



**DIGNE DE CONFIANCE,**  
à chaque instant

2017  
/2018

## 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**

Préparé par :  
Madame Hélène Bousquet  
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services  
du Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

**Une publication du :**

**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](http://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](http://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, 2018

Dépôt légal – 2018

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2018

Bibliothèque et Archives Canada, 2018

ISBN 978-2-550-82222-6 (PDF)

## Table des matières

Mot du commissaire aux plaintes et à la qualité des services.....	5
Faits saillants.....	6
<b>PARTIE 1 - BILAN DES ACTIVITÉS DU BUREAU DU COMMISSAIRE LOCAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES.....</b>	<b>7</b>
1. Mandat.....	8
2. Effectifs alloués .....	9
3. Activités internes .....	9
4. Activités externes.....	9
5. Portrait des dossiers traités .....	10
5.1 Type de dossiers.....	10
6. Délai de traitement de l'ensemble des dossiers relevant du commissaire .....	11
7. Portrait des dossiers de plaintes.....	11
7.1 Sommaire du traitement des plaintes.....	12
7.2 Sommaire des motifs de plaintes .....	13
7.2.1 Sommaire du traitement des motifs de plaintes .....	14
7.2.2 Suites données à l'examen .....	14
7.2.3 Motifs de plaintes ayant donné lieu à des mesures d'amélioration .....	16
7.3 Délai d'examen des plaintes.....	17
8. Plaintes ayant fait l'objet d'un recours au Protecteur du citoyen.....	17
9. Portrait des dossiers d'intervention .....	18
9.1 Motifs d'intervention .....	18
9.2 Motifs d'intervention ayant donné lieu à des mesures d'amélioration.....	18
10. Assistance .....	19
11. Consultation.....	20
12. Recommandations visant l'amélioration des soins et des services dispensés par l'établissement.....	21
13. Objectifs du conseil d'administration pour l'amélioration de la procédure d'examen des plaintes et du respect des droits des usagers .....	22
Annexe 1 - Sommaire des motifs de plaintes.....	24
Annexe 2 - Sommaire des motifs d'intervention.....	26
Annexe 3 - Détails des recommandations.....	27

<b>PARTIE 2 - RAPPORT ANNUEL DES ACTIVITÉS DES MÉDECINS EXAMINATEURS .....</b>	<b>32</b>
Faits saillants .....	32
Perspectives 2018-2019 .....	32
1. Portrait des dossiers traités et évolution du nombre de plaintes médicales .....	32
1.1 Sommaire du traitement des plaintes.....	33
2. Sommaire des motifs de plaintes .....	33
3. Sommaire du traitement des motifs de plaintes .....	34
4. Enquêtes par champs de pratique .....	34
5. Délai de traitement.....	35
6. Recommandations visant l’amélioration des soins et des services médicaux dispensés par l’établissement.....	35
 Annexe 1 - Détails des recommandations.....	 37

<b>PARTIE 3 - RAPPORT ANNUEL DU COMITÉ DE RÉVISION DES PLAINTES .....</b>	<b>40</b>
1. Introduction .....	40
2. Mandat, composition et fonctionnement du comité de révision des plaintes .....	40
2.1 Mandat du comité de révision des plaintes .....	40
2.2 Composition du comité de révision des plaintes .....	41
2.3 Fréquence des rencontres et modalités de fonctionnement .....	41
3. Demandes de révision .....	43
3.1 Motifs des plaintes ayant fait l’objet d’une demande de révision et conclusions.....	43
3.2 Délais pour le traitement des dossiers.....	43
4. Conclusion.....	44

# 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 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<sup>er</sup> avril 2017 au 31 mars 2018. 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.

Les résultats présentés dans ce rapport ont pu aussi être réalisés grâce à la rigueur, le professionnalisme et la qualité exemplaire du travail de chaque membre de mon équipe, à l'appui de la haute direction et à la collaboration des directeurs et gestionnaires concernés.

Je remercie les 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.



