telles situations.

Dans ce contexte, l'établissement demeure vigilant et poursuit ses efforts en matière de prévention. Les documents institutionnels sont actuellement en cours de mise à jour, et des formations à l'intention du personnel sont prévues. Ces initiatives s'inscrivent dans une démarche continue de sensibilisation et visent à renforcer la capacité des équipes à reconnaître, prévenir et signaler toute situation de maltraitance.

Résultats et impacts

Les mesures et recommandations servent à améliorer la qualité des soins et à prévenir les insatisfactions. Au total, 103 mesures ont été mises en place cette année, et 26 recommandations ont été formulées, dont 5, représentant 19 %, émises par la commissaire et 21, correspondant à 81 %, émises par les médecins examinateurs. Parmi les recommandations de la commissaire, aucune n'est individuelle et 5, correspondant à 100 %, sont systémiques, alors que celles des médecins examinateurs se répartissent ainsi : 5 individuelles, correspondant à 24 %, et 16 systémiques, représentant 76 %.

La majorité des recommandations, soit 81 %, proviennent des médecins examinateurs, ce qui reflète la complexité des enjeux cliniques et médicaux traités. Quant aux recommandations de la commissaire, celles-ci sont entièrement de portée systémique, témoignant d'une approche orientée vers l'amélioration organisationnelle. Globalement, 76 % des recommandations ont une portée systémique, ce qui démontre une volonté claire d'agir sur les causes sous-jacentes des problématiques plutôt que sur des situations isolées.

Pour 2025-2026, les enjeux relationnels observés dans les dossiers s'inscrivent dans un contexte de pression organisationnelle accrue, marqué par une réorganisation des services, une augmentation des volumes d'activités de chirurgie et des contraintes budgétaires. Bien que positif pour les usagers, cette augmentation, combinée à des besoins d'adaptation des pratiques et à des ressources limitées, peut influencer sur la qualité des communications et des interactions, malgré l'engagement des équipes. Elle souligne l'importance de soutenir les équipes afin de préserver des relations de qualité avec les usagers.

Quant aux délais d'accès aux services, plusieurs initiatives ont été mises en place, notamment la création d'un comité visant l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des soins en ambulatoire, notamment des travaux ciblés pour réduire les délais de consultation en cardiologie. Toutefois, les travaux de certains comités ont été ralentis ou temporairement suspendus en raison des moyens de pression des médecins spécialistes, ce qui a limité la progression de certaines actions structurantes.

1. Bilan des activités de la 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.¹

1.1. Plaintes générales traitées par la commissaire

1.1.1. Exemples issus du traitement des plaintes générales

1^{er} exemple

Un usager rapporte un incident grave lors du retrait d'un cathéter veineux central, ayant entraîné un malaise sévère, des complications neurologiques et une hospitalisation prolongée. Il questionne le respect du protocole ainsi que l'absence de rencontre formelle de divulgation auprès de sa famille à la suite de l'événement.

Le retrait d'un cathéter doit respecter les techniques reconnues qui sont la manœuvre de Valsalva, le pansement occlusif adéquat et une période de repos suffisante. La politique de l'établissement exige également une divulgation complète, incluant une rencontre subséquente en cas de conséquences graves.

L'examen a démontré que certaines étapes essentielles de la technique n'ont pas été appliquées de façon complète, notamment en matière de consignes respiratoires, de durée de repos et de type de pansement. De plus, la divulgation subséquente requise par la politique n'a pas été réalisée.

Une analyse de type événement sentinelle a été réalisée. Les pratiques ont été revues et standardisées autour de techniques reconnues. Une formation a été offerte aux équipes concernées, des ajustements cliniques ont été apportés et un suivi rigoureux du plan d'action a été assuré.

Cet événement a permis de renforcer l'uniformité des pratiques, d'améliorer la sécurité des soins et de consolider les mécanismes de divulgation, contribuant ainsi à une meilleure qualité des services.

¹ LGSSSS, art. 671

2^e exemple

Un usager décrit un parcours de soins marqué par des délais, une coordination insuffisante et des lacunes dans la communication entourant une chirurgie cardiaque. Il rapporte des difficultés d'accès aux services préopératoires ainsi qu'un suivi postopératoire qu'il juge inadéquat, notamment en lien avec la gestion de la douleur, la survenue d'une péricardite et la continuité des soins. Cette expérience a contribué à une perte de confiance et à un sentiment d'insécurité.

Les trajectoires de soins devraient garantir l'accessibilité, la continuité et la coordination des services. Le suivi postopératoire doit être structuré, réactif et adapté à l'évolution clinique, incluant les complications, tout en assurant une communication claire et efficiente entre les intervenants et avec l'utilisateur.

L'examen du dossier montre que plusieurs interventions ont été réalisées conformément aux pratiques attendues. Toutefois, des enjeux de continuité et de fluidité persistent, particulièrement dans la prise en charge des complications postopératoires. Ces lacunes ont entraîné des consultations répétées à l'urgence et contribué au sentiment d'insécurité exprimé par l'utilisateur.

Des mesures correctrices ont été mises en place, incluant la réorganisation du suivi postopératoire avec une couverture étendue, l'amélioration de la coordination avec les infirmières de liaison, un suivi accru des listes d'attente et l'optimisation des trajectoires de soins. Une recommandation vise également l'élaboration d'un protocole spécifique pour les péricardites récidivantes, favorisant un accès plus rapide au suivi spécialisé.

