SANTÉ QUÉBEC

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 national de psychiatrie légale Philippe-Pinel, 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 national de psychiatrie légale Philippe-Pinel **5**

Présentation du rapport **6**

Chiffres clés de l'année **7**

1. Bilan des activités de la commissaire **8**

1.1. Plaintes générales traitées par la commissaire 8

1.1.1. Exemples issus du traitement des plaintes générales 8

1.1.2. Bilan des plaintes générales 10

1.1.3. Bilan des dossiers soumis au Protecteur du citoyen 14

1.2. Interventions 14

1.2.1. Exemples issus du traitement des interventions 14

1.2.2. Bilan des interventions effectuées 16

1.3. Bilan des dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires 17

1.4. Bilan des dossiers d'assistance 17

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

1.7. Volet maltraitance 20

1.7.1. Exemples issus du traitement des dossiers liés à la maltraitance 20

1.7.2. Bilan des plaintes et des interventions sur la maltraitance 21

2. Bilan des activités des médecins examinateurs **23**

2.1. Exemples issus du traitement des plaintes médicales 23

2.2. Bilan des plaintes médicales 24

2.3. Bilan des dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires 25

Conclusion **26**

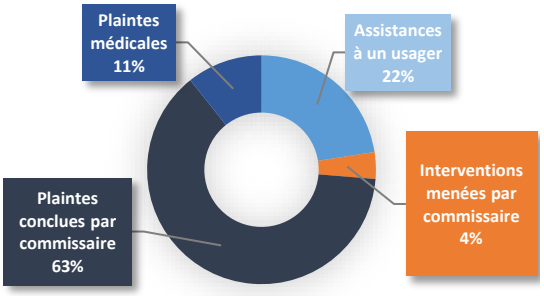
Annexes **27**

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

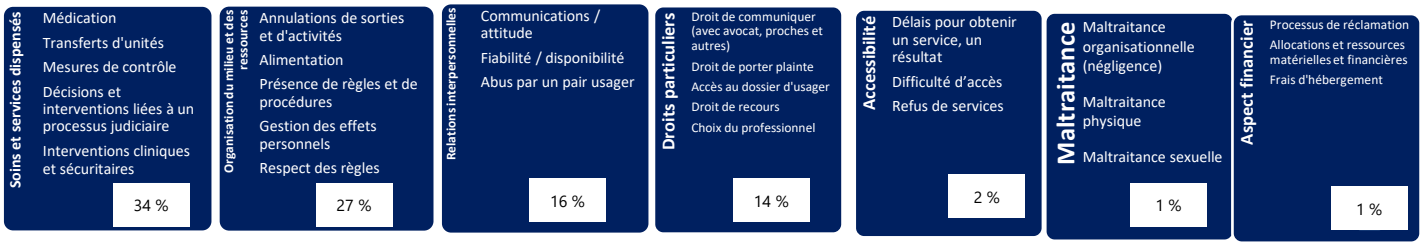
Le portrait sur la gestion des plaintes présente certaines données quantitatives.

	Nombre	Variation année précédente
Dossiers liés à des insatisfactions conclus par la commissaire et les médecins examinateurs	795	-10 %
• **Plaintes conclues par la commissaire**	501	-7 %
• **Interventions menées par la commissaire**	30	-33 %
• **Assistances à un usager**	179	-20 %
• **Plaintes médicales**	85	+ 8%
Mesures correctives	278	-16 %
• **Plaintes**	218	- 5 %
• **Interventions**	59	-42 %
• **Plaintes médicales**	1	100 %

Répartition des 795 dossiers conclus liés à des insatisfactions (2025-2026)

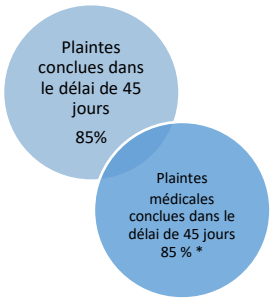


Motifs (conclus) de plaintes, plaintes médicales, interventions et assistances

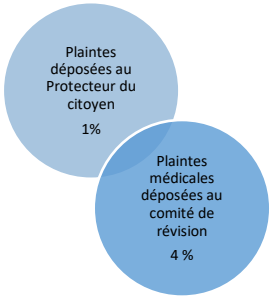


Mission	Plaintes et intervention	Plaintes médicales
CH	505	67
CLSC	N/A	N/A
Hébergement longue durée (MDA, CHSLD, RPA, RI, etc.)	N/A	N/A
Centre jeunesse (CRJDA)	N/A	N/A
DI-TSA-DP	N/A	N/A
Dépendance	N/A	N/A
Autre	N/A	N/A

Respect des délais



Recours à une 2e instance



Plaintes et interventions rapportées en lien avec des situations de maltraitance

Année	Nombre de dossiers de plaintes et d'interventions conclus	Variation année précédente (%)
2023-2024	10	+ 400 %
2024-2025	9	-10 %
2025-2026	11	+22 %

** 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 25 pour davantage d'explications.

Liste des acronymes

CAAP	Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
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
CNPQS	Commissaire nationale aux plaintes et à la qualité des services
COMMISSAIRE	Commissaire aux plaintes et à la qualité des services
CRDP	Centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique
CRDI-TSA	Centre de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme
CRJDA	Centre de réadaptation pour les jeunes en difficultés d'adaptation
DMSP	Direction médicale et des services professionnels
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
MDAMA	Maison des aînés et maisons alternatives
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
RI	Ressource intermédiaire
REP	Régime d'examen des plaintes
RLS	Réseau local de services
RPA	Résidence privée pour ainés
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

Monsieur André Brunelle
Président
Conseil d'administration de l'établissement
Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel

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 national de psychiatrie légale Philippe-Pinel, pour la période du 1er 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 national de psychiatrie légale Philippe-Pinel

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 national de psychiatrie légale Philippe-Pinel, pour la période du 1er 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 national de psychiatrie légale Philippe-Pinel

Mot de la commissaire

Le présent rapport annuel témoigne d'une année marquée par des enjeux complexes, propres à la réalité de la psychiatrie légale, mais également par une volonté constante d'assurer le respect des droits des usagers et l'amélioration continue de la qualité des soins et des services.

L'année 2025-2026 a notamment été marquée par une baisse significative du nombre d'insatisfactions reçues par le bureau de la commissaire. Cette diminution ne signifie toutefois pas l'absence d'enjeux, mais reflète plutôt les efforts soutenus de prévention, de sensibilisation, de concertation et de résolution rapide des situations problématiques, ainsi que de l'évolution des pratiques au sein de l'établissement.

Le bureau de la commissaire fonctionne conjointement entre l'INPLPP et l'ICM. 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.

En psychiatrie légale, les usagers évoluent dans un contexte marqué par des restrictions de liberté, des problématiques de santé mentale complexes et des enjeux de sécurité constants. Derrière chaque plainte se trouve une souffrance, un besoin ou un sentiment d'injustice. Cette réalité exige une analyse rigoureuse et humaine des plaintes, même lorsque les situations semblent mineures, puisqu'elles peuvent révéler des besoins réels et mener à des ajustements.

L'année 2025-2026 a également 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.

