

Centre intégré de santé
et de services sociaux de Laval

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

2016-2017

Préparé par Hélène Bousquet
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Une publication de :

Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Laval

1755, boulevard René-Laennec

Laval (Québec) H7M 3L9

Téléphone : 450 668-1010

Site Web : www.lavalensante.com

Édition

Bureau du Commissaire aux plaintes et à la qualité des services, CISSS de Laval

Diffusion

Ce document est disponible en version électronique à l'adresse www.lavalensante.com

Ce document peut être reproduit ou téléchargé pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales, à la condition d'en mentionner la source.

© Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval, 2017

Dépôt légal – 2017

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017

Bibliothèque et Archives Canada, 2017

ISBN 978-2-550-78523-1 (PDF)

TABLE DES MATIÈRES

MOT DU COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES	2
FAITS SAILLANTS	3
PARTIE 1 BILAN DES ACTIVITÉS DU BUREAU DU COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES	4
1. MANDAT	5
2. EFFECTIFS ALLOUÉS	6
3. ACTIVITÉS INTERNES	6
4. ACTIVITÉS EXTERNES	6
5. PORTRAIT DES DOSSIERS TRAITÉS	7
5.1. TYPE DE DOSSIERS	7
6. DÉLAI DE TRAITEMENT DE L'ENSEMBLE DES DOSSIERS RELEVANT DU COMMISSAIRE	8
7. PORTRAIT DES DOSSIERS DE PLAINTES	8
7.1. SOMMAIRE DU TRAITEMENT DES PLAINTES	8
7.2. SOMMAIRE DES MOTIFS DE PLAINTÉ	9
7.3. DÉLAI D'EXAMEN DES PLAINTES	12
8. PLAINTES AYANT FAIT L'OBJET D'UN RECOURS AU PROTECTEUR DU CITOYEN	12
9. PORTRAIT DES DOSSIERS D'INTERVENTIONS	13
9.1. MOTIFS D'INTERVENTION	13
9.2. MOTIFS D'INTERVENTION AYANT DONNÉ LIEU À DES MESURES CORRECTIVES	14
10. ASSISTANCE	14
11. CONSULTATION	15
12. RECOMMANDATIONS VISANT L'AMÉLIORATION DES SOINS ET DES SERVICES DISPENSÉS DANS L'ÉTABLISSEMENT	16
13. OBJECTIFS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION POUR L'AMÉLIORATION DE LA PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES ET DU RESPECT DES DROITS DES USAGERS	18
ANNEXES	19
PARTIE 2 RAPPORT ANNUEL DES MÉDECINS EXAMINATEURS	22
PARTIE 3 RAPPORT ANNUEL DU COMITÉ DE RÉVISION	32

MOT DU COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

J'ai le plaisir de vous présenter le rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et sur l'amélioration de la qualité des services du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Laval.

Conformément aux dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), ce rapport couvre l'ensemble des activités du Bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services pour la période du 1^{er} avril 2016 au 31 mars 2017. Outre le bilan de mes activités, il inclut le rapport annuel des médecins examinateurs ainsi que celui du comité de révision.

Le régime d'examen des plaintes a sa place. Il accueille les commentaires, les insatisfactions, les colères et l'amertume des personnes qui attendent du personnel de notre établissement professionnalisme, efficacité, écoute et compassion. Il tente de trouver le juste équilibre entre le cœur et la raison, la situation particulière et le plan d'ensemble, le besoin de l'individu et la capacité du réseau.

La commissaire voit, dans chaque dossier que son Bureau traite, une occasion potentielle pour l'établissement d'améliorer la prestation de soins et d'offrir le meilleur service à sa clientèle.

Tous les usagers ou leurs proches, les membres du personnel ainsi que toutes autres personnes qui se sont adressées au Bureau du commissaire au cours de la dernière année ont été traités avec respect, confidentialité et diligence, quels que soient la nature et les motifs de leur demande.

Je tiens à remercier Mme France Dumont, commissaire adjointe, pour le soutien indéfectible apporté, ainsi que l'ensemble de mon personnel pour la qualité de leur travail, leur assiduité et leur loyauté malgré l'ambiguïté entourant le régime d'examen des plaintes. Mes remerciements aussi aux membres du comité de vigilance qui assurent, au nom du conseil d'administration, une vigie constante aux suivis accordés aux recommandations visant l'amélioration de la qualité des services et la satisfaction de la clientèle de l'établissement.

Les résultats présentés dans ce rapport ont pu aussi être réalisés, entre autres, grâce à l'appui de la haute direction ainsi qu'à une collaboration exemplaire des directeurs et gestionnaires concernés en participant activement à l'amélioration continue des services offerts dans leur direction respective. Je tiens à les remercier tout un chacun chaleureusement.



Hélène Bousquet
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

FAITS SAILLANTS

BILAN DES ACTIVITÉS DU BUREAU DU COMMISSAIRE :

1. 148 activités de promotion des droits ou du régime d'examen des plaintes
2. 1 764 dossiers traités (↑ de 3,33 %)
3. 523 plaintes :
 - a. 482 examinées par le Bureau (↑ de 28 %)
 - b. 41 transmises aux médecins examinateurs (↓ de 37 %)
4. 796 motifs de plainte analysés (↑ de 10 %)
5. 94 % des plaintes non médicales conclues dans le délai prévu (↑ de 14 %)
6. 2 dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires à la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques
7. 64 signalements reçus (↑ de 68 %)
8. 303 mesures d'amélioration mises en place ou suggérées suivant l'examen par le Bureau dont 24 recommandations transmises au conseil d'administration
9. 23 demandes de transmission de dossier pour étude par le Protecteur du citoyen
10. Confirmation par le Protecteur du citoyen des conclusions du Bureau dans 14 dossiers

RAPPORT ANNUEL DES MÉDECINS EXAMINATEURS :

11. 41 plaintes médicales (↓ de 37 %)
12. 46 motifs de plaintes analysés
13. 46 % des dossiers conclus dans le délai (↑ de 32 %)
14. 26 recommandations transmises

RAPPORT ANNUEL DU COMITÉ DE RÉVISION :

15. Première année de fonctionnement
16. 9 demandes de révision examinées
17. Confirmation des conclusions du médecin examinateur dans 8 de ces dossiers

PARTIE 1

BILAN DES ACTIVITÉS DU BUREAU DU COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

PRÉSENTATION DU BUREAU DU COMMISSAIRE ET DU RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES

1. MANDAT

Le Bureau est responsable de s'assurer que :

1. les appels, demandes d'assistance, plaintes ou toutes autres demandes de toutes provenances et installations confondues¹, soient traités de façon diligente et conformément aux dispositions en vigueur de la loi;
2. les droits de l'ensemble des usagers ou utilisateurs de services soient respectés.

À ces multiples mandats locaux s'ajoutent également le mandat régional, autrefois exercé par le commissaire régional de Laval. Ainsi, le Bureau est aussi responsable du traitement des plaintes de toute personne du territoire lavallois :

1. qui utilise les services d'un organisme communautaire;
2. qui est hébergée dans une résidence privée pour aînés;
3. qui est hébergée ou reçoit des services d'une ressource privée ou communautaire d'hébergement;
4. qui est hébergée dans une ressource intermédiaire ou de type familial;
5. qui reçoit des services de tout organisme, société ou personne dont les activités sont reliées au domaine de la santé ou des services sociaux.

En sus de ces mandats, la loi prévoit que le commissaire doit aussi :

- assurer la promotion du régime d'examen des plaintes ainsi que l'indépendance de son rôle;
- diffuser l'information sur les droits et les obligations des usagers et sur le code d'éthique;
- prêter assistance ou s'assurer que soit prêté assistance à l'usager qui le requiert pour la formulation de sa plainte ou pour toute démarche relative à sa plainte;
- intervenir de sa propre initiative ou sur demande lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'elle a des motifs raisonnables de croire que les droits d'un usager ou d'un groupe d'usagers ne sont pas respectés;
- donner son avis sur toute question de sa compétence que lui soumet, le cas échéant, le conseil d'administration, tout conseil ou comité créé par lui, ainsi que tout autre conseil ou comité de l'établissement, y compris le comité des usagers;
- collaborer avec le médecin examinateur dans l'identification de solutions et la recherche de piste d'amélioration de la qualité des soins et services médicaux.

¹ CH (centre hospitalier), CJ (centre jeunesse), CD (centre dépendance), CRDITED (centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement), DP (déficience physique), CLSC (centre local de services communautaires), CHSLD (centre d'hébergement en soins de longue durée)

2. EFFECTIFS ALLOUÉS

Le Bureau est composé de la commissaire, assistée d'une commissaire adjointe, de trois conseillères, deux médecins examinateurs et deux soutiens cléricaux.