Ces actions visent à renforcer la continuité des soins, à réduire le recours à l'urgence et à améliorer la prise en charge des complications.

1.1.2. Bilan des plaintes générales

➡ Faits saillants et messages clés

- Les plaintes traduisent des attentes élevées en matière de qualité des soins, de continuité et de communication.
- Elles confirment l'importance de l'expérience usager, même en contexte de soins spécialisés.
- Elles traduisent l'importance déterminante de la qualité des interactions, même lorsque les soins cliniques sont jugés adéquats.
- Elles constituent un levier concret d'amélioration des pratiques.

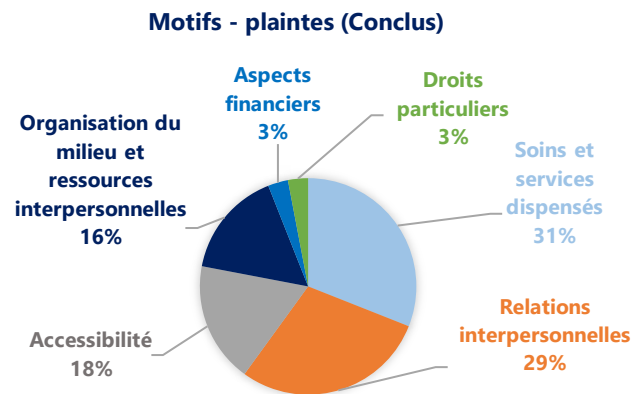
Volume d'activités

Au cours de la période considérée, 90 plaintes ont été reçues, représentant une augmentation de 55 % par rapport à l'exercice 2024-2025. Parmi celles-ci, 90 % ont été jugées recevables et traitées conformément aux mécanismes prévus par la loi.

L'analyse des 146 motifs de plaintes conclus met en évidence une prédominance des enjeux liés aux soins et services dispensés qui représentent 31 % et aux relations interpersonnelles qui se situent à 29 %.

❖ **Qualité des soins et continuité au cœur des attentes**

Les enjeux liés aux soins et services traduisent des préoccupations portant principalement sur la compétence professionnelle, les interventions réalisées et la continuité des soins, notamment en matière de coordination et de suivi. Les usagers rapportent des trajectoires fragmentées, tant en période préopératoire que postopératoire, caractérisées par des ruptures dans le suivi, la multiplicité des intervenants, des difficultés de communication entre les équipes et une prise en charge parfois perçue comme manquant de cohérence.



❖ **Communication déterminante dans l'expérience des usagers**

Les enjeux relationnels occupent une place centrale, particulièrement en lien avec la communication, l'attitude du personnel et le manque d'information. Les commentaires inappropriés, le manque d'écoute, d'empathie ou de clarté sont fréquemment soulevés. Ces éléments témoignent de l'importance déterminante de la qualité des interactions dans l'expérience des usagers, même en présence de soins cliniquement adéquats. Ces dimensions, bien qu'intangibles parfois, constituent souvent des facteurs déterminants dans la décision de porter plainte.

❖ **Défis persistants d'accessibilité**

Les enjeux d'accessibilité touchent principalement les délais pour obtenir un rendez-vous avec un cardiologue, des résultats d'examen ou un renouvellement d'ordonnance, contribuant à un sentiment d'incertitude dans le parcours de soins. Ces constats s'inscrivent dans un contexte où les usagers se montrent généralement compréhensifs à l'égard des délais d'attente, présent dans l'ensemble du réseau de la santé. Toutefois, lorsque les délais deviennent plus importants et que l'information demeure limitée, notamment en l'absence de suivi après la réalisation d'examens, un sentiment d'incertitude et d'insécurité peut s'installer. Cette situation met en évidence l'importance d'une communication proactive et d'un suivi adéquat afin d'accompagner les usagers tout au long de leur trajectoire de soins.

En moindre nombre, des enjeux liés au milieu de soins sont également présents, notamment en ce qui concerne le confort, le bruit, l'organisation des services alimentaires, la gestion des biens personnels et certaines règles de fonctionnement (utilisation du cellulaire personnel). Bien que secondaires, ces éléments influencent directement l'expérience globale.

Enfin, les aspects financiers étant de 3 % et les droits particuliers également de 3 %, demeurent marginaux, mais rappellent l'importance de maintenir une vigilance en matière d'équité et de respect des droits des usagers.

Résultats et impacts

Sur l'ensemble des plaintes analysées, 40 % se sont révélées fondées ou partiellement fondées, menant à la mise en place de 77 mesures d'amélioration et à 5 recommandations de la commissaire. Ces résultats témoignent de la présence d'enjeux réels dans l'expérience des usagers, mais également de la proactivité des gestionnaires qui ont mis en œuvre des actions concrètes afin de corriger les situations et prévenir leur récurrence. Ils illustrent le rôle structurant du bureau de la commissaire comme levier d'amélioration continue au sein de l'organisation.

La commissaire a également maintenu ses efforts en matière d'amélioration continue afin d'assurer un traitement diligent des plaintes. Dans l'ensemble, les délais de traitement des plaintes démontrent une performance globalement satisfaisante, avec 83 % des plaintes conclues à l'intérieur du délai légal de 45 jours. Ce résultat témoigne d'une bonne capacité organisationnelle à traiter les dossiers dans un délai raisonnable, malgré des enjeux cliniques et organisationnels de plus en plus complexes. Cette réalité s'explique notamment par les exigences associées à l'analyse des dossiers, mais elle commande néanmoins le maintien d'une vigilance soutenue afin d'assurer la fluidité du régime d'examen des plaintes (REP).