Je remercie chaleureusement les membres de mon équipe pour leur engagement et leur rigueur, ainsi que les médecins examinateurs, gestionnaires et équipes qui contribuent à l'amélioration continue des soins et services. Je souligne également 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 national de psychiatrie légale Philippe-Pinel

Tableau 1 Coup d'œil sur l'établissement

	Population Mission nationale	Superficie du territoire Mission nationale
Installations		
CH : 1	CLSC : N/A	PSL : N/A
CRJDA : N/A	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 : 959	Cadres supérieurs : 10	Médecins : 37
Bénévoles : 0	Stagiaires: 18	Usagers partenaires : 10

** Seulement ceux ayant des ententes avec le CISSS/CIUSSS*

*** Organismes relevant du PSOC*

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.

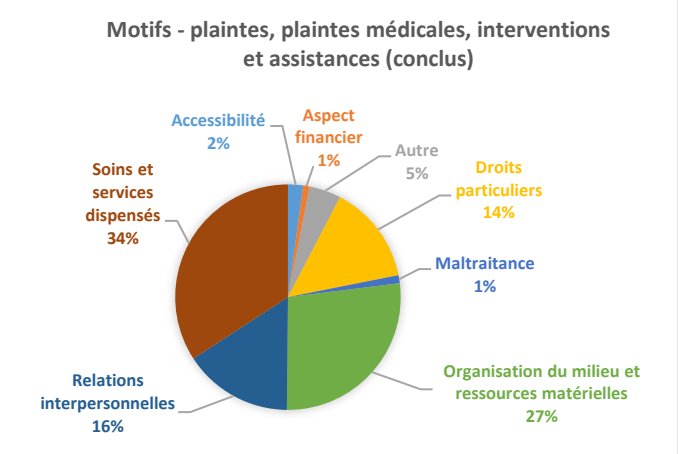
Les données présentées dans ce rapport ont été recueillies, consignées et validées par le bureau de la commissaire locale de l'établissement, conformément aux normes et procédures en vigueur. Elles constituent la référence officielle pour l'élaboration du présent rapport annuel, lequel couvre la période du 1er 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

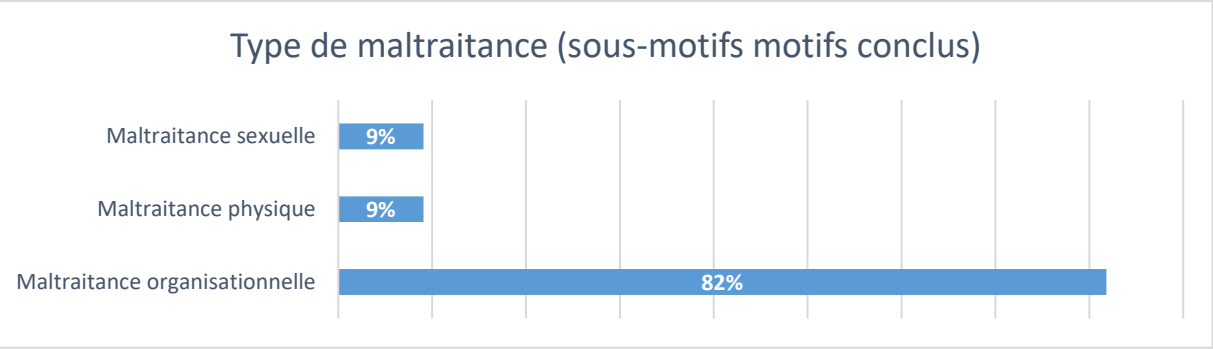
Motifs d'insatisfactions soulevés par les usagers



- 739 : Total des dossiers d'insatisfactions reçus au courant de l'année, soit une diminution de 20 % par rapport à l'année d'exercice 2024-2025 qui comptait 924 dossiers :
  - 501 dossiers de plaintes conclus par la commissaire;
  - 85 dossiers de plaintes conclus par les médecins examinateurs;
  - 28 dossiers d'interventions de la commissaire, dont 22, représentant 79 % à la suite d'un signalement et 6 dossiers, soit 21 %, de sa propre initiative;
  - 167 demandes d'assistance adressées à la commissaire par un usager.

Les **mesures et recommandations** servent à améliorer la qualité des soins et à prévenir les insatisfactions. Au total, 276 mesures ont été mises en place cette année, et deux recommandations ont été formulées dont une qui représente 50 % des recommandations émises par la commissaire, et l'autre qui représente aussi 50 % et qui a été émise par les médecins examinateurs. Parmi les recommandations de la commissaire, aucune n'était à portée individuelle et une seule, qui représentent donc 100 %, était à portée systémique. Celles des médecins examinateurs se répartissent de la même façon soit aucune à portée individuelle et seulement une à portée systémique, pour un total de 100 %.

Types de maltraitance (sous-motifs)



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

1er exemple

Une plainte a été reçue d'un usager concernant l'interdiction qui lui a été faite de parler avec un autre usager dans sa langue maternelle, sur une unité de soins psychiatriques. L'usager rapportait qu'un membre du personnel lui avait demandé de s'exprimer en anglais alors qu'il conversait dans sa langue d'origine, ce qui lui a causé un important sentiment d'exclusion et de détresse. Il s'agissait d'une récidive d'une situation similaire ayant déjà fait l'objet d'une plainte antérieure.

Les normes applicables étaient notamment la Politique de gestion de la diversité culturelle ainsi que la Politique linguistique de l'établissement, lesquelles prévoient que les usagers ont le droit de s'exprimer en tout temps dans la langue de leur choix, sauf exception liée à un enjeu immédiat de sécurité.

L'analyse a permis de conclure que l'intervention effectuée était inappropriée, non conforme aux politiques en vigueur et contraire aux valeurs d'inclusion, de respect et d'adaptation culturelle promues par l'établissement.

À la suite de la plainte, plusieurs interventions ont été réalisées : rappels formels aux équipes, rencontres individuelles avec les employés concernés, discussion clinique lors d'une réunion d'équipe, sensibilisation sur les enjeux de diversité culturelle et intégration systématique des politiques relatives aux droits linguistiques dans l'accueil et l'orientation des nouveaux employés.

[1] LGSSSS, art. 671

Cette plainte est particulièrement significative puisqu'elle a permis de renforcer les pratiques organisationnelles liées à l'inclusion, à la sécurité culturelle et au respect des droits des usagers au sein des équipes cliniques.

2e exemple

Une plainte a été déposée par un usager à la suite de l'application d'un plan de sécurité comportant des mesures de contrôle après qu'il ait adressé des propos insultants à un employé. L'usager estimait que l'intervention était disproportionnée et faisait suite à une interaction conflictuelle.

L'analyse a porté sur la conformité du plan de sécurité avec la Politique relative à l'encadrement des mesures de contrôle de l'établissement, laquelle prévoit que toute mesure de contrôle doit reposer sur une évaluation clinique individualisée, être utilisée en dernier recours, être proportionnelle au risque présenté et constituer, l'option la moins restrictive possible.

L'examen a démontré que l'usager avait présenté plusieurs comportements d'agressivité verbale dans les heures précédant l'événement. Toutefois, certaines lacunes ont été constatées dans l'application et la documentation du plan, notamment une utilisation initiale jugée trop restrictive dans des situations limitées à de l'agressivité verbale ainsi qu'une erreur dans la terminologie utilisée au dossier clinique.