Hélène Bousquet  
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

## FAITS SAILLANTS

---

### Bilan des activités du Bureau du commissaire :

- Élargissement législatif des responsabilités du commissaire
- 2 036 dossiers traités (↑ de **15,42 %**)
- Augmentation du nombre de plaintes de **53 %** pour un total de 801 plaintes enregistrées
  - ▶ 724 examinées par le Bureau (↑ de **50 %**)
  - ▶ 77 transmises aux médecins examinateurs (↑ de **88 %**)
- 1 121 motifs de plaintes analysés (↑ de **41 %**)
- **94 %** des plaintes autres que médicales conclues dans le délai prévu
- 311 mesures d'amélioration
- 19 dossiers transmis pour étude par le Protecteur du citoyen
- 15 confirmations de nos conclusions par le Protecteur du citoyen
- 148 activités de promotion des droits ou du régime d'examen des plaintes

---

### Rapport annuel des médecins examinateurs :

- 77 plaintes médicales (↑ de **88 %**)
- 74 motifs de plaintes analysés
- 43 % des dossiers conclus dans le délai (↓ de **6 %**)
- 19 recommandations

---

### Rapport annuel du comité de révision :

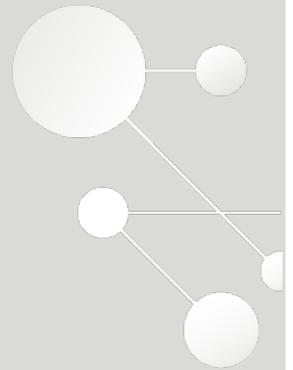
- 7 personnes s'y sont adressées
- 3 demandes de révision examinées
- Confirmation des conclusions du médecin examinateur (2) et demande de complément d'examen (1)



**Partie  
1**

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

**Bilan des activités du bureau du commissaire local  
aux plaintes et à la qualité des services**



---

## 1. Mandat

Le Bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services est responsable de s'assurer que :

1. les appels, demandes d'assistance, plaintes ou toutes autres demandes de toutes provenances et installations confondues<sup>1</sup>, 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.

Suivant l'adoption de la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*, ce mandat s'est à nouveau élargi par l'ajout de la responsabilité de traiter les plaintes et les signalements effectués dans le cadre de la politique de lutte contre la maltraitance envers les personnes en situation de vulnérabilité.

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 obligations des usagers et sur le code d'éthique;
- prêter assistance ou s'assurer que soit prêtée assistance à l'utilisateur 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'il a des motifs raisonnables de croire que les droits d'un usager ou d'un groupe d'utilisateurs 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.

---

<sup>1</sup> 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 et de soins de longue durée)

---

## 2. Effectifs alloués

Le Bureau est composé de la commissaire, assistée d'une commissaire adjointe, de quatre conseillers, 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 gens s'adressent en cas d'insatisfactions à l'égard des services 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 :

- démarche d'optimisation du fonctionnement du Bureau
- élaboration de sa mission propre et de ses valeurs;
- promotion du rôle et du régime d'examen des plaintes auprès de différentes instances;
- rencontre avec différentes directions;
- présentation du rapport annuel 2016-2017 sur l'application du régime d'examen des plaintes du CISSS de Laval aux membres du conseil d'administration ainsi qu'au public;
- articles dans le journal « Babillard » du Centre jeunesse de Laval au printemps 2017;
- recrutement, accueil et formation d'un nouveau conseiller;
- participation à la conception d'un projet de vidéo d'information sur les droits des usagers;
- participation continue aux rencontres bilans et suivi de diverses visites ministérielles/agrément;
- rencontre bilan avec les directeurs, ainsi que leurs gestionnaires 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 et à la qualité des services du Québec.