Ce bureau unifié, regroupant l'ensemble de ces personnes sous un même toit, constitue le lieu unique où les usagers de toute provenance s'adressent en cas d'insatisfactions ou de questionnements à l'égard de leurs droits.

3. ACTIVITÉS INTERNES

Plus de 148 activités à ce chapitre ont été réalisées durant la dernière année, notamment :

- promotion du rôle et du régime d'examen des plaintes auprès de différentes instances;
- rencontre et collaboration avec différents comités des usagers et comités de résidents;
- rencontre avec différentes directions pour révision de processus;
- présentation du rapport annuel 2015-2016 sur l'application du régime d'examen des plaintes du CISSS de Laval aux membres du conseil d'administration et au public;
- participation aux rencontres bilans et de suivi de diverses visites ministérielles et d'agrément;
- membre du comité de sélection des Prix distinction CII (conseil des infirmières et infirmiers) 2016;
- articles dans le journal « Babillard » du Centre jeunesse de Laval printemps 2016;
- élaboration d'un plan de visibilité et du contenu du futur site web du CISSS de Laval;
- recrutement, accueil et formation de deux nouvelles conseillères;
- recrutement, accueil et formation de nouveaux médecins examinateurs;
- rencontre bilan avec l'ensemble des directeurs sur le fonctionnement du Bureau.

4. ACTIVITÉS EXTERNES

La commissaire se doit de, non seulement, maintenir ses connaissances et celles de son équipe à jour, mais aussi de maintenir des liens de collaboration avec les autres commissaires.

Elle est aussi membre du :

- Barreau du Québec
- Forum des ombudsmans canadiens
- Regroupement des commissaires aux plaintes du Grand Montréal

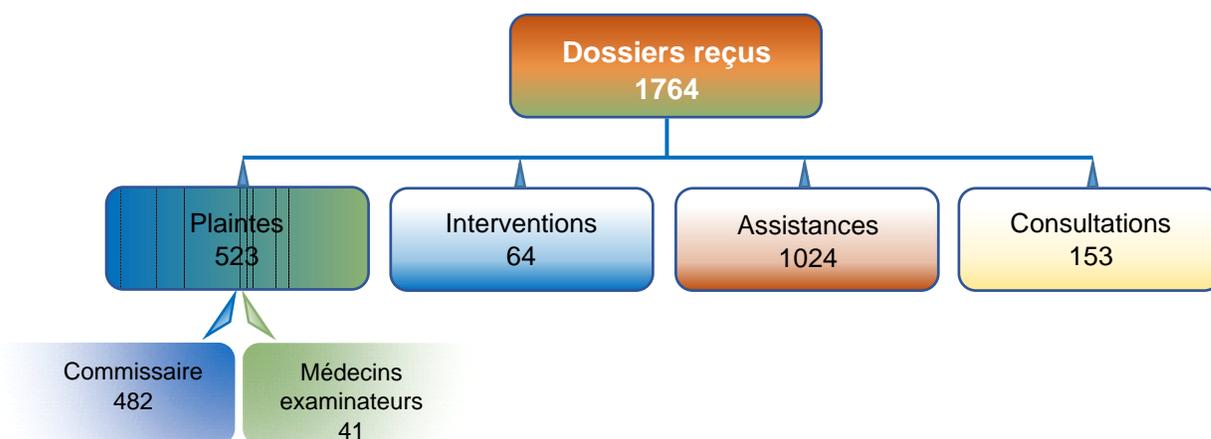
5. PORTRAIT DES DOSSIERS TRAITÉS

Ce bilan représente l'ensemble des activités réalisées par l'équipe du Bureau du commissaire.

Lorsque le texte réfère à la commissaire, il faut comprendre qu'il inclut le travail accompli par la commissaire adjointe, qui agit sous l'autorité de la commissaire.

5.1. TYPE DE DOSSIERS

Le Bureau du commissaire a traité, durant cette période, 1 764 dossiers. Ces dossiers se classent comme suit :



En comparaison, la commissaire avait traité durant l'année 2015-2016, 1 707 dossiers. L'on constate une hausse importante du nombre de plaintes, d'interventions et de consultation et une baisse de plaintes de nature médicales et d'assistance à l'utilisateur.

Types de dossiers	2015-2016	2016-2017	Écart
Plaintes	378	482	↑ 28 %
Plaintes médicales	65	41	↓ 37 %
Interventions	38	64	↑ 68 %
Assurances	1 139	1 024	↓ 10 %
Consultations	87	153	↑ 76 %
Total	1 707	1 764	

6. DÉLAI DE TRAITEMENT DE L'ENSEMBLE DES DOSSIERS RELEVANT DU COMMISSAIRE

Parmi les principes directeurs qui guident le Bureau figure l'accessibilité. Nous accueillons diligemment toute situation rapportée, dans le respect de la personne et de ses droits.

Sur les 1 764 dossiers reçus, 41 ont été transférés pour étude au médecin examinateur.

Les 1 723 restants ont fait l'objet d'une étude par le Bureau dans les délais suivants :

Délai de traitement	Nombre de dossiers	Proportion
Le jour même	1 082	63 %
2 à 45 jours	603	35 %
Plus de 45 jours	38	2 %
TOTAL	1 723	100 %

7. PORTRAIT DES DOSSIERS DE PLAINTES

Le Bureau a reçu durant l'année 482 plaintes, soit une hausse de plus de 28 % comparativement à l'année dernière.

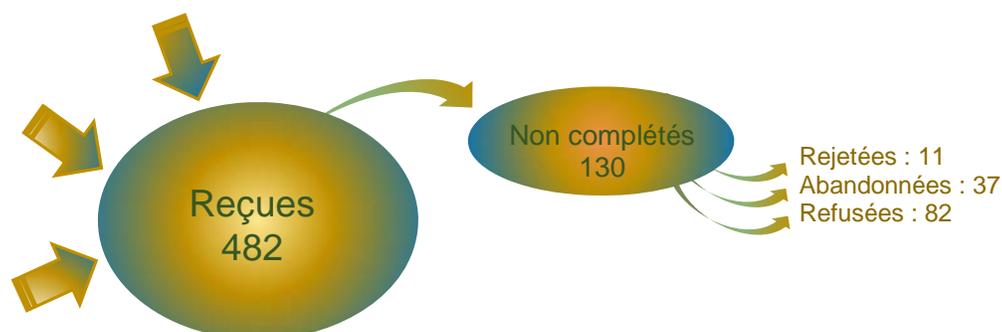
Certaines plaintes contiennent toutefois plus d'un motif. Dans les faits, c'est plus de **750 motifs d'insatisfaction** qui en réalité ont fait l'objet d'un examen par le Bureau au cours de la période.

Ce sont les soins et services dispensés, les relations interpersonnelles et l'accessibilité qui ont fait l'objet de plus d'insatisfactions au cours de l'année.

7.1. SOMMAIRE DU TRAITEMENT DES PLAINTES

Parmi les 482 plaintes reçues, le traitement de 130 d'entre elles n'a pu être complété, tel qu'en fait foi le tableau suivant.

Ces absences de traitement s'expliquent par l'une ou l'autre des raisons suivantes : hors compétence, problème réglé avant la fin de l'examen, abandon de la démarche, absence de statut d'utilisateur ou de son consentement, plainte frivole, vexatoire ou de mauvaise foi.



7.2. SOMMAIRE DES MOTIFS DE PLAINTE

Ce sont les soins et services dispensés à l'urgence, les relations interpersonnelles entre les usagers et le personnel de l'urgence, des centres de prélèvement et l'accessibilité qui ont fait l'objet de plus d'insatisfactions au cours de l'année. À eux seuls, ils constituent plus de 70 % des motifs de plainte exprimés par nos usagers.

Motifs	Nombre	%
Soins et services dispensés	230	31 %
Relations interpersonnelles	166	22 %
Accessibilité	130	17 %
Organisation du milieu et ressources matérielles	85	11 %
Droits particuliers	80	11 %
Aspect financier	56	7 %
Autre	3	1 %
Total général	750	

Les détails de ces principaux motifs se retrouvent à l'annexe 1.