Une recommandation a été formulée afin qu'un avis juridique soit obtenu concernant la conformité et l'application du plan de sécurité au regard du cadre légal et normatif applicable aux mesures de contrôle. Des rappels cliniques et des clarifications ont également été effectués auprès des équipes concernant les critères d'application du plan et les exigences de documentation clinique.

Cette plainte est particulièrement significative puisqu'elle a permis de renforcer la réflexion organisationnelle entourant les mesures de contrôle, de consolider les pratiques cliniques et documentaires des équipes et d'assurer une meilleure prise en compte des droits des usagers dans l'application des interventions de sécurité.

1.1.2. Bilan des plaintes générales

Au cours de l'exercice 2025-2026, la commissaire a poursuivi son mandat d'analyse et de traitement des plaintes déposées par les usagers. Durant cette période, 477 plaintes ont été reçues, ce qui représente une diminution de 13 % comparativement à l'exercice 2024-2025. Parmi celles-ci, 313 plaintes, soit 66 %, ont été jugées recevables et traitées conformément aux mécanismes prévus par la loi.

Les motifs de plaintes les plus fréquemment conclus concernaient les trois catégories suivantes:

- L'organisation du milieu et les ressources matérielles représente 34 % soit :
  - l'annulation de sorties extérieures et d'activités (souvent liées au manque de personnel);
  - la présence de règles et de procédures (souvent restrictives en lien avec le volet sécuritaire de l'INPLPP);
  - l'alimentation (personnalisation de l'alimentation);
  - le respect des règles (appliquées de façon inconstante ou non conforme par le personnel);
  - la gestion des biens personnels (perte, accès, délais).

- Les soins et services offerts représentent 30 % soit :
  - le recours aux mesures de contrôle;
  - les décisions liées à un processus judiciaire (usagers sous mandat de la Commission d'examen des troubles mentaux, usagers faisant l'objet d'une expertise demandée par la cour, usagers sous autorisation de soins);
  - la médication (accès à la médication prescrite au besoin (PRN), injections de médication dans des contextes de désorganisation clinique, choix de médication);
  - le transfert d'unité (usagers dont la demande de changement d'unité a été refusée et usagers en attente de transfert d'une unité d'admission ou d'expertise vers une unité de rétablissement);
  - la réalisation d'une intervention (encadrement clinique, intervention sécuritaire physique).

- Les relations interpersonnelles représentent 19 %
  - la fiabilité ou la disponibilité (personnel non disponible au moment où l'usager le souhaite, personnel ne respecte pas ce qui avait été convenu avec l'usager);
  - la communication ou attitude (commentaires inappropriés, attitude non verbale inappropriée);
  - l'abus verbal, psychologique ou physique par un autre usager.

La commissaire a également maintenu ses efforts en matière d'amélioration continue afin d'assurer un traitement efficace, rigoureux et diligent des plaintes. Le délai moyen de traitement s'est établi à 24 jours, comparativement à 17 jours en 2024-2025 et à 32 jours en 2023-2024.

Parmi l'ensemble des motifs analysés, 20 % ont été jugés fondés ou partiellement fondés. Ces conclusions ont mené à la mise en place de 217 mesures ou engagements correctifs de la part des gestionnaires ainsi qu'à une recommandation formulée par la commissaire dans une perspective d'amélioration des pratiques et des services.

L'examen des plaintes traitées au cours de l'exercice démontre que certains enjeux ont nécessité un volume important de mesures d'amélioration, tant sur le plan clinique qu'organisationnel. Les principaux secteurs concernés sont les suivants :

- Mesures de contrôle et interventions cliniques et physiques

  Les plaintes liées au recours aux mesures de contrôle ont mené à plusieurs mesures visant:

  - le renforcement des pratiques cliniques et de la conformité à la politique applicable;
  - la clarification des rôles et responsabilités du personnel;
  - l'amélioration de la documentation clinique;
  - la tenue d'audits et d'analyses professionnelles;
  - l'uniformisation des interventions cliniques;
  - l'accompagnement et la supervision du personnel;
  - la révision de certains processus organisationnels et plans de sécurité;
  - le renforcement de certaines pratiques lors d'interventions physiques ou de situations à risque.

- Ouverture tardive des portes

  Les situations de maltraitance organisationnelle liées aux retards d'ouverture des portes ont donné lieu à plusieurs mesures. La section 1.7.1 du présent rapport ainsi que l'Annexe V présentent davantage de détails à cet égard.

- Relations interpersonnelles (qualité des interactions et relations avec les usagers)

  Plusieurs mesures ont également concerné les attitudes, les communications et les relations interpersonnelles entre le personnel et les usagers telles que:

  - les rappels concernant les comportements attendus, la courtoisie et le respect;
  - la sensibilisation à la confidentialité du processus de plainte;
  - les interventions individuelles auprès d'employés;
  - la médiation et rencontres cliniques;
  - l'amélioration des pratiques de documentation au dossier.

- Documentation clinique et tenue de dossier

  De nombreuses plaintes ont mis en lumière des lacunes de consignation, entraînant:

  - des rappels sur les exigences de documentation clinique;
  - la rédaction de notes tardives et rectifications au dossier;
  - des formations et activités de sensibilisation;
  - l'élaboration ou de la clarification de normes de rédaction.

- Conditions de vie, hygiène/salubrité et activités

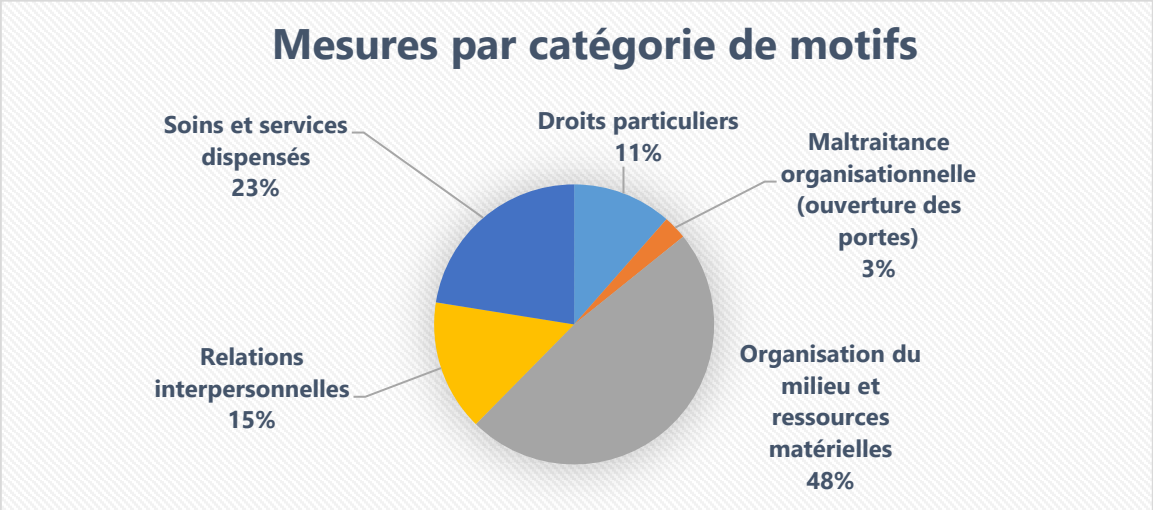
  Certaines plaintes ont mené à des améliorations touchant à:

  - des améliorations de l'entretien et de la salubrité des lieux;
  - de la planification de travaux correctifs;
  - l'accès aux sorties et activités thérapeutiques;
  - l'organisation du travail afin de favoriser la réalisation des activités prévues;
  - la qualité et la sécurité alimentaire, notamment en matière d'allergies et de portions alimentaires;
  - l'encadrement de l'application des politiques concernant les effets personnels, les technologies et les appareils électroniques.