Par ailleurs, le délai moyen de traitement s'est établi à 40 jours, en augmentation par rapport aux 38 jours observés en 2024-2025 et en diminution par rapport aux 48 jours en 2023-2024.

Dans ce contexte, les délais de traitement apparaissent non seulement comme un indicateur de performance, mais également comme un levier d'amélioration continue, contribuant directement à la confiance des usagers envers le REP.

1.1.3. Bilan des dossiers soumis au Protecteur du citoyen

Conformément aux dispositions législatives en vigueur, tout usager qui demeure insatisfait à la suite du traitement de sa plainte par la commissaire peut exercer un recours auprès du Protecteur du citoyen. Le respect du délai maximal de 45 jours pour la transmission de la conclusion constitue une obligation légale ; à défaut, l'utilisateur peut également s'adresser à cette instance de deuxième recours.

Le Protecteur du citoyen agit comme instance indépendante, offrant un regard impartial sur le traitement des dossiers par le bureau de la commissaire et contribuant à l'amélioration continue des pratiques.

Au cours de l'exercice 2025-2026, le nombre de dossiers acheminés au Protecteur du citoyen est demeuré stable par rapport à l'année précédente, avec trois dossiers. Aucun de ces dossiers n'a donné lieu à une recommandation.

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.²

1.2.1. Exemples issus du traitement des interventions

1^{er} exemple

Un usager, ne souhaitant pas déposer de plainte décrit un prélèvement à l'aîne vécu comme intrusif, réalisé dans un contexte où il ne se sentait pas en mesure de consentir librement, en raison notamment de barrières linguistiques. Il rapporte également la mise en place de mesures d'isolement par le service de prévention et de contrôle des infections, sans explication claire, ce qui a engendré un sentiment d'abandon, d'incompréhension et de détresse.

Toute intervention doit reposer sur un consentement libre et éclairé, obtenu grâce à une communication adaptée à la compréhension de l'usager. Les mesures d'isolement doivent être accompagnées d'explications précises quant à leur raison, leur durée et leur suivi, tout en assurant un accompagnement adéquat afin de prévenir les sentiments d'isolement ou de stigmatisation.

L'examen confirme que la décision de réaliser une ponction fémorale était justifiée dans un contexte clinique complexe, marqué par des tentatives répétées de prélèvement infructueuses. Toutefois, des lacunes importantes ont été relevées quant à la qualité de la communication et à l'obtention du consentement, particulièrement en présence d'une barrière linguistique. Par ailleurs, l'enseignement entourant les mesures d'isolement s'est avéré insuffisant, aucune information claire n'ayant été documentée.

Des actions ont été entreprises : rappel aux résidents et fellows sur l'importance du consentement éclairé et de la communication adaptée, rencontres avec les infirmières concernées et renforcement des pratiques d'enseignement liées aux mesures d'isolement. Ces mesures visent à améliorer la qualité de l'information, à renforcer le respect des usagers et à soutenir des pratiques de soins plus humaines et sécuritaires.

2^e exemple

Un signalement fait état d'un environnement bruyant à l'urgence, attribuable à une porte à forte circulation, ainsi que d'interactions perçues comme peu respectueuses avec certains membres du personnel. Le signalant décrit un ton jugé froid et autoritaire, notamment lors d'interventions liées à l'utilisation de son téléphone cellulaire. Il mentionne également un refus de changement de chambre et un manque d'accommodement face à son inconfort.

² LGSSSS, art. 698

Les milieux de soins doivent offrir, dans la mesure du possible, un environnement sécuritaire et propice au repos. Les interventions doivent se dérouler dans un climat respectueux, empreint de professionnalisme, avec des explications claires adaptées à la situation. Les décisions organisationnelles doivent être justifiées et comprises par l'utilisateur.

L'examen confirme la présence d'une nuisance sonore connue, liée à une porte à forte circulation. Malgré certaines contraintes techniques, des démarches ont déjà été entreprises pour en limiter l'impact. Sur le plan relationnel, des écarts ont été observés dans la qualité des interactions, notamment quant au ton employé dans un contexte clinique exigeant. Par ailleurs, des zones d'ambiguïté subsistent concernant l'encadrement de l'utilisation des appareils électroniques.

Des actions ont été mises en place : rencontre de l'employé concerné et sensibilisation à l'importance d'une communication respectueuse; rappels à l'équipe quant aux attentes en matière d'accueil et d'échanges avec les usagers; renforcement de mesures locales visant à atténuer le bruit; réflexion en cours pour clarifier les balises liées à l'utilisation des appareils électroniques.

Ces démarches visent à améliorer le milieu de soins, les interactions et la sécurité des usagers.

1.2.2. Bilan des interventions effectuées

→ Faits saillants et messages clés

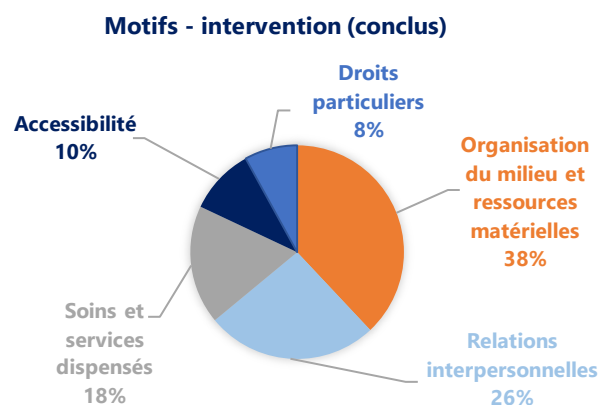
- Les interventions ciblent principalement des enjeux tangibles ayant un impact immédiat sur l'expérience des usagers.
- Les correctifs ont été implantés dans l'ensemble des situations, démontrant une bonne réactivité des équipes.