Les principaux services visés par ces motifs de plainte sont les suivants :

Motifs	Nombre	%
Soins et services dispensés	230	31 %
DSP ² - Urgence	50	
Relations interpersonnelles	166	22 %
DSP - Urgence	17	
DSI ³ - Centres de prélèvements (tout)	16	
DPJ ⁴ - Serv. Évaluation Orientation	14	
Accessibilité	130	17 %
DSI - Centres de prélèvements (tout)	14	
DSI - Clin. ext. Médecine 1 - Dermato, Gastro, Microbio	11	
DSP - Urgence	10	
DSI - Clin. ext. Ophtalmologie	9	
Organisation du milieu et ressources matérielles	85	11 %
Droits particuliers	80	11 %
Aspect financier	56	7 %
Autre	3	1 %
Total général	750	

² Direction des services professionnels

³ Direction des soins infirmiers

⁴ Direction de la protection de la jeunesse

7.2.1. Sommaire du traitement des motifs de plaintes

Suivant l'étude de ces 750 motifs, 269 ont amené la mise en place de mesures correctives ou d'amélioration. L'étude de 337 d'entre eux a été complétée sans prise de mesures particulières. En d'autres termes, leur étude a permis de confirmer l'application des protocoles, procédures ou politiques existants ou que les soins et services ont été prodigués conformément aux pratiques attendues.

Sommaire des niveaux de traitement des motifs de plaintes	Nombre	%
Traitement complété sans mesure identifiée	337	45 %
Traitement complété avec mesure identifiée	269	36 %
Traitement des motifs rejetés / abandonnés / refusés	144	19 %
Nombre de mesures : 303		
Total	750	

7.2.2. Suites données à l'examen

Sommaire des mesures prises

L'étude de 269 de ces motifs a amené l'application de 303 mesures d'amélioration de la qualité des soins et services. Ces mesures se traduisent soit par l'application immédiate d'un correctif par la direction concernée, soit d'un engagement de sa part à ce faire, soit par le biais de la formulation, par notre Bureau, d'une recommandation à cette même direction.

Plus spécifiquement, ces mesures se détaillent comme suit :

Types de mesures	Nombre	Proportion
Information / sensibilisation d'un intervenant	65	21 %
Encadrement de l'intervenant	49	16 %
Protocole clinique ou administratif	38	13 %
Amélioration des communications	27	9 %
Communication / promotion	24	8 %
Élaboration / révision / application	17	5 %
Formation / supervision	17	5 %
Ajustement des activités professionnelles	13	4 %
Ajustement financier	9	3 %
Ajustement technique et matériel	9	3 %
Amélioration des conditions de vie	6	2 %
Obtention de services	6	2 %
Politiques et règlements	6	2 %
Amélioration des mesures de sécurité et protection	5	2 %
Autre	5	2 %
Conciliation / intercession / liaison	3	1 %
Changement d'intervenant	2	1 %
Code d'éthique	2	1 %
Total	303	

7.2.3. Motifs de plainte ayant donné lieu à des mesures d'amélioration

Ce sont bien évidemment les motifs ayant fait le plus de plaintes qui ont fait l'objet de mesures correctives. Ainsi parmi ces 303 mesures, plus de 77 %, soit 234, concernent les soins et services dispensés, les relations interpersonnelles et l'accessibilité.

Ces mesures se détaillent comme suit :

Types de mesures correctives selon les catégories de motifs									
	Dossiers de plainte								
	Catégories de motifs								
	Soins et services dispensés	Relations interpersonnelles	Accessibilité	Droits particuliers	Organisation du milieu et ressources matérielles	Aspect financier	Total	% Par mesure	
Types de mesures correctives									
Information / sensibilisation d'un intervenant	25	28	3	8	1	0	65	21 %	
Encadrement de l'intervenant	12	29	5	1	2	0	49	16 %	
Protocole clinique ou administratif	12	2	16	2	2	4	38	13 %	
Amélioration des communications	10	7	5	3	1	1	27	8 %	
Communication / promotion	10	3	2	8	0	1	24	8 %	
Élaboration / révision / application	10	2	4	1	0	0	17	5 %	
Formation / supervision	8	6	0	0	1	0	15	5 %	
Ajustement des activités professionnelles	6	3	3	1	0	0	13	4 %	
Ajustement financier	0	0	0	2	1	6	9	3 %	
Ajustement technique et matériel	0	0	1	0	8	0	9	3 %	
Amélioration des conditions de vie	0	0	0	0	6	0	6	2 %	
Obtention de services	2	0	4	0	0	0	6	2 %	
Politiques et règlements	1	0	1	2	0	2	6	2 %	
Amélioration des mesures de sécurité et protection	0	2	0	2	1	0	5	2 %	
Autre	1	1	2	0	1	0	5	2 %	
Conciliation / intercession / liaison	1	1	0	1	0	0	3	1 %	
Changement d'intervenant	1	1	0	0	0	0	2	1 %	
Code d'éthique	0	2	0	0	0	0	2	1 %	
Formation du personnel	0	2	0	0	0	0	2	1 %	
Total	99	89	46	31	24	14	303		

7.3. DÉLAI D'EXAMEN DES PLAINTES

La loi prévoit que le traitement de toute plainte doit se faire diligemment, à l'intérieur d'un délai de 45 jours suivant le début de son étude.

L'équipe du Bureau met tout en œuvre pour s'assurer de respecter ce délai. Le pourcentage figurant ici-bas traduit bien la philosophie privilégiée au Bureau. En effet, plus de 94 % des dossiers de plaintes examinés durant l'année ont été conclu à l'intérieur de ce délai.

Néanmoins, la complexité de certaines situations examinées ou le délai relié à la mise en œuvre de solutions appropriées, impliquant parfois la collaboration de plus d'une direction de l'établissement, fait en sorte que ce délai ne peut être observé.

Lorsqu'une telle situation se présente, le plaignant en est toujours informé ainsi que de son droit de recourir, s'il le souhaite, au Protecteur du citoyen tel que prévu à la loi. Aucun des plaignants ne s'en est toutefois prévalu.

Délai d'examen des plaintes	2015-2016		2016-2017		Écart
Moins de 45 jours	301	80 %	442	94 %	↑ 14 %
Plus de 45 jours	77	20 %	26	6 %	↓ 14 %
Total	378		468		

8. PLAINTES AYANT FAIT L'OBJET D'UN RECOURS AU PROTECTEUR DU CITOYEN

Si un usager n'est pas satisfait des conclusions transmises par le Bureau du commissaire, ou qu'il ne reçoit pas ses conclusions à l'intérieur du délai légal de 45 jours, la loi prévoit que celui-ci peut s'adresser, en deuxième recours, au Protecteur du citoyen.

Durant l'année, nous avons enregistré 23 demandes de transmission de dossier pour étude par le Protecteur du citoyen. Lorsque le Protecteur est saisi d'une telle demande par le plaignant, il en évalue dans un premier temps le bien-fondé et décide de l'orientation à y donner. Souvent, ses démarches s'arrêtent à ce niveau. Si, toutefois, il est d'avis qu'une enquête est nécessaire, il y procède. Suivant son enquête, ou il confirme les conclusions émises par notre Bureau ou il formule ses recommandations au conseil d'administration de l'établissement.

Motifs de plainte ayant fait l'objet d'un recours au Protecteur :

24 motifs de plainte ont fait l'objet d'un recours auprès de ce dernier. Ceux-ci se détaillent comme suit :

Transmis au Protecteur du citoyen	Motifs	Proportion
Soins et services dispensés	7	29 %
Aspect financier	5	21 %
Droits particuliers	4	17 %
Accessibilité	3	13 %
Organisation du milieu et ressources matérielles	2	8 %
Relations interpersonnelles	2	8 %
Autres	1	4 %
Total	24	

9. PORTRAIT DES DOSSIERS D'INTERVENTIONS

Au-delà du traitement des plaintes des usagers, la LSSSS demande au commissaire d'intervenir lorsqu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits d'un usager ou d'un groupe d'usagers ne sont pas respectés. Au même titre que pour une plainte, le commissaire peut, à l'intérieur d'un dossier d'intervention, recommander toute mesure visant la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits.

L'origine de l'intervention peut être sur initiative du commissaire ou suite à un signalement formulé par un tiers.