- Respect des droits et sécurité des usagers

  Des mesures ont également été réalisées afin:

  - de renforcer la confidentialité des renseignements et du processus de plainte;
  - d'améliorer le respect du choix linguistique des usagers.

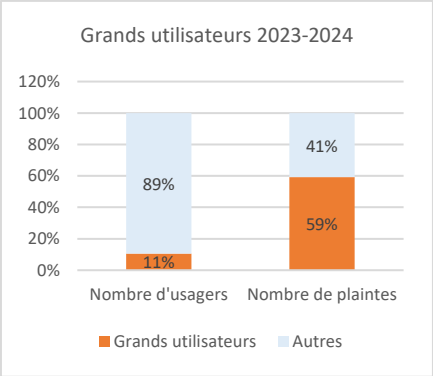


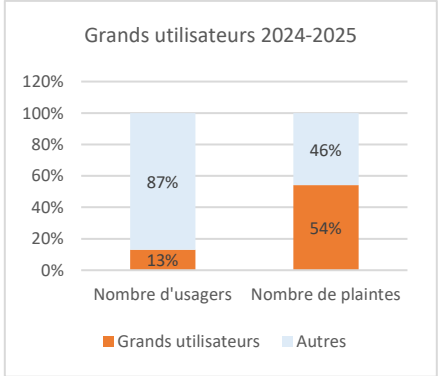
La diminution du nombre de plaintes reçues s'explique notamment par le recours au **processus d'encadrement en gradation du droit de porter plainte**, mis en place afin de gérer de manière plus proactive les impacts liés à un exercice jugé déraisonnable de ce droit. Le phénomène des grands utilisateurs du régime d'examen des plaintes demeure une réalité particulière à l'INPLPP, notamment en raison du contexte d'hospitalisation de la clientèle, du profil clinique des usagers et des difficultés de compréhension du régime chez certains d'entre eux. Dans certains cas, la multiplication des recours peut également être associée à la condition clinique de l'usager.

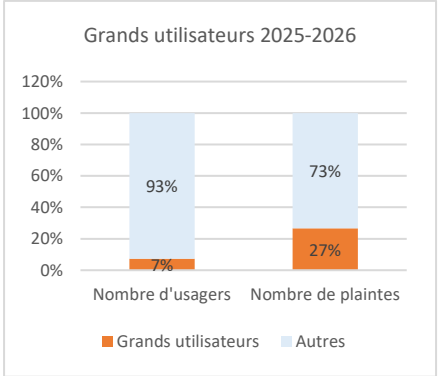
Il demeure essentiel de rappeler que ces usagers sont particulièrement vulnérables et qu'ils conservent pleinement leur droit de porter plainte. Bien que ce droit puisse faire l'objet d'un encadrement lorsqu'il est exercé de manière déraisonnable, les plaintes déposées par les grands utilisateurs permettent néanmoins de mettre en lumière certaines situations pouvant nécessiter des correctifs ou des améliorations. Cela dit, un usage excessif du régime peut entraîner des impacts importants sur la charge de travail des équipes, sur l'accès des autres usagers au régime d'examen des plaintes ainsi que sur la capacité du régime à remplir efficacement sa mission première.

Les données observées entre 2023-2024 et 2025-2026 démontrent toutefois une diminution constante de l'implication des grands utilisateurs dans le régime d'examen des plaintes. Le nombre de grands utilisateurs ayant déposé au moins une plainte est passé de 14 à 9 durant cette période. Le volume de plaintes déposées par ces usagers a également diminué de façon importante, passant de 396 à 173 plaintes, soit une baisse de plus de 50 % en trois ans.

La proportion des plaintes attribuables aux grands utilisateurs est ainsi passée de 59 % à 36 %, représentant une diminution de 23 points de pourcentage. De plus, les mesures d'amélioration issues de leurs plaintes ont diminué de 135 à 61 au cours de la même période. Enfin, leur contribution à l'ensemble des mesures d'amélioration est passée de 44 %, en 2023-2024, à 28 % en 2025-2026, confirmant une réduction significative de leur impact sur le REP.







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 s'adresser au Protecteur du citoyen. Le respect du délai maximal de 45 jours pour la transmission de la conclusion est une obligation légale et le non-respect de ce délai ouvre le droit au recours. Le Protecteur du citoyen agit comme un regard neutre sur le traitement des dossiers par les commissaires et contribue à l'amélioration des pratiques. Le nombre de dossiers de plaintes acheminés pour le deuxième recours auprès du Protecteur du citoyen a connu une baisse de 89 % entre 2024-2025 et 2025-2026, passant de 51 dossiers transmis au Protecteur du citoyen en 2024-2025 à 6 dossiers en 2025-2026.

Le Protecteur du citoyen n'a émis aucune recommandation en 2025-2026 et les recommandations qu'il avait faites en 2024-2025 ont été réalisées en 2025-2026.

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

1er exemple

Plusieurs interventions systémiques et individuelles ont été réalisées concernant la confidentialité du processus de plainte et la présence de mentions relatives aux plaintes dans le dossier clinique des usagers.

Ces interventions ont été déclenchées à la suite du constat récurrent de notes au dossier clinique indiquant qu'un usager avait porté plainte ou souhaitait le faire. Ces situations contreviennent à l'article 728 de la LGSSSS, lequel prévoit qu'aucun renseignement permettant d'identifier qu'une plainte a été formulée ne peut être versé au dossier clinique, le processus de plainte devant demeurer distinct du dossier de l'usager.

Chaque situation a fait l'objet de vérifications auprès des équipes et gestionnaires, ainsi que d'analyses des notes consignées afin d'évaluer leur conformité aux exigences légales et

[2] LGSSSS, art. 698

organisationnelles. Des interventions de sensibilisation, de rectification et d'accompagnement ont été réalisées.

Les écarts observés concernaient principalement la mention explicite d'une plainte ou d'une intention de plainte au dossier, des références inadéquates au processus de plainte et une application non uniforme des pratiques de documentation.

Les mesures mises en place incluent la rectification de notes, des rappels aux équipes et gestionnaires, des interventions individuelles, l'élaboration d'une procédure sur la rédaction des notes d'évolution, ainsi que des sensibilisations sur la confidentialité du processus de plainte lors de l'accueil des nouveaux employés.

En 2024-2025, 14 dossiers avaient mené à 37 mesures d'amélioration. En 2025-2026, 4 dossiers regroupant plusieurs situations ont généré 11 mesures additionnelles.

