

MARCHE À SUIVRE - Plainte à l'égard des soins et services offerts par l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel (INPLPP)

La Loi prévoit un **régime d'examen des plaintes** dans le réseau de la santé et des services sociaux. La commissaire aux plaintes et à la qualité des services (CPQS) est responsable de l'examen des plaintes de sa compétence. Elle peut également intervenir de sa propre initiative lorsqu'elle a des motifs raisonnables de croire que des droits prévus à la LGSSSS ne sont pas respectés.

Toute personne peut porter plainte concernant les services reçus, requis ou devant être reçus qui relèvent de l'INPLPP.

De plus, toute personne qui est victime d'une situation de **maltraitance** ou qui en est témoin peut la signaler.

LE DROIT DE PORTER PLAINTE

*Loi sur la gouvernance
du système de santé et de services sociaux (LGSSSS)*

Les plaintes et les signalements reçus par la CPQS sont traités dans la plus **stricte confidentialité**. Les membres du personnel sont tenus de respecter la confidentialité des plaintes déposées lorsqu'ils sont au fait de celles-ci.

La CPQS doit intervenir sans délai dès qu'elle est informée qu'on exerce ou qu'on tente d'exercer des **représailles** à l'endroit d'une personne qui formule ou qui entend formuler une plainte.

Vous pouvez d'abord **exprimer votre insatisfaction** à la personne concernée ou demander à rencontrer le responsable du service pour voir si la situation peut être réglée adéquatement.

Si ces démarches ne sont pas satisfaisantes, vous pouvez vous adresser à la CPQS afin de déposer une plainte verbale ou écrite.

S'il s'agit d'une plainte de nature médicale, dentaire ou pharmaceutique, la plainte sera transférée à un **médecin examinateur** pour examen.

POUR NOUS NOUS JOINDRE



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

10905, boul. Henri-Bourassa Est
Montréal (Québec) H1C 1H1

@ : gabrielle.alain-noel.ippm@ssss.gouv.qc.ca

T : 514 648-8461 poste 1174

Site web : <https://pinel.qc.ca/plaintes-et-qualite-des-services/>



Les **formulaires de plainte** sont disponibles sur le site web, les unités, aux entrées principales et sur demande.

Le **Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP) de l'île de Montréal** est un organisme communautaire régional mandaté par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Ses services sont gratuits, confidentiels et personnalisés.

CAAP

4900, rue Jean-Talon Ouest, bur. 210

Montréal (Québec) H4P 1W9

Téléphone : 514 861-5998

Courriel : info@caapidm.ca



PROCEDURE – Complaint concerning care and services provided by the *Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel (INPLPP)*

The Act provides for a **complaint examination regime** within the health and social services network. The Service Quality and Complaints Commissioner (SQCC) is responsible for examining complaints within her jurisdiction. She may also intervene on her own initiative where there are reasonable grounds to believe that rights under the AGHSSS are not being respected.

Any person may file a complaint regarding the services received, requested, or to be received that fall under the responsibility of the INPLPP.

In addition, any person who is a victim of a situation of **maltreatment**, or who witnesses one, may report it.

THE RIGHT TO FILE A COMPLAINT

Act Respecting the Governance of the Health and Social Services System (AGHSSS)

Complaints and reports received by the SQCC are handled with the **strictest confidentiality**.

Staff members are required to respect the confidentiality of any complaints filed when they are aware of them.

The SQCC must intervene without delay as soon as it becomes aware that **reprisals** are being taken, or attempted, against a person who files or intends to file a complaint.

You can first **express your dissatisfaction** to the person concerned or ask to meet with the service manager to see whether the situation can be resolved appropriately.

If these steps are not satisfactory, you may contact the SQCC to file a verbal or written complaint.

If the complaint is of a medical, dental, or pharmaceutical nature, it will be transferred to a **medical examiner** for review.

CONTACT INFORMATION



Gabrielle Alain-Noël, Service Quality and Complaints Commissioner

10905 Henri-Bourassa East Blvd,
Montreal (Quebec) H1C 1H1

@ : gabrielle.alain-noel.ippm@ssss.gouv.qc.ca

T : 514 648-8461 ext. 1174

Web site : <https://pinel.qc.ca/plaintes-et-qualite-des-services/>



Complaint forms are available on the website, in the units, at the main entrances, and upon request.

The **Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP)** of the **Island of Montréal** is a regional community organization mandated by the Ministry of Health and Social Services. Its services are free, confidential, and personalized.

CAAP

4900 Jean-Talon Street West, Suite 210

Montreal, Quebec H4P 1W9

Telephone : 514 861-5998

Email : info@caapidm.ca



(Voir au verso pour la version française)

FORMULAIRE DE PLAINTE

IDENTIFICATION DE L'AUTEUR DE LA PLAINTE

Je suis : ☐Patient ☐Représentant du patient (précisez) : _____

Prénom : _____ Nom : _____

Unité : _____

Adresse : _____

Courriel : _____

Téléphone (1) : _____ Tél. (2) _____

LA PLAINTE

Date de l'événement : _____ Heure : _____

Endroit où cela s'est passé : _____

Nom de la personne visée par la plainte : _____

Fonction : _____

Exposé des faits - Ce qui s'est passé, ce qui vous a marqué (gestes, paroles, ton de voix, comportements, etc.), qui était présent (témoins), comment vous vous êtes senti (blessure, impact émotionnel, etc.) : _____

Avez-vous parlé de la situation à quelqu'un suite à l'événement et, si oui, avec qui et qu'est-ce qu'on vous a répondu ? _____

Résultats attendus par le dépôt de la plainte (être entendu, comprendre ce qui s'est passé, éviter que cela arrive encore, etc.): _____

Signature de l'auteur de la plainte

Date

(See back for English)

COMPLAINT FORM

IDENTIFICATION OF THE PERSON FILING THE COMPLAINT

I am: ☐ Patient ☐ Representative (specify): _____

First name: _____ Last name: _____

Unit: _____

Address: _____

Email: _____

Phone (1): _____ Phone (2): _____

COMPLAINT

Date of the event: _____ Time : _____

Place where this occurred: _____

Name of the person addressed by the complaint: _____

Function: _____

Statement of facts – What happened, what stood out to you (actions, words, tone of voice, behaviors, etc.), who was present (witnesses), how you felt (injury, emotional impact, etc.) : _____

Did you talk to anyone about the situation after the event and, if so, with whom and what were you told? _____

Expected outcomes from filing the complaint (being heard, understanding what happened, preventing it from happening again, etc.): _____

Signature of the person filing the complaint

Date

(Voir au verso pour la version française)