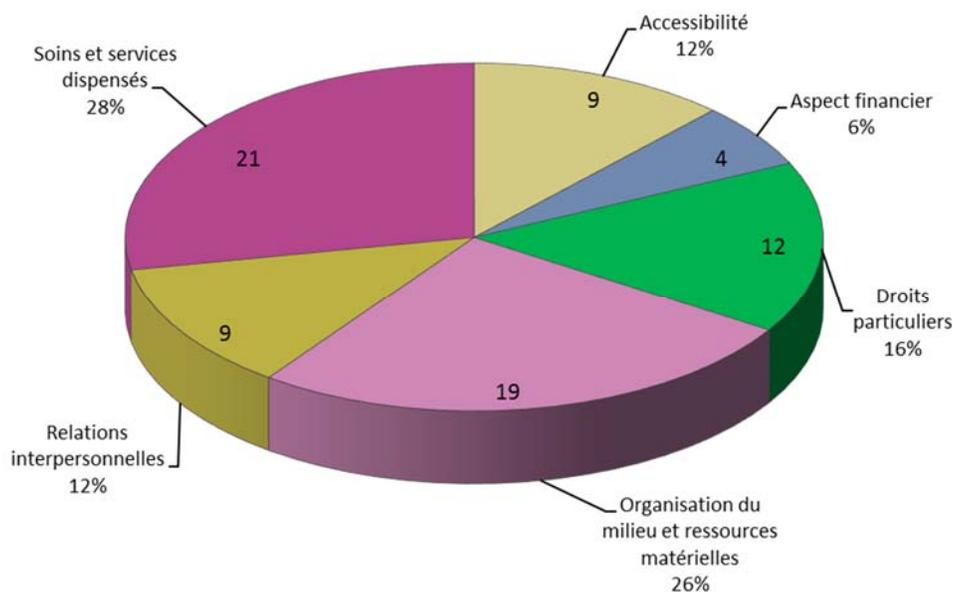
Au total, 64 dossiers d'intervention ont été reçus au Bureau durant l'année comparativement à 38 l'année précédente, représentant une hausse de plus de 68 %.

9.1. MOTIFS D'INTERVENTION

Certains signalements contenant plus d'un motif, en tout, **74** motifs ont été portés à l'attention de la commissaire au cours de la période. Ces 74 motifs se détaillent comme suit :

Motifs	Nombre
Soins et services dispensés	21
Organisation du milieu et ressources matérielles	19
Droits particuliers	12
Relations interpersonnelles	9
Accessibilité	9
Aspect financier	4
TOTAL	74

Les détails de ces principaux motifs se retrouvent à l'annexe 2.



9.2. MOTIFS D'INTERVENTION AYANT DONNÉ LIEU À DES MESURES CORRECTIVES

Suivant l'étude de ces 74 motifs, 35 d'entre eux ont permis l'application de mesures correctives. Ces mesures ont entraîné soit l'application immédiate d'un correctif, soit l'engagement de la direction concernée à ce faire, soit la formulation d'une recommandation à cette même direction.

Ces mesures se détaillent comme suit :

Types de mesures correctives selon les catégories de motifs								
	Dossiers d'intervention							
	Catégories de motifs							
	Soins et services dispensés	Organisation du milieu et ressources matérielles	Droits particuliers	Accessibilité	Relations interpersonnelles	Aspect financier	Total	% Par mesure
Types de mesures correctives								
Encadrement de l'intervenant	2	1	1	2	1	0	7	19 %
Information / sensibilisation d'un intervenant	1	1	1	0	2	0	5	14 %
Politiques et règlements	0	4	0	0	0	1	5	13 %
Élaboration / révision / application	2	0	0	0	0	0	2	6 %
Ajustement technique et matériel	0	2	0	0	0	0	2	6 %
Amélioration des conditions de vie	0	1	1	0	0	0	2	6 %
Protocole clinique ou administratif	2	0	0	0	0	0	2	6 %
Formation / supervision	1	0	1	0	0	0	2	6 %
Amélioration des communications	2	0	0	0	0	0	2	6 %
Conciliation / intercession / liaison	1	0	0	0	0	0	1	3 %
Ajustement des activités professionnelles	0	0	0	1	0	0	1	3 %
Évaluation des besoins	0	0	1	0	0	0	1	3 %
Amélioration des mesures de sécurité et protection	0	1	0	0	0	0	1	3 %
Code d'éthique	0	1	0	0	0	0	1	3 %
Communication / promotion	1	0	0	0	0	0	1	3 %
Total	12	11	5	3	3	1	35	

10. ASSISTANCE

L'assistance est une demande d'aide visant généralement à soutenir ou orienter, selon sa volonté, l'utilisateur dans ses démarches pour obtenir l'accès à un soin ou à un service, de l'information ou de l'aide dans ses communications avec un membre du personnel ou encore de l'aide à la formulation d'une plainte.

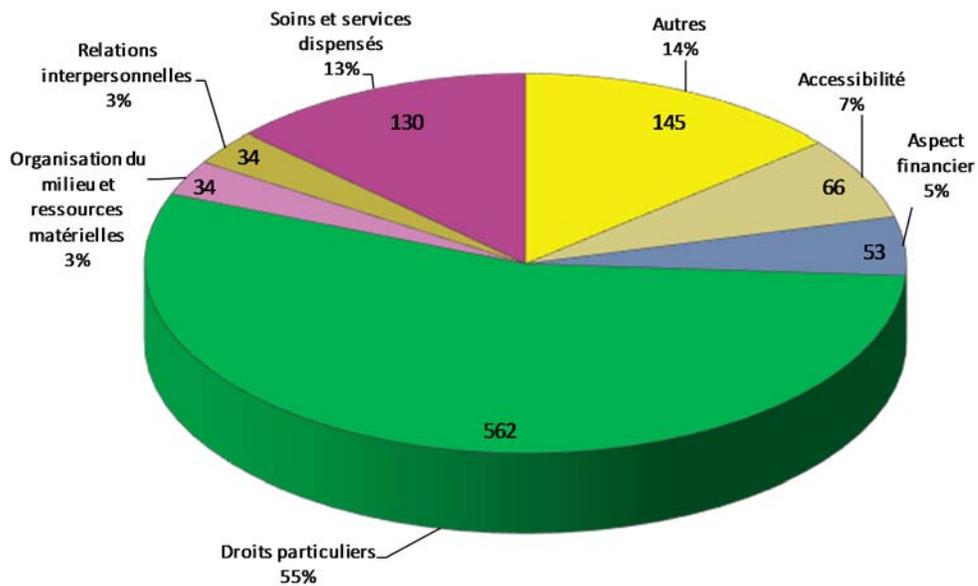
L'assistance est aussi prêtée à toute personne désirant porter à l'attention de la commissaire une situation particulière sans vouloir en porter plainte officiellement. À noter ici l'excellente collaboration des gestionnaires des services en cause. Grâce à eux, l'utilisateur obtient la plupart du temps l'assistance requise.

Dans certains cas, toutefois, l'étude de la situation entraîne pour le Bureau une série de démarches longues et complexes, souvent similaire à l'étude d'une plainte. Bien qu'aucune conclusion n'en émane, il ne faudrait pas minimiser la portée de ce type de dossiers.

Le Bureau s'est vu adresser 1 024 demandes d'assistance durant l'année, soit une baisse de 10 % par rapport à l'année dernière.

Assistance	Nombre	Proportion
Aide à la formulation d'une plainte	84	8 %
Aide concernant un soin / service	940	92 %
Total	1 024	

Ces motifs se détaillent comme suit :



11. CONSULTATION

Une consultation est une demande d'avis au commissaire sur un sujet de sa compétence.

Tant les directeurs, les gestionnaires, les comités, les conseils, que les employés s'adressent au besoin à la commissaire.

Cette année, au moins 153 personnes ont requis ce service, soit une hausse de 76 % par rapport à l'année dernière, et ce, sur des sujets divers, dont l'offre de service, l'éthique, les droits particuliers, les comportements inappropriés de certains usagers, le droit de l'établissement ou du personnel.

La commissaire s'en réjouit, car elle y voit là un indicateur de l'amélioration de la connaissance des activités et services de son Bureau.

12. RECOMMANDATIONS VISANT L'AMÉLIORATION DES SOINS ET DES SERVICES DISPENSÉS DANS L'ÉTABLISSEMENT

La commissaire a pour fonction de travailler à l'amélioration des pratiques par la formulation, en outre, de recommandations, de propositions, de modifications aux pratiques ou encore par le rappel de l'importance du respect des politiques et procédures en vigueur dans l'établissement.

Lorsque l'étude d'une plainte permet d'établir qu'un ou plusieurs usagers peuvent ou ont pu être lésés dans des circonstances identiques, il importe d'étendre les correctifs envisagés à l'ensemble des personnes touchées. La préoccupation systémique fait partie du processus et doit être présente dans l'analyse de chaque cas.

Le comité de vigilance et de la qualité est responsable du suivi de ces recommandations. Lui ont été présentées au cours de l'année les recommandations suivantes, transmises par le Bureau au conseil d'administration ainsi qu'aux directions concernées :

Manque d'information et de transparence sur le mécanisme d'accès à l'hébergement

Qu'un feuillet d'information soit remis aux usagers dès l'amorce du processus d'hébergement afin de les aider à mieux comprendre les critères, règles et procédures quant aux décisions prises.