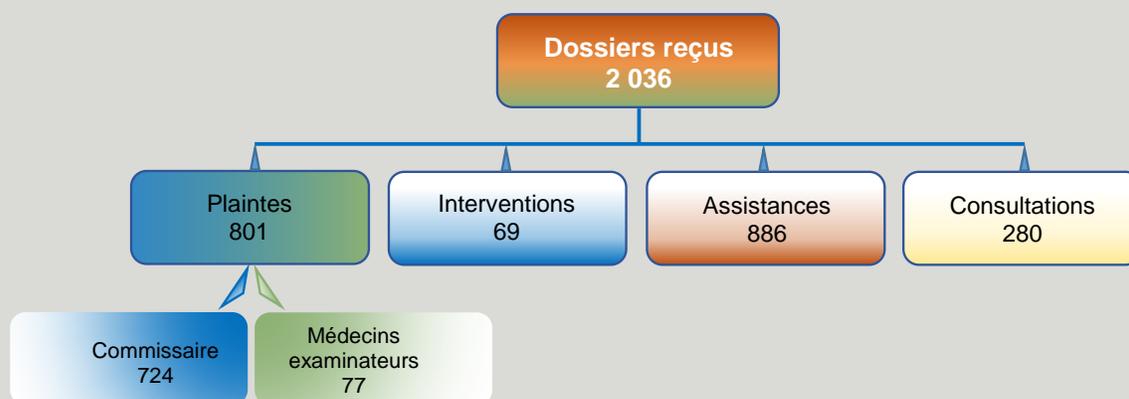
## 5. Portrait des dossiers traités

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, 2 036 dossiers. Ces dossiers se classent comme suit :



En comparaison, la commissaire avait traité durant l'année 2016-2017, 1 764 dossiers.

L'on constate une hausse importante du nombre de plaintes, de plaintes médicales et de consultations.

Types de dossiers	2016-2017	2017-2018	Écart
Plaintes	482	724	↑ 50 %
Plaintes médicales	41	77	↑ 88 %
Interventions	64	69	↑ 8 %
Assistances	1 024	886	↓ 13 %
Consultations	153	280	↑ 83 %
<b>Total</b>	<b>1 764</b>	<b>2 036</b>	

### Maltraitance

Suivant l'adoption de la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité, 6 plaintes et 8 signalements où l'un des motifs évoqués était la maltraitance ont été déposés à notre Bureau.

---

## 6. Délai de traitement de l'ensemble des dossiers relevant du commissaire

Parmi les principes directeurs qui guident le Bureau figure l'accessibilité. La personne qui fait appel à nos services est assurée d'être accueillie diligemment et que toute situation rapportée sera traitée dans le respect de la personne et de ses droits.

Sur les 2 036 dossiers reçus, 77 ont été transférés pour étude au médecin examinateur.

Les 1 959 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	1 362	70 %
2 à 45 jours	549	28 %
Plus de 45 jours	48	2 %
<b>TOTAL</b>	<b>1 959</b>	

---

## 7. Portrait des dossiers de plaintes

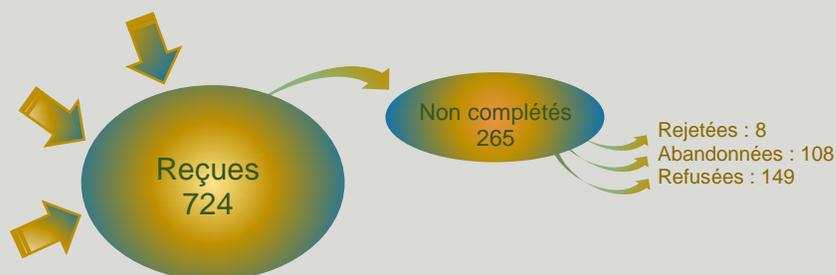
Le Bureau a reçu durant l'année 724 plaintes, soit une hausse de plus de 50 % comparativement à l'année dernière.

Certaines plaintes contiennent toutefois plus d'un motif. Dans les faits, c'est plus de 1 047 motifs d'insatisfactions 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, l'accessibilité et les relations interpersonnelles qui ont à nouveau fait l'objet de plus d'insatisfactions au cours de l'année.

## 7.1 Sommaire du traitement des plaintes

Parmi les 724 plaintes reçues, 265 d'entre elles n'ont pas fait l'objet de conclusions par notre Bureau. Les raisons associées à ce constat sont les suivantes : hors compétence, absence de statut d'utilisateur ou du consentement de ce dernier, désistement, problème réglé avant la fin de l'examen, plainte frivole, vexatoire ou de mauvaise foi.