Volume d'activités

Au cours de l'exercice 2025-2026, la commissaire a poursuivi son mandat de surveillance et de protection des droits des usagers. Les interventions réalisées découlent des signalements reçus quant au respect des droits des usagers.

Au total, 21 interventions ont été menées cette année, soit une diminution de 8 interventions, représentant 28 % par rapport à l'exercice précédent. L'analyse des motifs d'intervention met en évidence une concentration des enjeux autour de l'organisation du milieu et des ressources matérielles, avec 38 %, suivie des relations interpersonnelles avec 26 % et des enjeux liés aux soins et services dispensés de 18 %.

❖ Irritants liés à l'environnement de soins



Une proportion importante des interventions concerne l'environnement de soins, notamment l'alimentation, le confort, le bruit, les équipements, le stationnement, la signalisation et la gestion des biens personnels. Ces situations, bien que souvent ponctuelles, influencent directement la qualité perçue des services et nécessitent des ajustements rapides afin d'améliorer l'expérience des usagers. Les enjeux liés au bruit et au confort se concentrent toutefois principalement dans une unité spécifique, composée d'une chambre à quatre usagers, n'ayant pas encore fait l'objet de rénovations. Dans un contexte de contraintes budgétaires, ces aménagements n'ont malheureusement pas été priorisés à ce jour.

❖ Relations interpersonnelles à surveiller

Les relations interpersonnelles représentent également une part importante des interventions, notamment en lien avec des commentaires inappropriés, un manque d'empathie ou des lacunes dans la communication. Ces constats rejoignent ceux observés dans les plaintes et confirment l'importance de la qualité des interactions dans l'expérience globale des usagers.

❖ Enjeux ponctuels liés aux soins et à la coordination

Les enjeux liés aux soins et services, bien que moins fréquents, concernent principalement la coordination des interventions, le suivi et certaines pratiques cliniques. Ils traduisent des besoins ponctuels d'ajustement dans la prise en charge, souvent dans des situations spécifiques.

Enfin, les enjeux d'accessibilité représentent 10 % et ceux des droits des usagers de 8 % demeurent présents, notamment en lien avec les délais et la confidentialité, bien qu'ils soient moins prépondérants dans les interventions.

Résultats et impacts

À l'issue de ces interventions, 21 mesures d'amélioration ont été prises par les instances concernées et leur mise en œuvre intégrale a été réalisée avant la fin de l'exercice. Aucune recommandation n'a été émise par la commissaire suite à la conduite des interventions.

Le délai moyen de traitement des interventions s'établit à 48 jours, ce qui représente une augmentation de un jour par rapport à l'exercice 2024-2025 qui avait une moyenne de 47 jours.

1.3. Bilan des dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires³

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

³ LGSSSS, art. 684

1.4. Bilan des dossiers d'assistance

Selon la LGSSSS, tout commissaire aux plaintes et à la qualité des services s'assure que la personne qui le requiert est assistée pour la formulation de sa plainte ou pour toute démarche relative à sa plainte, y compris auprès du comité de révision.⁴ Cependant, les commissaires portent assistance aux usagers dans plusieurs autres démarches.

Faits saillants et messages clés

- Les assistances confirment que le bureau de la commissaire joue un rôle central d'accompagnement lorsque les usagers ne parviennent pas à obtenir de réponse dans leur parcours.
- Le recours aux assistances reflète un besoin accru de soutien dans un système perçu comme complexe, notamment en matière d'accès et de communication.
- Les interventions rapides permettent de résoudre des situations en amont et de prévenir leur transformation en plaintes formelles.

Volume d'activités

Cent cinquante-huit dossiers d'assistance ont été conclus en 2025-2026, dont 30 % ont été réglés en moins de trois jours et 53 % dans un délai de sept jours ou moins. Ce délai rapide reflète la nature souvent immédiate de ces situations, bien que certaines nécessitent des validations ou des démarches auprès des gestionnaires et des équipes cliniques, ce qui peut allonger le traitement.

L'analyse des motifs des dossiers d'assistance met en évidence une prédominance des enjeux liés à l'accessibilité aux services de 35 % et aux droits des usagers de 28 %, qui représentent ensemble près des deux tiers des situations traitées. Cette répartition confirme que les assistances se distinguent des plaintes en étant davantage centrées sur la navigation dans le système et le besoin d'accompagnement des usagers.

❖ Difficultés d'accès et délais

Les enjeux d'accessibilité concernent principalement les délais pour obtenir un rendez-vous avec un cardiologue, des résultats d'examens, le renouvellement d'ordonnance, ainsi que certaines difficultés d'accès aux services requis. Ces situations traduisent des obstacles concrets rencontrés par les usagers dans leur parcours et illustrent des enjeux de fluidité qui les amènent à solliciter le bureau de la commissaire pour faire avancer leurs démarches.

❖ Besoin d'accompagnement dans la compréhension du régime d'examen des plaintes

Les demandes liées aux droits des usagers révèlent quant à elles un besoin important d'information et de compréhension du REP, de l'accès au dossier et des recours disponibles. Ces constats mettent en évidence le rôle du bureau de la commissaire comme instance de référence, contribuant à orienter et à accompagner les usagers dans leurs démarches.