Prévention des chutes / surveillance en CHSLD

- *Que la direction concernée élabore ou complète les outils d'information existants de façon à informer et sensibiliser les familles aux préceptes entourant la philosophie et l'approche des mesures de contentions et de contrôle applicables en milieu de vie.*
- *Que cette information soit remise assez tôt dans le processus d'adaptation au nouveau milieu de vie afin de favoriser le cheminement et l'acceptation de la notion de risque et de soutenir la pratique des intervenants.*

Lacunes dans la tenue de dossier et dans les communications

- *Réviser le programme de formation quant aux meilleures pratiques sur la tenue de dossier et mettre en place les formations requises, le cas échéant.*
- *Rappeler au personnel soignant l'importance des communications avec l'utilisateur et/ou sa famille, selon le champ d'expertise, les rôles et les responsabilités professionnelles dévolus à chacun.*

Équipement / Confort au centre de prélèvements

En l'absence d'un nombre insuffisant de chaises avec appui-bras et ses conséquences sur les personnes âgées ou à mobilité réduite, prendre les dispositions nécessaires pour s'assurer que 25 % des chaises soient dotées d'appui-bras.

Manque d'information sur la disponibilité des soins et services

En respect de notre clientèle, indiquer sur le site web Laval en santé, les jours où l'offre des principaux services est réduite ou inexistante.

Erreurs et manque d'information lors de la planification des congés à l'hôpital

Révision par les directions concernées afin de mieux comprendre le partage des rôles et des responsabilités de l'infirmière de liaison et de l'intervenant pivot du CLSC lors de la planification du congé.

Mauvaise organisation des services à la suite d'un décès

- Réviser la procédure à suivre lors du décès d'un usager, et ce, afin que les rôles et responsabilités de chacun soient bien identifiés et connus du personnel concerné.
- Clarifier également, la gestion des biens personnels de l'usager décédé.

Long délai d'attente au triage à l'urgence

Prendre les moyens nécessaires pour s'assurer que les délais de triage répondent aux normes nationales ainsi qu'aux pratiques attendues.

Application inappropriée du code blanc et utilisation de mesures de contrôle à l'urgence

- Réviser les visites ciblées à l'urgence en tenant compte du respect afin de respecter les mesures de sécurité et de prévention de la violence ainsi que de l'utilisation exceptionnelle de mesure de contrôle.
- Mettre en place des mesures d'amélioration, le cas échéant.

Nécrose testiculaire chez jeune de 14 ans dû au délai de prise en charge à l'urgence

Considérant la nature et la gravité des faits et leur conséquence sur l'usager, qu'une revue interdirections complète soit réalisée et que des mesures soient mis en place afin d'en éviter la récurrence.

Attribution d'une civière surnuméraire (civière 5^e lit dans une salle prévue pour 4 personnes) à une patiente atteinte de cancer, stade avancé en hémato-oncologie

- Qu'une étude complète de ce dossier soit réalisée conjointement par la direction et le chef de département concerné, selon leurs responsabilités respectives, quant aux critères d'attribution d'un tel lit dans les circonstances, et ce, en tenant compte des droits de l'usager, des standards de qualité et des valeurs d'humanismes prônées par l'organisation.
- Au terme de cette étude, informer, le cas échéant, des mesures prises ou à prendre afin d'éviter la récurrence d'une telle situation.

Non-respect de la confidentialité

Qu'un avis soit diffusé à l'ensemble des intervenants pour les informer des mesures à prendre pour l'obtention des consentements nécessaires pour la transmission et/ou l'obtention de renseignements entre les intervenants des différentes installations du CISSS, et ce, pour respecter la confidentialité des usagers.

Manque d'harmonisation de la future politique sur la gestion des parcs de stationnement et impact sur la clientèle

Revoir le projet de politique, à la lumière des principes et buts recherchés dans la circulaire ministérielle, avant son adoption par le conseil d'administration.

Contestation de facturation de frais de chambre

Que la facture soit révisée en fonction de la tarification de la catégorie immédiatement inférieure, en conformité avec le chapitre A-28 du Règlement d'application de la loi sur l'assurance hospitalisation.

Contenu d'un formulaire remis aux usagers non assurés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)

Revoir le formulaire « Engagement de l'usager non assurée-accouchement » dans le respect des droits de l'usager et de l'enfant à naître.

Facturation de soins et services reçus lors d'une visite à l'urgence par un usager non résident du Québec

- Suivant le non-respect du droit à l'information, annuler les frais facturés à l'usager.
- Mettre en place les mesures nécessaires pour assurer le respect du droit à l'information juste quant aux frais applicables pour les usagers non-résidents du Québec.

Présence active de fumeurs dans les unités de psychiatrie et impact sur les non-fumeurs

Étudier la situation, identifier les mesures à prendre pour assurer le respect des usagers hospitalisés dans un environnement sans fumée et appliquer les solutions requises dans les meilleurs délais possibles.

13. OBJECTIFS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION POUR L'AMÉLIORATION DE LA PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES ET DU RESPECT DES DROITS DES USAGERS

L'article 76.11 de la LSSSS énonce que « le conseil d'administration y formule, au besoin, des objectifs de résultats sur toute question relative au respect des droits des usagers et au traitement diligent de leurs plaintes. » Il ne s'agit pas d'une obligation, mais l'intégration d'objectifs dans ce rapport est recommandée.

ANNEXES

Annexe 1 Sommaire des motifs de plainte

Motifs	Nombre
Soins et services dispensés	230
Traitement	85
Continuité	45
Décision clinique	42
Compétence technique et professionnelle (capacité de base à faire le travail)	39
Organisation des soins et services (systémique)	14
Autre	5
Relations interpersonnelles	166
Communication	100
Respect	29
Abus	19
Fiabilité	16
Autre	2
Accessibilité	130
Délais	82
Difficulté d'accès	23
Absence de service ou de ressource	11
Refus de services	11
Autre	3
Organisation du milieu et ressources matérielles	85
Confort et commodité	24
Règles et procédures du milieu	15
Organisation spatiale	14
Équipement et matériel	12
Alimentation	10
Sécurité et protection	6
Hygiène	4
Droits particuliers	80
Droit à l'information	34
Accès au dossier de l'utilisateur et dossier de plainte	17
Droit de recours	10
Sécurité	6
Autre	3
Choix de l'établissement/professionnel	2
Consentement	2
Droit de communiquer	2
Participation de l'utilisateur ou de son représentant	2
Assistance	1
Droit linguistique	1
Aspect financier	56
Frais d'hébergement	22
Frais de déplacement	10
Facturation	8
Processus de réclamation	8
Allocation de ressources matérielles et financières	7
Autre	1
Autre	3
Total	750

Annexe 2 Sommaire des motifs d'intervention

Motifs	Nombre
Soins et services dispensés	21
Traitement	7
Continuité	5
Compétence technique et professionnelle (capacité de base à faire le travail)	4
Organisation des soins et services (systémique)	3
Décision clinique	2
Organisation du milieu et ressources matérielles	19
Confort et commodité	4
Règles et procédures du milieu	4
Sécurité et protection	4
Organisation spatiale	3
Hygiène	2
Compatibilité des clientèles	1
Conditions d'intervention ou de séjour adaptées	1
Droits particuliers	12
Droit à l'information	4
Consentement	3
Choix de l'établissement/professionnel	2
Accès au dossier de l'utilisateur et dossier de plainte	1
Droit de recours	1
Sécurité	1
Relations interpersonnelles	9
Respect	3
Abus	3
Communication	2
Discrimination - racisme	1
Accessibilité	9
Délais	4
Difficulté d'accès	3
Absence de service ou de ressource	2
Aspect financier	4
Allocation	2
Frais de déplacement	2
Total	74