Plus spécifiquement,

	Refusées	Abandonnées	Cessées	Rejetées sur examen sommaire
Absence de consentement de l'utilisateur	77			
Hors compétence	72			
Désistement		71		
Problème réglé avant fin de l'examen			15	
Rejetées sur examen sommaire				8
Autres (intervention inutile, peur des représailles, refus de collaborer)		2	20	
Sous-total	149	73	35	8
<b>TOTAL = 265</b>	<b>149</b>	<b>108</b>		<b>8</b>

## 7.2 Sommaire des motifs de plaintes

Ce sont les soins et services dispensés à l'urgence et aux personnes âgées, notamment le processus de congé de l'hôpital, l'accessibilité et les relations interpersonnelles 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 plaintes exprimés par nos usagers.

Motifs	Nombre	%
Soins et services dispensés	383	36 %
Accessibilité	205	19 %
Relations interpersonnelles	185	18 %
Organisation du milieu et ressources matérielles	104	10 %
Droits particuliers	103	10 %
Aspect financier	62	6 %
Autres	5	1 %
<b>Total général</b>	<b>1 047</b>	

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

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

Motifs	Nombre	%
<b>Soins et services dispensés</b>	<b>383</b>	<b>36 %</b>
• DSP <sup>2</sup> - Urgence	55	
• DPSAPA <sup>3</sup> - Soutien à domicile	29	
• DPSAPA - Hébergement	26	
<b>Accessibilité</b>	<b>205</b>	<b>19 %</b>
• DSP - Urgence	12	
• DSI <sup>4</sup> - Chirurgie d'un jour	11	
• DSM <sup>5</sup> - Imagerie médicale	11	
• DOPTILAB <sup>6</sup> - Centres de prélèvements	11	
<b>Relations interpersonnelles</b>	<b>185</b>	<b>18 %</b>
• DSP - Urgence	23	
• DOPTILAB - Centres de prélèvements (tout)	10	
• DPJ <sup>7</sup> - Service évaluation orientation	9	
<b>Organisation du milieu et ressources matérielles</b>	<b>104</b>	<b>10 %</b>
<b>Droits particuliers</b>	<b>103</b>	<b>10 %</b>
<b>Aspect financier</b>	<b>62</b>	<b>6 %</b>
Autres	5	1 %
<b>Total</b>	<b>1 047</b>	

<sup>2</sup> Direction des services professionnels

<sup>3</sup> Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées

<sup>4</sup> Direction des soins infirmiers

<sup>5</sup> Direction des services multidisciplinaires

<sup>6</sup> Direction OPTILAB

<sup>7</sup> Direction de la protection de la jeunesse

### 7.2.1 Sommaire du traitement des motifs de plaintes

Suivant l'étude de ces 1 047 motifs, 269 ont amené la mise en place de mesures correctives ou d'amélioration. L'étude de 488 d'entre eux a été complétée sans la nécessité d'identifier quelconque mesure d'amélioration. 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	488	46 %
Traitement complété avec mesure identifiée	269	26 %
Traitement des motifs rejetés/abandonnés/refusés	290	28 %
<b>Total</b>	<b>1 047</b>	

### 7.2.2 Suites données à l'examen

#### Sommaire des mesures prises

L'étude de 269 de ces motifs a amené l'application de 311 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 :

<b>Types de mesures</b>	<b>Nombre</b>	<b>Proportion</b>
Information/sensibilisation d'un intervenant	78	25 %
Protocole clinique ou administratif	53	17 %
Encadrement des intervenants	28	9 %
Amélioration des communications	18	5 %
Réduction du délai	17	5 %
Formation/supervision	16	5 %
Communication/promotion	15	5 %
Ajustement des activités professionnelles	12	4 %
Élaboration/révision/application	10	3 %
Ajustement professionnel	9	3 %
Ajustement technique et matériel	9	3 %
Politiques et règlements	8	2 %
Ajustement financier	6	2 %
Amélioration des mesures de sécurité et protection	6	2 %
Ajout de services ou de ressources humaines	4	1 %
Amélioration des conditions de vie	4	1 %
Conciliation/intercession/liaison	4	1 %
Obtention de services	4	1 %
Respect des droits	3	1 %
Autres	7	5 %
<b>TOTAL</b>	<b>311</b>	