⁴ LGSSSS, art.727

❖ Situations nécessitant une intervention rapide

Les demandes liées aux soins et services qui représentent 15 %, bien que moins nombreuses, révèlent des situations nécessitant une intervention rapide, notamment en lien avec les retours d'appel, le suivi des soins ou certaines démarches cliniques. Ces demandes traduisent des besoins ponctuels et permettent souvent de résoudre les situations en amont et de prévenir leur transformation en plainte formelle.

Les motifs liés à l'organisation du milieu, aux aspects financiers et aux relations interpersonnelles, bien que de moindre proportion dans les dossiers d'assistance, apportent un éclairage complémentaire sur l'expérience des usagers. Les enjeux organisationnels de 6 %, concernent principalement des éléments concrets du quotidien, tels que la gestion des biens personnels, le respect des règles ou les conditions de séjour. Les aspects financiers de 6 %, sont principalement liés aux frais de déplacement, de stationnement ou à certains processus administratifs. De leur côté, les relations interpersonnelles qui représentent 4 %, bien que moins fréquemment soulevées dans les assistances que dans les plaintes, concernent des enjeux de communication, d'écoute et d'attitude.

Ensemble, ces éléments, bien que secondaires, témoignent de la diversité des préoccupations exprimées et rappellent que l'expérience usager repose sur un ensemble de facteurs complémentaires, allant au-delà de l'accès aux services pour inclure l'accueil, l'environnement et la qualité des interactions.

Les dossiers d'assistance illustrent la complexité du système de soins et le besoin, pour les usagers, de pouvoir compter sur un point d'appui accessible lorsqu'ils rencontrent des difficultés à obtenir une réponse par les mécanismes habituels. Ces constats soulèvent un enjeu à surveiller pour l'année 2026-2027, notamment en matière de fluidité des communications, de suivi des demandes et d'accessibilité des services, afin de mieux répondre aux attentes des usagers.

1.5. Bilan des demandes de consultation

Conformément à la LGSSSS, la commissaire est appelée à donner son avis sur toute question relevant de sa compétence lorsque celle-ci est sollicitée par le CA de Santé Québec, la CNPQS, le conseil d'administration d'établissement, les comités créés par ce dernier ainsi que tout autre conseil ou comité de l'établissement, y compris le comité des usagers.

Dans la pratique, les consultations émanent fréquemment des directeurs, gestionnaires et membres du personnel, qui sollicitent l'expertise du bureau de la commissaire afin d'agir en conformité avec les droits des usagers et de prévenir des situations pouvant mener au dépôt d'une plainte.

Il importe toutefois de rappeler que, dans un souci de préserver son indépendance et de garantir l'impartialité du régime, le bureau de la commissaire ne se prononce pas sur des situations cliniques spécifiques ni sur des décisions à prendre. Les interventions consistent principalement à transmettre des principes généraux, à préciser les droits des usagers et à expliquer les mécanismes en vigueur.

Au cours de l'année, 22 demandes de consultation ont été traitées. Celles-ci portaient majoritairement sur des enjeux liés au REP, notamment sur les rôles respectifs de la commissaire et du médecin examinateur, ainsi que sur la conduite des processus. Cette tendance témoigne d'un besoin constant de clarification et d'appropriation du cadre légal et procédural au sein de l'organisation.

Ces constats mettent en évidence le rôle du bureau de la commissaire comme ressource de référence et de soutien pour les équipes. Les consultations contribuent à renforcer une culture organisationnelle axée sur le respect des droits, la prévention des conflits et l'amélioration continue des pratiques.

1.6. Sur le terrain

1.6.1. Autres activités de la commissaire

Au cours de l'année 2025-2026, la commissaire et la commissaire adjointe ont poursuivi leurs activités de sensibilisation, de concertation et de développement des pratiques afin de soutenir l'amélioration continue de la qualité des soins et des services ainsi que la promotion des droits des usagers.

Plusieurs activités de formation et de perfectionnement ont été réalisées, notamment la formation Ceinture jaune LEAN ainsi que différentes formations offertes par le bureau de la CNPQS. La commissaire a également participé au colloque du Barreau du Québec portant sur la protection des personnes vulnérables.

Des activités de sensibilisation au REP ont aussi été menées auprès des gestionnaires. Par ailleurs, des formations et suivis sur la LGSSSS ont été offerts aux médecins examinateurs.

La commissaire et la commissaire adjointe ont également poursuivi leurs collaborations avec plusieurs partenaires internes et externes, dont la Fédération des CAAP et d'autres commissaires aux plaintes et à la qualité des services, notamment celle de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, qui exerce ses fonctions dans un milieu comportant des réalités similaires. Ces échanges ont permis le partage de pratiques, la réflexion sur des enjeux communs et le renforcement des mécanismes de concertation.

L'année a aussi été marquée par différentes activités liées à la sécurisation culturelle. La commissaire a participé à des formations, présentations et échanges portant sur les réalités des Premières Nations et des Inuits afin de favoriser une meilleure compréhension des réalités culturelles vécues par certains usagers de l'établissement.

Enfin, la commissaire et la commissaire adjointe ont participé à plusieurs instances organisationnelles, dont le CVQ, ainsi qu'à des rencontres régulières avec le comité des usagers et à diverses activités institutionnelles visant l'amélioration continue des pratiques et de l'expérience usager.