PARTIE 2

RAPPORT ANNUEL DES MÉDECINS EXAMINATEURS



RAPPORT ANNUEL des médecins examinateurs

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

2016-2017

Élisabeth Azuelos
Médecin examinateur
Mai 2017

**Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Laval**

Québec 

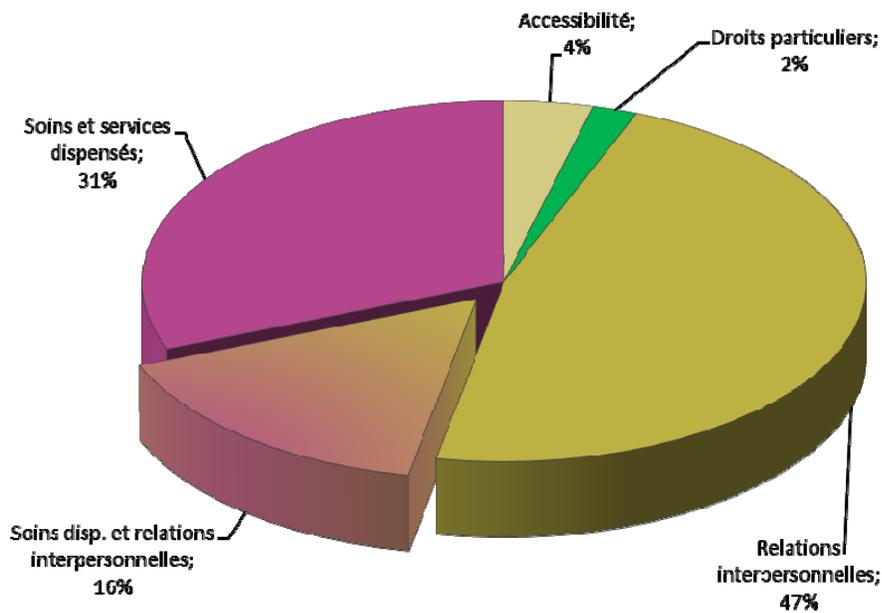
TABLE DES MATIÈRES

FAITS SAILLANTS	3
RECOMMANDATIONS ET MESURES CORRECTIVES	4
ENQUÊTES PAR CHAMPS DE PRATIQUE.....	8
ÉVOLUTION DU NOMBRE DE PLAINTES MÉDICALES REÇUES	8
DÉLAIS D'EXAMEN DES PLAINTES MÉDICALES	8
INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES.....	9
PARTICULARITÉS 2016-2017	9
PERSPECTIVES 2017-2018	9

FAITS SAILLANTS

- 41 plaintes médicales reçues durant l'année
- 39 plaintes conclues (42 enquêtes) :
 - 7 retirées par le plaignant après discussion avec le médecin examinateur
 - 5 rejetées
 - 6 cessées/abandonnées
 - 3 jugées non recevables selon le médecin ou la commissaire
 - 3 à la suite de discussion avec la commissaire
 - 1 dirigée vers le comité de discipline
 - Au 1^{er} avril 2016, 5 plaintes datées de 2015-2016 étaient en cours d'examen
 - Au 31 mars 2017, 7 plaintes datées de 2016-2017 sont en cours d'examen
- 5 conclusions ont fait l'objet d'une demande de révision par l'une des parties au cours de l'année
- 60 % des enquêtes comportent plus d'un objet de plainte

PRINCIPAUX MOTIFS DE PLAINTES MÉDICALES



RECOMMANDATIONS ET MESURES CORRECTIVES

- 4 recommandations individuelles ont été déposées dans le dossier professionnel de 4 médecins.
 - 3 concernaient l'attitude et le comportement
 - 1 était en lien avec la qualité des soins dispensés

- 26 recommandations à portée systémique ont été formulées.
 - Issues de 13 plaintes (indiquées en chiffres romains ci-dessous)

Objets :

I. Annulation ou modification de l'horaire à la clinique externe d'ophtalmologie

1. Rappeler aux médecins souhaitant modifier leur horaire, notamment en clinique externe, de s'assurer de compléter systématiquement le document prévu à cette fin.

II. Absence / refus des membres du service d'ophtalmologie de répondre aux appels des médecins provenant de l'extérieur de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé, même si ces derniers exercent dans la région de Laval, durant leur garde de soirs et de fins de semaine

2. Rappeler aux membres les termes de l'article 112.1 du Code de déontologie des médecins qui stipule que le médecin doit collaborer avec les autres professionnels de la santé et les autres personnes habilitées dans la prestation de soins de santé à un patient.

3. Tenir une rencontre entre le président du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), le chef du service d'ophtalmologie et la Directrice des services professionnels, ayant pour objectif de clarifier les modalités de garde en ophtalmologie et de s'assurer que ce service observe à l'égard des collègues, à l'instar des autres services de l'établissement, les règles du code de déontologie des médecins.

III. Évaluation à l'urgence des patients selon les règles de l'ETG (échelle de triage et de gravité)

4. Rappeler aux médecins de se conformer aux critères nationaux de priorisation à l'urgence.

IV. Allergie à l'iode non signalée sur une requête d'examen radiologique

5. Que le CMDP rappelle à l'ensemble des médecins du CISSS (Centre intégré de santé et de services sociaux) de Laval d'inscrire sur les requêtes de radiologie les allergies connues, notamment celles qui visent les produits de contraste.

V. Méconnaissance de la procédure de signalement d'une condition médicale à la Société d'assurance automobile du Québec (SAAQ)

6. Que le chef du service de pneumologie clarifie, auprès des membres, la procédure de signalement d'une condition médicale d'un patient à la SAAQ.

VI. Absence de communication entre les intervenants et la coordination des soins pour les cas complexes de cancer

7. Identifier un intervenant responsable, médecin ou infirmière-pivot, qui assurera, en collaboration avec le patient ou son représentant, la coordination de l'ensemble des soins et transmettra les explications relatives au plan de traitement.

VII. Méconnaissance des symptômes reliés à la myasthénie, pathologie grave, rare et méconnue

8. Mise à jour des médecins de l'urgence sur le sujet, notamment des principaux éléments à surveiller.

VIII. Absence de suivi des résultats d'analyses de laboratoire par les médecins et conséquences sur les patients

9. Rappeler à l'ensemble des médecins du CISSS de Laval l'importance de faire le suivi des résultats des analyses de laboratoire qu'ils demandent, en portant une attention particulière aux résultats d'examens demandés pour des patients hospitalisés qui reçoivent leur congé avant que les résultats de ces tests ne deviennent disponibles.
10. Rappeler que le DSQ (dossier santé Québec) peut être consulté par tous les médecins, notamment lorsque ceux-ci exercent dans différents milieux.

IX. Dossier Fentanyl, patiente provenant d'un CHSLD (Centre d'hébergement en soins en longue durée)

Indications du patch de Fentanyl et équivalents morphine

11. Afin d'éviter les risques de surdose, rappeler à tous les membres du CMDP les indications du patch de Fentanyl et les équivalents en doses de morphine.

Risque de surdose à la suite d'une prescription du patch de Fentanyl

12. Présenter le dossier lors d'une réunion du département de médecine familiale en présence d'un pharmacien afin qu'une revue de la médication narcotique, notamment des indications du patch de Fentanyl et des modalités d'augmentation de dose, puisse être réalisée.

Risque de surdose, cas particulier d'une seconde application du patch de Fentanyl

13. Rappeler aux membres du personnel infirmier que dans le cas particulier d'un patch de Fentanyl appliqué et par la suite non retrouvé, le personnel infirmier doit préciser dans ses notes « recherche minutieuse du patch de Fentanyl faite, perdu », avant d'en poser un autre.

Obtention d'une liste de la médication à jour à l'urgence

14. Élaborer une procédure définie par le chef du département de pharmacie et celui de l'urgence afin que, dès l'admission, une liste de la médication à jour soit obtenue, et ce, pour tous les patients hospitalisés via l'urgence.

Transmission d'une liste des médicaments à jour lors d'un transport ambulancier

S'assurer que le personnel des résidences intermédiaires et des centres d'hébergement :

15. Vérifie sur une base régulière le profil médicamenteux actif des patients dans le but de confirmer sa validité;
16. Transmette systématiquement, lors d'un transfert ambulancier (immédiatement ou dans les heures qui suivent), une liste de médicaments à jour du patient;
17. Reçoive un rappel sur les équivalents en morphine des narcotiques, les indications du patch de Fentanyl et les risques de surdose.

X. Motifs qui peuvent justifier une consultation en soins palliatifs

18. Rappeler à l'ensemble des médecins qu'ils peuvent demander une consultation en soins palliatifs même en l'absence de lit disponible dans cette unité.

XI. Diagnostic de fracture manqué

19. Présenter, lors d'une réunion de service (radiologie et urgence) et dans le respect des règles de la confidentialité, la radiographie du membre inférieur lors d'une discussion de cas.