### 7.2.3 Motifs de plaintes ayant donné lieu à des mesures d'amélioration

Ce sont les motifs ayant fait le plus de plaintes qui ont fait l'objet de mesures correctives. Ainsi, parmi ces 311 mesures, plus de 80 % 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								
Types de mesures correctives	Catégories de motifs						Total	% Par mesure
	Soins et services dispensés	Relations interpersonnelles	Accessibilité	Droits particuliers	Organisation du milieu/ressources matérielles	Aspect financier		
Information/sensibilisation d'un intervenant	25	42	3	5	3	0	<b>78</b>	25 %
Protocole clinique ou administratif	32	7	9	4	1	0	<b>53</b>	17 %
Encadrement des intervenants	14	8	0	5	1	0	<b>28</b>	9 %
Amélioration des communications	8	3	1	4	1	1	<b>18</b>	5 %
Réduction du délai	2	0	15	0	0	0	<b>17</b>	5 %
Formation/supervision	9	7	0	0	0	0	<b>16</b>	5 %
Communication/promotion	3	5	1	3	2	1	<b>15</b>	5 %
Ajustement des activités professionnelles	6	0	4	2	0	0	<b>12</b>	4 %
Élaboration/révision/application	6	0	2	2	0	0	<b>10</b>	3 %
Ajustement professionnel	8	0	1	0	0	0	<b>9</b>	3 %
Ajustement technique et matériel	0	1	2	1	5	0	<b>9</b>	3 %
Politiques et règlements	0	2	3	0	2	1	<b>8</b>	2 %
Ajustement financier	0	0	0	0	0	6	<b>6</b>	2 %
Amélioration des mesures de sécurité et protection	3	0	0	0	3	0	<b>6</b>	2 %
Ajout de services ou de ressources humaines	1	0	2	1	0	0	<b>4</b>	1 %
Amélioration des conditions de vie	1	0	0	0	3	0	<b>4</b>	1 %
Conciliation/intercession/liaison	2	1	1	0	0	0	<b>4</b>	1 %
Obtention de services	1	0	3	0	0	0	<b>4</b>	1 %
Respect des droits	1	0	0	2	0	0	<b>3</b>	1 %
Autres	1	2	3	1	0	0	<b>7</b>	5 %
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>78</b>	<b>50</b>	<b>30</b>	<b>21</b>	<b>9</b>	<b>311</b>	

### 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. Malgré l'augmentation importante du nombre de plaintes, plus de 94 % de celles examinées durant l'année ont été conclues à l'intérieur de ce délai.

Néanmoins, certains facteurs dont 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, font en sorte que ce délai ne peut parfois 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 comme prévu à la loi. Aucun des plaignants ne s'en est toutefois prévalu.

Délai d'examen des plaintes	2016-2017		2017-2018		Écart
Moins de 45 jours	442	94 %	678	94 %	Aucun
Plus de 45 jours	26	6 %	41	6 %	Aucun
<b>Total</b>	<b>468</b>		<b>719</b>		<b>+ 251</b>

## 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 19 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 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.

Au cours de l'année, le Protecteur du citoyen a informé le Bureau qu'il confirmait, suivant son enquête en deuxième instance de 15 dossiers, les conclusions rendues en première instance par le commissaire.

---

## 9. Portrait des dossiers d'intervention

Au-delà du traitement des plaintes des usagers, la loi prévoit que le commissaire peut 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, suivant son enquête, recommander au conseil d'administration et à la direction concernée, 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, 69 dossiers d'intervention ont été reçus au Bureau durant l'année comparativement à 64 l'année précédente, représentant une hausse de plus de 8 %.

### 9.1 Motifs d'intervention

Certains signalements contenant plus d'un motif, en tout, 98 motifs ont été portés à l'attention de la commissaire au cours de la période et se détaillent comme suit :

Motifs	Nombre
Soins et services dispensés	45
Relations interpersonnelles	22
Droits particuliers	13
Accessibilité	10
Organisation du milieu et ressources matérielles	7
Aspect financier	1
<b>TOTAL</b>	<b>98</b>

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

### 9.2 Motifs d'intervention ayant donné lieu à des mesures d'amélioration

Suivant l'étude de ces 98 motifs, 56 d'entre eux ont permis l'application de mesures. Ces mesures ont entraîné soit l'application immédiate d'un correctif, soit l'engagement de la direction concernée à ce faire, soit la formulation de recommandation à cette même direction.