1.6.2. Dans leurs mots

« Beaucoup de travail et de temps investis à améliorer la qualité des services à l'ICM. C'est très apprécié ! »

1.6.3. Bilan des plaintes et des interventions sur la maltraitance

Au cours de l'exercice 2025–2026, aucune plainte ni intervention n'a été portée à l'attention du bureau de la commissaire.

2. Bilan des activités des médecins examinateurs

2.1. Exemples issus du traitement des plaintes médicales

1^{er} exemple

Le plaignant reproche au médecin d'avoir minimisé les risques liés à une intervention, de ne pas avoir répondu adéquatement à ses questions et de ne pas avoir tenu compte du souhait de l'utilisateur de ne pas être réanimé.

Le consentement libre et éclairé nécessite une information claire, complète et documentée sur les risques, bénéfices et alternatives. Les volontés de fin de vie doivent être consignées au dossier et accessibles à l'ensemble des intervenants.

L'analyse confirme l'absence de documentation des risques et du consentement dans le dossier. La feuille de niveaux de soins n'a pas été complétée, rendant les volontés de l'utilisateur non accessibles à l'équipe. La documentation préopératoire ne comportait pas d'estimation des risques.

Ce dossier a mené à des recommandations du médecin examinateur et permis de renforcer les exigences entourant le consentement éclairé et la traçabilité des volontés des usagers. Il souligne l'importance d'une documentation rigoureuse pour soutenir des décisions cliniques sécuritaires et alignées sur les valeurs des usagers.

2^e exemple

Les proches d'un usager dénoncent un manque de communication concernant la survenue d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) postopératoires, transmis tardivement et de façon non proactive, malgré la gravité de la situation. Ils rapportent avoir dû multiplier les démarches pour obtenir des informations.

Tout événement clinique significatif doit être communiqué rapidement aux proches lorsque l'utilisateur est inapte, et consigné au dossier. Une coordination claire entre les intervenants est requise afin d'assurer la continuité et la qualité des soins.

L'analyse met en évidence un manquement important dans la communication et sa documentation. Aucune preuve ne confirme que les proches ont été informés de façon adéquate. L'absence de coordination et de clarté des rôles entre les médecins a contribué à ce défaut.

Ce dossier a mené à des recommandations du médecin examinateur visant à améliorer la communication avec les proches, à clarifier les responsabilités médicales et à renforcer la traçabilité des échanges. Il favorise une coordination plus efficace et une communication proactive dans les situations cliniques complexes.

2.2. Bilan des plaintes médicales

→ Faits saillants et messages clés

- Attentes élevées à l'égard de la qualité de l'acte médical.
- Communication clinique au cœur de l'expérience usager.
- Enjeux liés aux droits et à la transparence de l'information.
- Complexité des parcours et continuité des soins.

Volume d'activités

Au cours de l'exercice 2025-2026, les médecins examinateurs ont reçu 26 plaintes médicales, soit une légère augmentation de 4 % par rapport à l'année précédente.

L'analyse des dossiers de plaintes médicales met en évidence une prédominance des enjeux liés aux soins et services dispensés représentant 56 %, suivie des enjeux liés aux relations interpersonnelles de 26 %, qui ensemble représentent plus de deux tiers des situations traitées.

- ❖ Qualité de l'acte médical au cœur des préoccupations

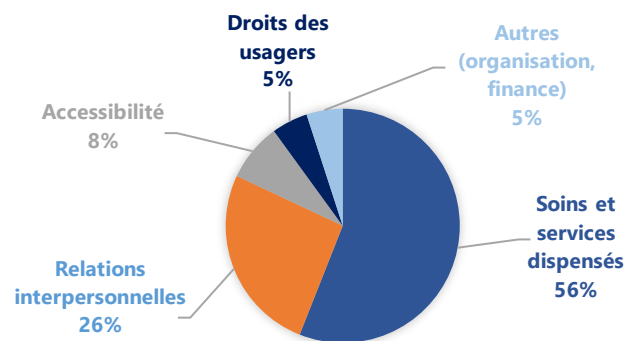
L'analyse met en évidence les préoccupations des usagers sur la qualité de l'acte médical. Les plaintes concernent notamment les décisions cliniques, soit 18 %, les interventions réalisées représentant 15 % et les approches thérapeutiques 10 %, ce qui traduit des attentes élevées à l'égard de la rigueur, de la pertinence et de la sécurité des soins dans un contexte hautement spécialisé.

- ❖ Communication clinique déterminante

Les relations interpersonnelles sont principalement liées à la communication avec les médecins, notamment le manque d'information, 13 %, de compréhension ou d'empathie. Plusieurs usagers rapportent également un sentiment de manque de temps lors des échanges, se sentant parfois peu écoutés ou considérés, dans des interactions perçues comme rapides ou insuffisamment approfondies.

Ces constats mettent en évidence le rôle central de la communication clinique dans l'expérience des usagers, tant pour la compréhension de leur situation de santé que pour leur adhésion au plan de traitement. Ils soulignent l'importance de consacrer un temps suffisant aux échanges et d'adopter une approche permettant de répondre aux besoins d'information et de réassurance des usagers, particulièrement dans un contexte clinique complexe.

Motifs - plaintes médicales (conclues)



❖ Enjeux ponctuels d'accès et de suivi

Les enjeux liés à l'accessibilité représentent 8 %, bien que moins fréquents, concernent les délais pour obtenir des rendez-vous ou le respect des échéanciers de suivi, ainsi que certaines situations de refus de services. Ces éléments contribuent au sentiment d'incertitude dans le parcours de soins et s'inscrivent en continuité avec les constats observés dans les plaintes administratives.