Ces interventions ont permis de renforcer la protection de la confidentialité et les pratiques de documentation. Elles contribuent à soutenir l'exercice sécuritaire du droit de plainte. Une vigilance continue demeure toutefois essentielle, des lacunes persistantes étant encore observées à ce niveau.

2e exemple

Au cours de l'exercice, un signalement provenant d'un employé a été reçu concernant des enjeux importants d'hygiène et de salubrité sur certaines unités de soins. Les préoccupations visaient notamment l'état des espaces communs, des chambres des usagers ainsi que certaines installations sanitaires.

À la suite de ce signalement, des visites ont été effectuées sur trois unités de soins afin d'évaluer la situation. Si une unité présentait un état généralement adéquat, des lacunes importantes ont été constatées sur deux autres unités : planchers visiblement sales, accumulation de saleté dans certaines chambres et espaces communs, douches vétustes et absence apparente de nettoyage régulier. Des employés et des usagers ont rapporté que ces situations étaient récurrentes, particulièrement lors d'absences du personnel d'entretien ménager non remplacé.

L'intervention a permis de mettre en évidence des écarts relativement aux standards attendus en matière d'hygiène, de salubrité et d'entretien des installations. Des enjeux liés à la vétusté des lieux et à l'organisation des remplacements ont également été soulevés.

À la suite des constats transmis à la Direction des services techniques, plusieurs mesures ont été mises en place, incluant des audits de salubrité, la planification de grands ménages sur les

unités, une évaluation technique des planchers et murs endommagés ainsi qu'une planification de travaux visant les douches et installations sanitaires.

Cette intervention a permis d'améliorer la surveillance des conditions de salubrité, de prioriser certaines interventions correctives et de sensibiliser les directions concernées aux impacts de ces enjeux sur la qualité du milieu de vie des usagers et du personnel.

1.2.2. Bilan des interventions effectuées

Au cours de l'exercice 2025-2026, la commissaire a poursuivi son mandat de surveillance et de protection des droits des usagers du réseau de la santé et des services sociaux. Les interventions réalisées découlent à la fois des signalements reçus et des actions entreprises de façon proactive lorsque certaines situations observées ou rapportées soulevaient des préoccupations quant au respect des droits des usagers.

Un total de 30 interventions a été mené cette année, soit une diminution de 15 interventions, représentant 33 %, par rapport à l'exercice précédent. Les principaux motifs d'intervention, classés par ordre d'importance, sont les suivants:

- maltraitance: 30 % soit 10 interventions;
- droits particuliers: 27 % soit 9 interventions;
- soins et services: 18 % soit 6 interventions;
- organisation du milieu et des ressources matérielles: 15 % soit 5 interventions;
- relations interpersonnelles: 9 % soit 3 interventions.

À l'issue de ces interventions, 59 mesures ont été prises par les instances concernées et leur mise en œuvre intégrale a été réalisée avant la fin de l'exercice. Par ailleurs, aucune recommandation n'a été émise suite à la conduite des interventions. Le délai moyen de traitement des interventions s'établit à 36 jours, ce qui représente une augmentation de 10 jours par rapport à l'exercice 2024-2025 qui avait une moyenne de 26 jours. Cette augmentation du délai s'explique principalement par le fait que 3 dossiers ont été conclus dans un délai excédant 100 jours, en raison de l'attente de réponses de certaines instances de l'établissement qui menaient parallèlement leur propre analyse des situations concernées.

1.3. Bilan des dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires[3]

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.

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 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.

Durant la dernière année, 179 dossiers d'assistance ont été traités, dont 45 % ont été réglés dans un délai de moins de 72 heures. Certaines demandes d'assistance nécessitent toutefois des vérifications auprès des chefs d'unité ou d'autres instances, lesquelles peuvent nécessiter un certain délai avant de transmettre les informations requises afin de soutenir adéquatement l'usager. Dans ce contexte, il n'est pas toujours possible d'assurer un retour immédiat.

Les principaux motifs d'assistance concernaient les droits particuliers des usagers qui représentent 41 %, notamment le droit de porter plainte, les recours disponibles, l'accès au dossier de l'usager ainsi que le choix du professionnel. Par ailleurs, 20 % des assistances portaient sur le processus de transfert d'unité.

Lorsqu'un usager souhaite changer d'unité, sa demande doit d'abord être adressée à la Direction médicale et des services professionnels, qui est responsable d'en assurer l'analyse et le traitement. Or, plusieurs usagers s'adressent directement à la commissaire, qui doit alors les rediriger vers l'instance appropriée. Ces situations feront l'objet d'une réflexion et d'une analyse des pratiques au cours de l'année 2026-2027 afin de mieux informer les usagers quant au processus applicable et d'assurer une orientation plus adéquate dès les premières démarches effectuées auprès du personnel des unités.

Ces constats peuvent mettre en lumière certaines vulnérabilités organisationnelles ainsi que des pistes d'amélioration, tout en soulignant l'importance du rôle du bureau de la commissaire dans le soutien aux usagers ainsi que dans l'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la transparence des soins et services.

[3] LGSSSS, art. 684
[4] LGSSSS, art. 727

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 celui-ci est sollicité par le conseil d'administration de Santé Québec, la commissaire nationale aux plaintes et à la qualité des services, le conseil d'administration d'établissement, les comités créés par ce dernier ainsi que tout autre conseil ou comité de l'établissement, incluant le comité des usagers.

Dans la pratique, les directeurs, gestionnaires et employés de l'établissement consultent également, au besoin, le bureau de la commissaire afin d'obtenir des orientations leur permettant d'agir dans le respect des droits des usagers et de prévenir des situations susceptibles de mener au dépôt d'une plainte.

La commissaire tient à réitérer sa disponibilité dans ce contexte. Toutefois, afin de préserver son indépendance et de ne pas compromettre le droit des usagers de porter plainte, il ne formule jamais d'avis sur des situations cliniques précises ni d'instructions quant aux décisions cliniques à prendre. Les échanges portent plutôt sur des principes généraux relatifs aux droits des usagers, aux bonnes pratiques ainsi qu'au régime d'examen des plaintes.

Au cours de l'année, 13 demandes de consultation ont été adressées à la commissaire. Celles-ci concernaient principalement des questions liées au REP, à la maltraitance organisationnelle ainsi qu'à certaines situations soulevant des enjeux cliniques et éthiques.

1.6. Sur le terrain

1.6.1. Autres activités de la commissaire

Au cours de l'année 2025-2026, la commissaire a poursuivi ses 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, des formations du Bureau de la CNPQS, ainsi que diverses conférences spécialisées portant sur la psychiatrie légale, les soins en milieux carcéraux, la délinquance sexuelle, les rapports Gladue, la protection des personnes vulnérables et les enjeux liés à la santé mentale et à la justice. La commissaire a également participé à plusieurs conférences-midi organisées par Forensia – Centre de formation en santé mentale, justice et sécurité, ainsi qu'au colloque du Barreau du Québec sur la protection des personnes vulnérables.