XII. Lacunes entourant les soins d'un patient décédé à l'étage

20. Transmettre une procédure écrite par les coordonnateurs des résidents au CMDP et à la DSI (Direction des soins infirmiers) concernant les modalités de garde des résidents afin que celles-ci soient connues de l'ensemble des médecins et du personnel infirmier.
21. Rappeler aux membres du personnel infirmier qu'ils doivent appliquer rigoureusement la procédure établie lorsque la condition clinique d'un patient se détériore et que le médecin traitant ne répond pas ou ne se déplace pas dans les délais requis.
22. Réévaluer la durée durant laquelle les registres téléphoniques doivent être conservés par l'établissement.
23. S'assurer que la nature et les modalités du suivi médical pour les cas de chirurgies valvulaires ou les chirurgies cardiaques plus complexes, notamment lorsque le patient a subi des complications post-opératoires, fassent l'objet d'une discussion entre le chef du service de cardiologie et celui du département de médecine générale.
24. Rappeler les critères justifiant une proposition d'autopsie à l'ensemble des médecins afin que ces derniers soient en mesure d'en informer adéquatement les proches.

XIII. Manque d'information sur les requêtes de consultations au service social en ce qui a trait au soutien des proches aidants

25. Rappeler à l'ensemble des médecins d'inscrire sur les requêtes de consultation au service social les motifs complets de la demande, notamment lorsqu'il s'agit de soutien aux proches aidants.
26. Aborder ce sujet lors d'une réunion des membres du service social, en se penchant particulièrement sur la distinction qu'il convient d'établir entre le rôle de soutien aux proches aidants, la notion de consentement au soin et les règles de confidentialité.

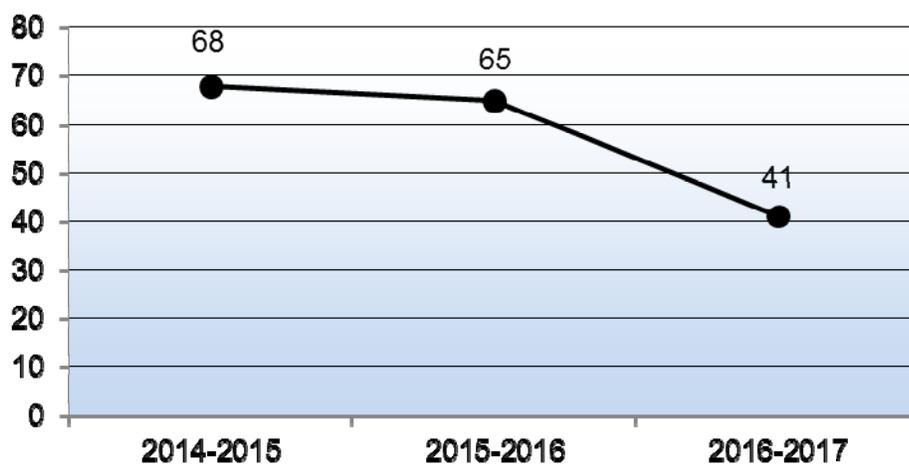
ENQUÊTES PAR CHAMPS DE PRATIQUE

L'ensemble des plaintes médicales a touché 15 champs de pratique.

Les principaux secteurs visés étaient l'urgence, la médecine générale (secteur) et l'ophtalmologie.

- Urgence : 7
- Secteur : 6
- Ophtalmologie : 4
- Psychiatrie : 3
- Anesthésie, Plastie, Pneumologie, Radiologie : 2
- Chirurgie générale, Hémato-oncologie, Hébergement, Cardiologie, UMF (unité de médecine familiale), CLSC (centre local de services communautaires), résident (UMF) : 1

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE PLAINTES MÉDICALES REÇUES



DÉLAIS D'EXAMEN DES PLAINTES MÉDICALES

46 % des plaintes ont été traitées à l'intérieur du délai de 45 jours;

21 % des plaintes ont été traitées entre 46 et 60 jours;

21 % des plaintes ont été traitées entre 61 et 90 jours.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Pour l'année 2016-2017 :

- 12 plaintes ont été déposées à la suite d'une évolution clinique défavorable et de complications majeures.
- 4 plaintes ne visaient aucun médecin. Les plaignants cherchaient à comprendre certains événements et décisions médicales.
- 34 médecins ont fait l'objet de plaintes, soit environ 5 % des médecins exerçants au CISSS de Laval, dont 4 avec 2 plaintes chacun.
- Nombre accru en 2016-2017 des recommandations à portée systémique. Les enjeux majeurs sont la communication et la collaboration interdisciplinaires, la continuité des soins dans un contexte de cas plus complexes.
- Diminution significative du nombre de plaintes médicales émises/formulées par des médecins, professionnels ou du personnel de l'établissement, à la suite notamment de l'adoption du Code de civilité médical (hiver 2016).

PARTICULARITÉS 2016-2017

- Embauche d'un nouveau médecin examinateur, le docteur Alain Bestavros, afin de stabiliser l'équipe et respecter les délais.
- En collaboration avec la commissaire, présentation du rôle du médecin examinateur aux membres du CMDP.
- 55 médecins de famille ont démissionné et leurs postes n'ont pas été comblés.

PERSPECTIVES 2017-2018

- Présentation du rapport annuel à l'assemblée du CMDP.
- Clarifier l'appartenance de certaines organisations de santé, par exemple les GMF (groupe de médecine de famille), à l'établissement CISSS afin de déterminer la portée du mandat des médecins examinateurs.

PARTIE 3

RAPPORT ANNUEL DU COMITÉ DE RÉVISION

COMITÉ DE RÉVISION DES PLAINTES

Rapport annuel 2016-2017

Présenté par Mme Marie-Hélène Desrosiers, présidente du comité de révision des plaintes du conseil d'administration du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Laval

*Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Laval*

Québec 

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
1. MANDAT, COMPOSITION ET FONCTIONNEMENT DU COMITÉ DE RÉVISION DES PLAINTES	
1.1 Mandat du comité de révision des plaintes	1
1.2 Composition du comité de révision des plaintes	2
1.3 Fréquence des rencontres	3
2. DEMANDES DE RÉVISION	4
2.1 Motifs des plaintes ayant fait l'objet d'une demande de révision et conclusions	4
2.2 Délais pour le traitement des dossiers de plainte	4
3. CONCLUSION	6

INTRODUCTION

Le comité de révision des plaintes présente son rapport annuel pour la première année complète d'opération, soit du 1^{er} avril 2016 au 31 mars 2017. En effet, dans la foulée de la transformation du réseau de la santé et des services sociaux avec la loi 10, la présidente du comité de révision des plaintes du CISSS de Laval, a été nommée en février 2016 et le comité a donc débuté ses activités à la fin du mois de mars 2016. Vous trouverez donc dans ce document un bref résumé des activités réalisées au cours de l'année.

1. MANDAT, COMPOSITION ET FONCTIONNEMENT DU COMITÉ DE RÉVISION DES PLAINTES

1.1 MANDAT DU COMITÉ DE RÉVISION DES PLAINTES

Le comité de révision des plaintes exerce les fonctions prévues par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) ci-après nommée « la Loi ». De façon plus spécifique, le comité de révision des plaintes a notamment pour fonctions :

- Sauf lorsqu'une plainte est acheminée pour étude à des fins disciplinaires, le comité de révision a pour fonction de réviser le traitement accordé à l'examen de la plainte de l'utilisateur par le médecin examinateur d'un établissement du territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux. À cet effet, il doit prendre connaissance de l'ensemble du dossier de plainte de l'utilisateur, s'assurer que l'examen de la plainte a été effectué de façon appropriée, diligemment et avec équité, et que les motifs des conclusions du médecin examinateur, le cas échéant, se fondent sur le respect des droits et des normes professionnelles. Au terme de sa révision, le comité doit, dans les 60 jours de la réception d'une demande de révision, communiquer par écrit un avis motivé à l'utilisateur, au professionnel concerné, au médecin examinateur et au commissaire aux plaintes et à la qualité des services de l'établissement concerné.
- Motif à l'appui, l'avis du comité doit conclure à l'une des options suivantes :
 1. Confirmer les conclusions du médecin examinateur;
 2. Requérir du médecin examinateur qu'il effectue un complément d'examen dans un délai fixé par le comité et qu'il transmette ses nouvelles conclusions à l'utilisateur, avec copie au comité de révision au professionnel concerné ainsi qu'au commissaire aux plaintes et à la qualité des services;
 3. Lorsque la plainte concerne un médecin, un dentiste ou un pharmacien, membre du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) institué pour un établissement, acheminer copie de la plainte ainsi que du dossier vers ce conseil pour son étude à des fins disciplinaires par un comité constitué à cette fin; en l'absence d'un tel conseil, la plainte est traitée suivant la procédure prévue par règlement pris en vertu du paragraphe 2 de l'article 506;

4. Lorsque la plainte concerne un résident et qu'elle soulève des questions d'ordre disciplinaire, acheminer copie de la plainte ainsi que du dossier vers l'autorité déterminée par règlement pris en vertu du paragraphe 2 de l'article 506;
5. Recommander au médecin examinateur ou, s'il y a lieu, aux parties elles-mêmes, toute mesure de nature à les réconcilier.