❖ Respect des droits et consentement

Les préoccupations en matière de droits des usagers de 5 %, sont également soulevées, notamment en lien avec le consentement libre et éclairé et l'accès à l'information sur l'état de santé. Ces situations rappellent l'importance de documenter adéquatement les échanges cliniques et de s'assurer que les informations transmises sont bien comprises.

Enfin, les enjeux liés à l'organisation du milieu et aux aspects financiers demeurent marginaux, confirmant que les plaintes médicales portent principalement sur des dimensions cliniques et relationnelles plutôt qu'organisationnelles.

Trois délais doivent être distingués dans l'analyse du traitement des plaintes médicales:

1. le délai d'assignation : délai entre le dépôt de la plainte auprès de la commissaire et son transfert à un médecin examinateur. Cette année, le délai moyen d'assignation s'est établi à 13 jours, identique à celui observé l'an dernier;
2. le délai légal : délai entre le transfert de la plainte au médecin examinateur et la transmission de ses conclusions. Le délai moyen de traitement a connu une augmentation, passant de 22 jours l'an dernier à 43 jours pour cette année;
3. le délai réel : délai total entre le dépôt de la plainte auprès de la commissaire et la transmission des conclusions du médecin examinateur. Le délai moyen réel s'élève à 54 jours cette année, comparativement à 38 jours lors de l'exercice précédent.

Cette augmentation des délais peut s'expliquer par plusieurs facteurs, notamment la complexité des dossiers analysés, l'implication de multiples intervenants ainsi que les exigences d'une analyse approfondie. L'entrée en fonction de nouveaux médecins examinateurs en novembre 2024 a également pu nécessiter une période d'adaptation, tout en contribuant à renforcer, à moyen terme, la capacité globale de traitement.

Résultats et impacts

Un total de 28 % des plaintes médicales ont été jugées fondées, ce qui a mené à la formulation de 21 recommandations. La majorité de ces recommandations, qui représentent 76 %, étaient de portée systémique, témoignant d'une volonté d'agir sur les pratiques organisationnelles, alors que 24 % visaient des ajustements à portée individuelle.

Ces constats illustrent le rôle structurant des plaintes médicales comme levier d'amélioration de la qualité des soins. Ils mettent également en évidence l'importance de poursuivre les efforts visant à optimiser les délais, tout en maintenant la rigueur et la profondeur des analyses réalisées.

Dans l'ensemble, les plaintes médicales démontrent que la qualité perçue des soins repose autant sur la rigueur clinique que sur la qualité des communications, dans un contexte où les usagers recherchent une information claire, cohérente et accessible tout au long de leur parcours. Elles soulignent l'importance d'une approche rigoureuse, transparente et centrée sur l'utilisateur, particulièrement dans un contexte d'ultraspecialisation où la compréhension et la confiance sont essentielles au parcours de soins.

2.3. Bilan des dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires⁵

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

À ce jour, le traitement de ce dossier n'est pas complété. Bien que les délais observés demeurent préoccupants, ils s'expliquent en partie par l'absence temporaire du responsable disciplinaire et la transmission du dossier à un nouveau responsable en cours de traitement.

⁵ LGSSSS, art. 688

Conclusion

L'année 2025-2026 a permis de poursuivre les efforts visant l'amélioration continue de la qualité des soins et des services offerts aux usagers de l'ICM, dans un contexte clinique et organisationnel de plus en plus complexe.

Certains enjeux demeurent toutefois à surveiller avec attention au cours de la prochaine année. L'accessibilité aux soins et aux services, la qualité des relations interpersonnelles ainsi que la complexité croissante des trajectoires de soins, souvent marquées par une multiplicité d'intervenants et de transitions, demeurent au cœur des préoccupations exprimées par les usagers et leurs proches. Ces enjeux nous interpellent collectivement. Ils rappellent que derrière chaque situation se trouve une expérience vécue qui appelle à plus de cohérence, de communication et d'attention portée aux besoins des usagers.

L'organisation du bureau de la commissaire, qui repose actuellement sur une équipe restreinte desservant conjointement l'ICM et l'INPLPP, demeure également un enjeu de fragilité dans les périodes de forte pression opérationnelle. La poursuite de l'intégration au sein du bureau de la CNPQS laisse toutefois entrevoir des perspectives positives quant au renforcement du soutien, de la stabilité et du partage des expertises.

Pour le prochain exercice, le bureau de la commissaire poursuivra notamment ses travaux visant l'optimisation de ses processus internes, l'identification des activités à faible valeur ajoutée ainsi qu'une utilisation plus efficiente du logiciel SIGPAQS afin d'assurer une reddition de comptes plus rigoureuse et conforme.

Je tiens enfin à remercier sincèrement l'ensemble des personnes qui contribuent, au quotidien, au respect des droits des usagers et à l'amélioration des pratiques. Malgré les défis rencontrés, l'engagement des équipes, des gestionnaires, des médecins examinateurs et des partenaires demeure essentiel au maintien d'un REP crédible, humain et constructif.

C'est avec confiance et dans un esprit de collaboration que nous poursuivrons, au cours de la prochaine année, notre mission visant l'amélioration continue des soins, des services et du respect des droits des usagers. Cette mission prend une résonance particulière dans le contexte de l'ICM, établissement ultraspécialisé consacré exclusivement aux maladies cardiovasculaires, où la complexité des situations cliniques, l'intensité des soins offerts et la vulnérabilité des usagers exigent une vigilance constante, une expertise pointue et un engagement soutenu envers la qualité, la sécurité et l'humanisation des soins.