Des activités de sensibilisation et de promotion du régime d'examen des plaintes ont également été réalisées auprès des usagers et des équipes cliniques. La commissaire a notamment rencontré des usagers directement sur les unités lorsque requis afin d'échanger avec eux concernant leurs droits, leurs préoccupations et le fonctionnement du régime d'examen des plaintes. La commissaire a également participé au Café-mobilisation du soutien à l'intégration sociale destiné à certains usagers de l'INPLPP, une activité d'échange et de discussion lors de laquelle on a pu aborder le régime d'examen des plaintes, les recours disponibles ainsi que les droits des usagers. Par ailleurs, des rencontres ont été tenues avec les nouveaux gestionnaires afin de leur présenter les principes du régime d'examen des plaintes et les droits des usagers.

La commissaire a poursuivi ses collaborations avec plusieurs partenaires internes et externes, dont le Bureau expérience patient de l'INPLPP, le Curateur public, la Fédération des CAAP ainsi que d'autres commissaires aux plaintes et à la qualité des services souvent afin de partager son expertise avec une clientèle en santé mentale ou judiciarisée. Des échanges soutenus ont permis de partager des pratiques, d'aborder des enjeux communs et de renforcer les mécanismes de concertation.

L'année a également été marquée par plusieurs 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, incluant une cérémonie avec un aîné autochtone afin de favoriser une meilleure compréhension des réalités culturelles vécues par certains usagers de l'établissement.

Enfin, la commissaire a participé à plusieurs instances organisationnelles, dont cinq rencontres du CVQ, ainsi qu'à différentes activités institutionnelles visant l'amélioration continue des pratiques et de l'expérience usager.

1.6.2. Dans leurs mots

« Vous travaillez fort et bien ! Merci pour votre bon travail ! »

1.7. Volet maltraitance

1.7.1. Exemples issus du traitement des dossiers liés à la maltraitance

1er exemple

Des signalements ont été reçus concernant le maintien du verrouillage des portes de chambres au-delà de 8 h sur certaines unités de soins, principalement en raison de contraintes liées au personnel. Les usagers concernés demeuraient ainsi confinés dans leur chambre après l'heure d'ouverture des portes prévue à la Directive de l'établissement.

Conformément à l'article 393 de la LGSSS, l'isolement constitue une mesure de contrôle qui ne peut être utilisée que de façon minimale et exceptionnelle afin d'empêcher une personne de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions. Toute mesure de contrôle doit également être individualisée, justifiée cliniquement et faire l'objet d'une consignation détaillée au dossier. Le cadre de référence ministériel ainsi que la Politique institutionnelle relative aux mesures de contrôle encadrent également cette pratique.

Bien que le verrouillage des portes durant la nuit ait été autorisé par le MSSS dans le contexte particulier de l'établissement, il a été constaté que certaines portes demeuraient verrouillées au-delà de l'heure prévue, sans justification clinique individualisée. Depuis octobre 2025, cette situation est reconnue comme une forme de maltraitance organisationnelle. Au total, sept signalements ont été reçus à cet effet au cours de l'année.

L'établissement a conséquemment rapidement priorisé cet enjeu. Des rappels formels ont été effectués auprès des équipes, des ajustements organisationnels et des mécanismes de communication ont été mis en place, et certaines situations ont fait l'objet d'un encadrement disciplinaire. Cette intervention a contribué à renforcer le respect des droits des usagers et à améliorer les pratiques entourant les mesures de contrôle.

2e exemple

Un usager présentant des limitations fonctionnelles a dénoncé un retard important dans la prestation de soins d'assistance de base attribuable à un manque de personnel. Il rapporte être demeuré durant une période prolongée dans une situation compromettant son confort et sa dignité, entraînant notamment des inconforts physiques importants.

La Politique sur la surveillance prévoit que le niveau de surveillance clinique doit être déterminé par le médecin selon l'évaluation du risque et les besoins de l'usager. Les soins essentiels doivent être priorisés, particulièrement pour les usagers vulnérables nécessitant une assistance physique. Les interventions doivent préserver la dignité, le bien-être et la sécurité des usagers.

L'analyse a démontré que la prescription médicale de « service privé » ne respectait pas les modalités prévues à la Politique sur la surveillance, laquelle exige plutôt une prescription du niveau de surveillance clinique requis. De plus, malgré l'expression claire de l'inconfort de l'usager, les contraintes organisationnelles et le manque de personnel ont entraîné un retard important dans la prestation des soins d'hygiène essentiels. Une meilleure organisation des soins et une mobilisation plus rapide des ressources disponibles auraient pu limiter cette situation.

Des rappels ont été effectués auprès des médecins concernant les prescriptions de surveillance clinique conformes à la politique. Des sensibilisations ont également été réalisées auprès des gestionnaires et des équipes afin de prioriser les soins essentiels, d'améliorer l'organisation des ressources et de recourir rapidement aux ressources de soutien disponibles.

Cette intervention a permis de renforcer les pratiques entourant la surveillance clinique, de sensibiliser les équipes aux risques de maltraitance organisationnelle et de rappeler l'importance de préserver la dignité des usagers vulnérables, même en contexte de contraintes opérationnelles.

1.7.2. Bilan des plaintes et des interventions sur la maltraitance

L'INPLPP a enregistré 10 signalements de maltraitance, en hausse par rapport à 9 l'an passé. Cette année, une plainte a été déposée par un usager alors qu'il n'y en avait aucune l'an dernier.

Au total, 38 mesures correctives et d'amélioration ont été mises en place et aucune recommandation, afin de renforcer la sécurité des usagers, la conformité aux directives et la qualité de la communication entre les équipes. Des rappels structurés ont été effectués auprès des chefs d'unité, des coordonnateurs d'activités, des commis à la liste de rappel, des médecins et des équipes cliniques concernant les directives en vigueur, notamment celles liées à l'ouverture des portes, à la priorisation des soins, à la surveillance des usagers et à la gestion des absences ou des retards. Une attention particulière a été portée à l'obligation de signaler toute situation pouvant compromettre la prestation sécuritaire des soins ainsi qu'à la nécessité de communiquer efficacement les informations lors des relèves.

Sur le plan clinique et administratif, des actions de documentation et de traçabilité ont été renforcées, incluant la complétion systématique de formulaires AH223 (individuels et collectifs), la rédaction de notes tardives et la modification ou la mise à jour des dossiers des usagers concernés, notamment ceux sous mesure de protection. Des révisions de processus ont également été réalisées, telles que l'actualisation des procédures d'ouverture des portes en situation de retard, la clarification des rôles et responsabilités dans la répartition de la main-

d'œuvre, ainsi que la vigilance accrue quant aux discordances d'information entre les différents outils de communication. Enfin, des mesures disciplinaires et administratives ont été appliquées lorsque requis, incluant des enquêtes administratives, des rappels formels, des lettres d'attente et un congédiement à la suite d'une enquête. Un soutien a aussi été offert à un usager pour le dépôt d'une plainte à la police. L'ensemble de ces actions vise à prévenir la récurrence de situations similaires et à maintenir des standards élevés de sécurité, de rigueur clinique et de gouvernance.

2. Bilan des activités des médecins examinateurs

2.1. Exemples issus du traitement des plaintes médicales

1er exemple

Un usager a porté plainte concernant les soins médicaux reçus à la suite d'une chirurgie réalisée dans un autre établissement durant son hospitalisation à l'INPLPP. Il contestait principalement la décision de lui accorder un congé de l'INPLPP et un transfert vers un établissement de détention quelques jours après l'intervention, sans préavis suffisant selon lui. Il dénonçait également l'absence alléguée de médication analgésique durant le transport, qu'il estimait responsable de complications physiques subséquentes.