Malgré leur remplacement, les membres du comité doivent prendre les dispositions nécessaires pour finaliser, dans les meilleurs délais, la révision du dossier dont ils ont été saisis, avant l'expiration de leur mandat.

1.2 COMPOSITION DU COMITÉ DE RÉVISION DES PLAINTES

Le comité de révision des plaintes est composé de trois (3) membres nommés par le conseil d'administration du Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval :

- a) Le président du comité est nommé parmi les membres indépendants du conseil d'administration du CISSS de Laval;
- b) Les deux autres membres et un membre substitut sont nommés parmi les médecins, dentistes ou pharmaciens du CISSS de Laval sur recommandation du CMDP.
- c) La durée du mandat des membres du comité de révision est trois (3) ans pour le président nommé par le conseil d'administration et il est renouvelable et de deux (2) années pour les membres nommés sur recommandations du CMDP du CISSS de Laval.

La désignation des membres du comité de révision doit se faire conformément aux dispositions de la Loi.
Source : Loi : art. 51

Tableau 1.2
Composition du comité de révision des plaintes au 31 mars 2017

Nom	Fonction	Statut
Mme Marie-Hélène Desrosiers	Membre du CA	Présidente
Dre Lyne Nadeau	Représentante du CMDP	Membre désigné
Dr Serge Legault	Représentant du CMDP	Membre désigné
Dre Claire Gamache	Représentante du CMDP	Membre substitut

Veillez noter que suite à la démission du Dr Serge Legault le 1^{er} mars 2017, un nouveau membre représentant le CMDP devra être nommé.

1.3 FRÉQUENCE DES RENCONTRES ET MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT

Réunion régulière

Tel que prévu par la Loi et les règlements de la régie interne du CA, le comité de révision peut tenir des rencontres régulières ou spéciales et se réunit aussi souvent que nécessaire.

Le comité a tenu uniquement des rencontres régulières au cours desquelles :

- ont été traités les demandes de révision;
- ont été discutés les modalités de fonctionnement du comité;
- ont été révisés les règlements de régie interne.

En ce qui concerne ses modalités de fonctionnement, le comité a convenu, entre autres, de toujours rencontrer en personne, lorsque possible, la personne demandant la révision ainsi que le médecin examinateur ayant traité le dossier.

Tableau 1.3
Nombre de réunions et taux de participation au comité de révision des plaintes

Date des réunions	Nombre de demandes de révision traitées	Type de réunions	Présence	Ab-sence	Taux de présence	Poste vacant
31 mars 2016	3	Régulière	3	0	100 %	0
14 avril 2016	0	Régulière - Suivi téléphonique de la réunion du 31 mars 2016	3 plus médecin examinateur	0	100 %	0
2 juin 2016	2	Régulière	3	0	100 %	0
15 juin 2016	0	Régulière - suivi téléphonique de la réunion du 2 juin 2016	3 plus médecin examinateur	0	100 %	0
18 juillet 2016	1	Régulière	3	0	100 %	0
29 juillet 2016	0	Régulière - suivi téléphonique de la réunion du 18 juillet 2016	3 plus médecin examinateur	0	100 %	0
11 août 2016	2	Régulière	3	0	100 %	0
6 octobre 2016	0	Régulière - adoption du règlement sur les règles de fonctionnement du comité	3	0	100 %	0
12 janvier 2017	1	Régulière	3	0	100 %	0

Le comité a tenu neuf (9) réunions régulières dans l'année financière 2016-2017.

2. DEMANDES DE RÉVISION

2.1 MOTIFS DES PLAINTES AYANT FAIT L'OBJET D'UNE DEMANDE DE RÉVISION ET CONCLUSIONS

Tableau 2.1
Nombre de demandes de révision selon les différents motifs et conclusions

Date des réunions	Nombre de demandes de révision traitées	Motifs	Conclusions
31 mars 2016	3	Qualité des soins	Confirmation des conclusions du médecin examinateur
2 juin 2016	1	Qualité des soins et manque de professionnalisme	Confirmation des conclusions du médecin examinateur
2 juin 2016	1	Qualité des soins, manque de professionnalisme et accès au dossier médical	Confirmation des conclusions du médecin examinateur
18 juillet 2016	1	Qualité des soins, manque de professionnalisme et communication interprofessionnelle	Confirmation des conclusions du médecin examinateur
11 août 2016	1	Qualité des soins et manque de professionnalisme	Confirmation des conclusions du médecin examinateur
11 août 2016	1	Accessibilité et non-respect des règles de priorité d'accès à l'urgence	Confirmation des conclusions du médecin examinateur
12 janvier 2017	1	Accessibilité et manque de professionnalisme	Demande d'un complément d'examen

Globalement, pour l'année 2016-2017, neuf (9) demandes de révision ont été traitées. De ce nombre, sept (7) touchaient la qualité des soins, deux (2) l'accessibilité et une (1) pour lequel le volet communication était soulevé.

En ce qui concerne les conclusions, la confirmation des conclusions du médecin examinateur a été faite pour huit (8) demandes de révision et une (1) demande de révision a conclu en un complément d'examen.

2.2 DÉLAIS POUR LE TRAITEMENT DES DOSSIERS

Tel que stipulé à l'article 52 de la LSSSS, le comité de révision des plaintes a soixante (60) jours pour traiter la demande de révision et transmettre sa décision.

Rapport annuel du comité de révision des plaintes 2016-2017

Compte tenu des délais encourus pour la mise en place du comité de révision des plaintes du CISSS de Laval, certains dossiers de révision étaient déjà en attente ce qui n'a pas permis au comité de révision de respecter les délais prévus à la Loi pour entendre la demande de révision et transmettre leur décision.

Voici le tableau reflétant les délais réels dans le traitement des demandes.

Tableau 2.3
Délais pour le traitement des dossiers

Date des réunions	Demande traitée	Date de la réception de la demande de révision	Date de l'avis de décision du comité	Délais pour le traitement des dossiers
31 mars 2016	1 ^{re} demande	4 juin 2015	14 avril 2016	10 mois et 10 jours
31 mars 2016	2 ^e demande	10 août 2015	14 avril 2016	8 mois et 4 jours
31 mars 2016	3 ^e demande	28 octobre 2015	14 avril 2016	5 mois et 17 jours
2 juin 2016	4 ^e demande	3 mai 2016	5 juillet 2016	62 jours
2 juin 2016	5 ^e demande	14 mars 2016	15 août 2016	149 jours
18 juillet 2016	6 ^e demande	28 avril 2016	22 août 2016	117 jours
11 août 2016	7 ^e demande	5 mai 2016	25 août 2016	110 jours
11 août 2016	8 ^e demande	7 juillet 2016	25 août 2016	moins de 60 jours
12 janvier 2017	9 ^e demande	13 décembre 2016	9 février 2016	moins de 60 jours

Les délais peuvent être analysés comme suit :

- 3 demandes étaient celles en attente de la mise sur pied du comité;
- 3 demandes ont fait l'objet de report de réunion de la part des demandeurs de révision ou se sont situées lors des vacances estivales des membres;
- 2 demandes ont été traitées dans les délais requis;
- 1 demande a été traitée dans les délais requis avec dépassement de 2 jours.

3. CONCLUSION

Pour conclure ce rapport, je voudrais souligner les points suivants.

D'une part, malgré le fait que le comité ait eu à étudier des demandes de révision de plaintes, il est important de souligner le travail exceptionnel accompli par les médecins examinateurs concernés par les dossiers. Les analyses de ces derniers ont été réalisées avec professionnalisme, éthique et diligence. Les membres du comité ont pu constater que, plus d'une fois, la demande de révision n'était pas tant associée à une insatisfaction face au travail du médecin examinateur, mais davantage à un désaccord quant aux conclusions émises par celui-ci et à l'insatisfaction maintenue quant aux soins et services reçus.

Deuxièmement, dans l'analyse des demandes de révision, il est apparu évident pour les membres du comité que plusieurs des enjeux associés aux plaintes déposées, principalement par des patients, se rapportent à des problèmes de communication étroite et soutenue entre les professionnels et avec les patients. Nous n'insisterons jamais assez sur l'importance de soutenir et de former les professionnels sur ces aspects.

Je voudrais finalement remercier les membres du comité pour leur grande implication, le professionnalisme avec lequel ils ont étudié les dossiers et leur grande objectivité dans les analyses faites.

Nous souhaitons que le travail réalisé par notre comité permette de contribuer à l'amélioration de la qualité des services offerts à notre clientèle.

*Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Laval*

Québec 