Annexes

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

Aucun dossier ayant un motif lié à la maltraitance.

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

Aucun dossier ayant un motif lié à la maltraitance.

Annexe III – Nombre de motifs de maltraitance selon type d'auteur

Aucun dossier ayant un motif lié à la maltraitance.

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

Aucun dossier ayant un motif lié à la maltraitance.

Annexe V – Description des mesures apportées par type de maltraitance

Aucun dossier ayant un motif lié à la maltraitance.

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

Aucun dossier ayant un motif lié à la maltraitance.

Annexe VII - Principales recommandations formulées par la commissaire durant l'année d'exercice (Dossiers hors situation de maltraitance)

L'énoncé de la recommandation	Les constats clés ayant mené à la recommandation	Instance concernée	Suivi/état d'avancement
1. Mettre en place un protocole spécifique pour les usagers présentant une péricardite récidivante.	Cette recommandation découle de constats de parcours fragmentés et d'un recours répété aux services, générant un sentiment d'insécurité chez les usagers.	ICM	Un comité a été instauré à cet effet ; ses travaux, suspendus temporairement, ont repris en mai 2026.
2. Mettre en place les mesures nécessaires afin que le personnel infirmier et médical des unités de soins sollicite l'équipe de soins palliatifs et de fin de vie, lorsque l'utilisateur répond aux critères d'admissibilité du programme.	Cette recommandation fait suite à des préoccupations concernant la gestion de la médication et le confort en fin de vie.	ICM	Une communication conjointe DMSP-DSI a été envoyée aux chefs d'unités et aux co-chefs médicaux, pour rappeler les critères d'admissibilité et de référence au programme de soins palliatifs et de fin de vie.
3. S'assurer de la pleine application de la Politique « Transfert de l'information aux points de transition des soins et services » et mettre en œuvre les mesures identifiées visant à déterminer les meilleures pratiques en matière de communication dans le continuum chirurgical.	L'examen met en évidence des lacunes importantes en matière de communication, particulièrement lors des transitions de soins, ayant entraîné confusion et détresse chez les proches dans un contexte clinique complexe.	ICM	Un comité de travail réunissant les acteurs du continuum de chirurgie a été mis en place afin d'améliorer les communications aux points de transition et de clarifier les rôles et les responsabilités.
4. Réviser la politique relative aux chiens d'assistance. 5. Sensibiliser le personnel aux modalités d'application de la politique au terme de la révision.	La plainte met en évidence un refus d'accès à un chien d'assistance fondé sur une politique institutionnelle restrictive et peu adaptée aux réalités cliniques.	ICM	La révision a été amorcée et sera suivie d'activités de sensibilisation du personnel.

Annexe VIII – Principales recommandations formulées durant l'année d'exercice par les médecins examinateurs

La formulation de la recommandation	Les constats clés ayant mené à la recommandation	Instance concernée	Suivi/état d'avancement
1. Rappeler au cardiologue de garde à l'urgence l'obligation de réviser en temps opportun les dossiers évalués par les résidents et d'en assurer la signature, notamment lors des quarts de soir et de fin de semaine.	Le dossier n'a pas été révisé ni signé en temps opportun par le médecin superviseur lors de l'évaluation réalisée par le résident.	ICM	La recommandation a été réalisée : un rappel écrit a été fait aux membres du département de médecine spécialisée.
2. Clarifier les rôles et responsabilités des intervenants impliqués dans le continuum chirurgical, incluant les chirurgiens cardiaques et les intensivistes.	L'examen a mis en lumière des délais importants et une absence de traçabilité dans la communication des complications aux proches, dans un contexte de rôles mal définis entre intervenants.	ICM	La recommandation est acceptée et des travaux sont amorcés afin d'améliorer la communication, préciser les rôles et renforcer la coordination des soins.
3. Préciser au dossier les risques associés à la procédure invasive, avec un pourcentage estimé et s'assurer que la compréhension et l'acceptation de l'utilisateur soient confirmées.	L'analyse soulève une absence de documentation complète et standardisée du consentement éclairé, incluant la quantification des risques et la confirmation de la compréhension de l'utilisateur.	ICM	La recommandation a été acceptée par le chef du département de chirurgie. La définition des moyens pour assurer sa mise en œuvre demeure à préciser auprès du DMSP.
4. Compléter systématiquement la feuille de niveaux de soins pour tout usager hospitalisé à l'ICM.	L'examen a révélé la non-complétion systématique de la feuille des niveaux de soins pour certains usagers hospitalisés à l'ICM.	ICM	La recommandation a été acceptée par le chef du département de chirurgie. La définition des moyens pour assurer sa mise en œuvre demeure à préciser auprès du DMSP.
5. Faire en sorte que les cas de guérison de plaie complexes ou atypiques fassent l'objet d'une discussion multidisciplinaire, d'une recommandation formalisée et d'un suivi renforcé.	La plainte démontre une évolution prolongée et compliquée de la plaie, un suivi difficile avec recommandations parfois divergentes et une absence de coordination et de continuité optimales dans la prise en charge.	ICM	Un mandat a été donné au département de chirurgie, consistant à réviser le fonctionnement de la clinique de plaies, de standardiser les pratiques, et d'assurer une meilleure coordination avec les établissements référents.

Annexe IX – Rapport annuel - Nom du 1^{er} établissement privé

La commissaire n'intervient auprès d'aucun établissement privé.