Les décisions médicales doivent reposer sur l'état clinique de l'usager, les standards de pratique reconnus et une évaluation sécuritaire du congé hospitalier. Les soins postopératoires doivent inclure une gestion adéquate de la douleur, un enseignement clinique et une planification sécuritaire du suivi médical.

L'analyse du dossier médical ainsi que les consultations réalisées auprès des professionnels impliqués et du chirurgien n'ont révélé aucun écart par rapport aux standards de pratique. L'évolution postopératoire était jugée favorable et le congé sécuritaire sur les plans physique et psychiatrique. Toutefois, un enjeu organisationnel important a été identifié quant à la coordination du suivi postopératoire des usagers transférés hors province après une chirurgie spécialisée. Le chirurgien consulté a souligné l'absence de planification préalable du suivi chirurgical dans la province de destination.

Cette plainte a mené à une recommandation systémique visant à améliorer la coordination interprovinciale des suivis postopératoires pour les usagers transférés hors Québec. Elle a permis de sensibiliser les équipes médicales à l'importance des modalités de continuité des soins spécialisés afin de favoriser la sécurité des usagers.

2e exemple

Le plaignant dénonçait le recours prolongé à des mesures de contrôle appliquées à un usager, qu'il jugeait inhumaines et inefficaces. Selon lui, peu d'alternatives avaient été explorées et le maintien de ces mesures contribuait à accentuer la détresse de l'usager ainsi que la fréquence de certains comportements d'automutilation.

L'analyse s'est appuyée sur la législation applicable, les orientations ministérielles et la Politique de l'établissement encadrant le recours aux mesures de contrôle. Ces balises prévoient que toute mesure doit reposer sur une évaluation clinique individualisée, être utilisée en dernier

recours, être proportionnelle au risque présenté, faire l'objet d'une réévaluation continue et s'accompagner de la recherche active d'alternatives moins restrictives.

L'examen du dossier a démontré que les mesures de contrôle étaient maintenues dans un contexte clinique particulièrement complexe comportant des risques importants pour la sécurité de l'usager et d'autrui. Plusieurs stratégies alternatives avaient été tentées et des discussions multidisciplinaires avaient eu lieu de façon soutenue. Le dossier avait également été présenté à un sous-comité spécialisé chargé d'évaluer les situations complexes ou récurrentes liées aux mesures de contrôle, lequel avait formulé des recommandations. Aucun manquement n'a été retenu, mais l'analyse a mis en lumière les enjeux cliniques et éthiques associés au maintien prolongé de telles mesures.

Cette situation a mené à une réflexion clinique et éthique approfondie quant au recours prolongé aux mesures de contrôle dans les situations complexes. À la demande du professionnel concerné, le dossier devait également être présenté au comité d'éthique hospitalière afin d'alimenter l'exploration d'autres pistes de réflexion et d'intervention.

2.2. Bilan des plaintes médicales

Tel que présenté dans le rapport annuel 2024-2025, 29 plaintes médicales étaient en attente d'assignation à un médecin examinateur au 31 mars 2025. Il avait alors été souligné que la nomination de nouveaux médecins examinateurs était essentielle, le volume de plaintes à traiter dépassant largement la capacité disponible. Cette situation entraînait des délais déraisonnables dans l'examen des plaintes médicales.

Au cours de l'exercice 2025-2026, une démission officielle d'un médecin examinateur est survenue en milieu d'année, tandis que deux nouveaux médecins examinateurs ont été nommés en mi-année. Ainsi, au 31 mars 2026, cinq médecins examinateurs étaient en fonction pour le traitement des plaintes : Docteure Marie-Alice Sanchez, Docteur Simon Racine, Docteure Émilie Lefebvre, Docteure Karine Bergeron et Docteure Nicole St-Onge.

L'ajout de ces ressources a permis de conclure 85 plaintes médicales au cours de l'année, soit une augmentation de 8 % par rapport à l'exercice précédent. L'année s'est également terminée avec seulement huit dossiers en attente d'assignation, ce qui représente une amélioration significative de la situation.

La majorité des motifs plaintes médicales étaient, à 76 %, reliées aux soins et services, alors que pour les relations interpersonnelles, elles représentaient 14 %.

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

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 110 jours, comparativement à 61 jours l'an dernier. Cette augmentation s'explique principalement par les nominations survenues en milieu d'année. En effet, durant la première moitié de l'exercice, l'organisation ne comptait, en pratique, que trois médecins examinateurs, dont un seul en mesure de traiter les plaintes en langue anglaise. Les nouvelles nominations permettent toutefois d'anticiper une amélioration notable de ce délai au cours du prochain exercice.

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 diminué, passant de 25 jours l'an dernier à 22 jours 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 131 jours cette année, comparativement à 82 jours lors de l'exercice précédent. Cette hausse découle des mêmes facteurs ayant influé sur le délai d'assignation.

   Parmi les plaintes médicales traitées, une seule plainte s'est avérée fondée, ce qui représente 1 %. Une recommandation de nature systémique a été formulée conséquemment.

2.3. Bilan des dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires[5]

Au cours de la période visée par le présent rapport, aucune plainte n'a fait l'objet de transfert auprès des responsables disciplinaires par les médecins examinateurs conformément aux dispositions prévues à l'article 688.

[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'INPLPP, dans un contexte clinique, organisationnel et légal particulièrement complexe.

Certains enjeux demeurent toutefois à surveiller avec attention au cours de la prochaine année. Les difficultés liées à l'annulation de sorties extérieures et d'activités, au respect du cadre légal entourant les mesures de contrôle, aux retards dans l'ouverture des portes des chambres ainsi qu'à la qualité de la documentation clinique continuent de nécessiter une vigilance soutenue. Par ailleurs, les nombreux mouvements de gestionnaires au sein de l'établissement ont parfois complexifié le suivi continu de certains enjeux cliniques et organisationnels ainsi que la mise en œuvre des suivis attendus.

L'organisation du bureau de la commissaire, qui repose actuellement sur une équipe restreinte desservant conjointement l'INPLPP et l'ICM, 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 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. En psychiatrie légale, les personnes hospitalisées évoluent dans un environnement particulièrement encadré, marqué par des restrictions importantes de liberté et des statuts légaux contraignants. Dans ce contexte, le REP représente bien souvent l'un des rares espaces où elles peuvent être entendues, exprimer leurs préoccupations et faire valoir leurs droits. Il demeure donc essentiel de préserver un mécanisme accessible, humain, indépendant et crédible, capable d'accueillir ces voix avec rigueur, sensibilité et impartialité.

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	1	1	0
2024-2025	---	---	---	---
Interventions				
Sur constat				
2025-2026	---	---	---	---
2024-2025	---	---	---	---
Sur signalements				
2025-2026	0	10	10	0
2024-2025	1	9	10	0
Total 2025-2026	**0**	**11**	**11**	**0**

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
	Abandonnées	Cessées	Refusées	Rejetées sur examen sommaire	Sous-total	Avec mesure	Sans mesure	Sous-total	
Plaintes	--	--	--	--	0	1	--	1	1
Interventions	--	1	--	--	1	8	1	9	10
Total	--	1	--	--	1	9	1	10	11

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

Auteur de la maltraitance	Plaintes		Interventions		Total	
	Nombre de motifs	%	Nombre de motifs	%	Nombre de motifs	%
Par un dispensateur de services	1	10 %	10	90 %	11	100 %
Par un proche ou un tiers	---	---	---	---	---	---
Par un usager	---	---	---	---	---	---
Total	1	10 %	10	90 %	11	100 %

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

Type de maltraitance	Plaintes		Interventions		Total
	Nombre de motifs	%	Nombre de motifs	%	xx (%)
Discrimination et âgisme	--	--	--	--	--
Maltraitance matérielle	--	--	--	--	--
Maltraitance organisationnelle (soins et services)	1	9 %	8	73 %	9 (82 %)
Maltraitance physique	--	--	1	9 %	1 (9 %)
Maltraitance psychologique	--	--			
Maltraitance sexuelle	--	--	1	9 %	1 (9 %)
Violation des droits	--	--	--	--	--
Total	1	9 %	10	91 %	11 (100 %)

Annexe V – Description des mesures apportées par type de maltraitance

Motifs	Mesures d'amélioration fréquentes	Exemples de mesures concrètes
Discrimination et âgisme	--	
Maltraitance matérielle	--	
Maltraitance organisationnelle (Ouverture tardive des portes)	Optimisation des processus et des directives Renforcement de la communication et de la coordination Encadrement documentaire et suivi rigoureux des incidents Mesures administratives et responsabilisation des équipes	Rappels et diffusion de la directive en lien avec l'ouverture des portes, accompagnés de notes de service et d'une révision des procédures (incluant la répartition de la main-d'œuvre et les rôles et responsabilités). Identification de solutions alternatives afin de prévenir les situations de compromission. Amélioration du transfert d'information entre les équipes (jour/nuit et relèves) et validation des présences. Rappels aux gestionnaires, chefs d'unité, coordonnateurs et employés sur l'obligation de signaler rapidement retards, absences ou enjeux pouvant affecter l'ouverture des portes. Complétion systématique des formulaires AH223 (individuels et collectifs) pour tous les usagers et unités concernés, incluant les usagers sous mesure de protection. Amélioration de la qualité de la documentation clinique (notes tardives, rectifications aux dossiers). Rencontres de suivi et sensibilisation des employés et de la liste de rappel pour corriger les écarts et assurer la conformité. Mise en place de mesures disciplinaires et administratives au besoin (enquêtes, lettres d'attentes, congédiement). Soutien aux usagers dans les situations requérant un accompagnement.
Maltraitance organisationnelle (Plainte)	Renforcement des priorités cliniques et de la bientraitance Amélioration de la communication interprofessionnelle Optimisation de l'organisation des soins Encadrement des pratiques médicales liées à la surveillance	Rappels sur la priorisation des soins en cohérence avec les principes de bientraitance afin de prévenir toute situation de maltraitance. Sensibilisation des équipes à l'importance de communiquer efficacement avec la coordination des activités pour expliquer les besoins spécifiques des usagers. Sensibilisation des chefs d'unité quant à leur rôle clé dans l'organisation des soins et la planification adéquate des ressources. Rappels aux médecins et chefs d'unité quant à l'importance de prescrire et de discuter adéquatement des niveaux de surveillance (incluant la surveillance constante et les services privés) afin d'assurer des décisions cliniques appropriées.
Maltraitance physique	--	
Maltraitance psychologique	--	
Maltraitance sexuelle		
Violation des droits	--	

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

Instance visée	Total de dossiers conclus	Proportion (%)
Installations CH	**11**	**100 %**
Installations CHSLD publics	--	--
Centres locaux de services communautaires (CLSC)	--	--
Résidences privées pour personnes âgées (RPA)	--	--
Ressources de type familial (RTF)	--	--
Ressources intermédiaires (RI)	--	--
Ressources à assistance continue (RAC)	--	--
Autres milieux	--	--
Total	11	100 %

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
Il est recommandé que le président-directeur général de l'INPLPP sollicite un avis juridique auprès de Santé Québec afin de vérifier la conformité légale d'un plan de sécurité en vigueur sur une unité et de l'utilisation des mesures de contrôle planifiées dans ce contexte.	L'analyse du plan de sécurité, effectuée à la lumière de la LGSSSS, des orientations ministérielles applicables ainsi que de la Politique de l'établissement en la matière, a mis en évidence plusieurs préoccupations quant à sa conformité et à son application. Ces cadres prévoient notamment que toute mesure de contrôle doit reposer sur une évaluation clinique individualisée, être utilisée en dernier recours, être proportionnelle au risque présenté et constituer l'option la moins restrictive possible. D'abord, l'application uniforme d'un même plan à l'ensemble des usagers amenait des questionnements quant au respect de l'obligation d'une évaluation individualisée des risques et d'une adaptation des interventions à chaque situation clinique. Ensuite, l'utilisation des mesures de contrôle dans une perspective plus large de gestion clinique ou comportementale de l'unité suscitait des interrogations quant à leur finalité, celles-ci devant uniquement viser la prévention d'un risque de lésion. Des préoccupations ont également été relevées relativement au consentement préalable demandé aux usagers, particulièrement lorsqu'il constitue une condition à l'admission sur l'unité. Par ailleurs, le déclenchement automatique du plan lors de comportements jugés violents, y compris verbaux, ainsi que l'application systématique de mesures de contrôle, remettent en question le respect des principes de proportionnalité et d'évaluation réelle du risque. Enfin, le maintien ou la levée des mesures de contrôle en fonction d'objectifs à atteindre plutôt qu'à partir d'une réévaluation continue du risque soulevait des enjeux de conformité avec les exigences légales applicables.	INPLPP	Au 31 mars 2026, la recommandation avait été acceptée par l'établissement et était en cours de réalisation.

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
Il est recommandé à la DMSP de transmettre l'information suivante à l'ensemble des médecins œuvrant au sein de l'INPLPP par le biais d'une note de service : Lorsqu'une intervention chirurgicale élective est envisagée pour un usager provenant d'une autre province que le Québec, une discussion préalable entre l'équipe médicale de l'INPLPP et le chirurgien concerné devrait avoir lieu afin de clarifier les modalités du suivi post-opératoire nécessaires et de s'assurer que celui-ci pourra être réalisé de manière adéquate.	Le chirurgien estimait qu'il aurait été préférable que l'intervention soit réalisée dans la province où l'usagère devait ultérieurement être transférée, considérant la complexité de la chirurgie, le risque élevé de récidive ainsi que l'imminence du transfert. Selon lui, une planification préalable du suivi avec une équipe chirurgicale locale aurait permis d'assurer une meilleure continuité des soins et d'éviter certains délais dans la prise en charge post-opératoire. Il a également soulevé qu'aucun rendez-vous de suivi post-opératoire n'avait pu être réalisé avant le transfert de l'usagère hors province.	INPLPP	La DMSP a transmis une note de service interne aux médecins. La recommandation est donc réalisée.

Annexe IX – Rapport annuel - Établissements privés

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