Ces mesures se détaillent comme suit :

## Types de mesures correctives selon les catégories de motifs

Types de mesures correctives	Catégories de motifs					Total	% Par mesure
	Soins et services dispensés	Relations interpersonnelles	Droits particuliers	Accessibilité	Organisation du milieu/ ressources matérielles		
Encadrement de l'intervenant	10	5	1	0	1	17	28 %
Information/sensibilisation d'un intervenant	2	4	0	1	2	9	15 %
Élaboration/révision/application	5	0	0	0	0	5	9 %
Amélioration des communications	3	1	0	0	0	4	7 %
Évaluation des besoins	2	0	0	2	0	4	7 %
Communication/promotion	0	2	0	1	0	3	5 %
Protocole clinique ou administratif	3	0	0	0	0	3	5 %
Formation/supervision	2	0	1	0	0	3	5 %
Ajustement technique et matériel	0	0	0	1	1	2	3 %
Relocalisation/transfert d'un usager	0	0	2	0	0	2	3 %
Amélioration des mesures de sécurité et protection	1	0	0	0	1	2	3 %
Respect des droits	0	1	0	1	0	2	3 %
Autres	7	0	0	0	0	7	7 %
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>14</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>63</b>	

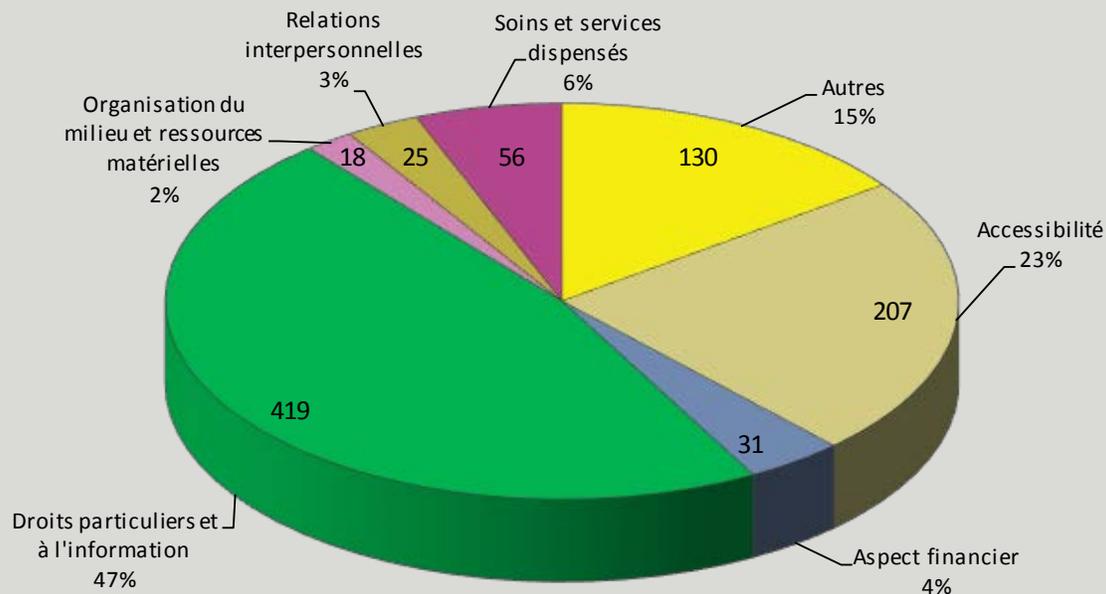
### 10. Assistance

L'assistance est une demande d'aide visant généralement à soutenir ou à 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.

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 886 demandes d'assistance durant l'année, soit une baisse de 13 % par rapport à l'année dernière. Néanmoins, plusieurs de ces assistances n'avaient pour but que d'orienter les usagers vers le service demandé, démarches ne relevant pas de notre responsabilité. Cette problématique a été portée à la connaissance de la direction de l'établissement. Une réflexion sur le sujet a été amorcée depuis.

### Sommaire des motifs d'assistance



## 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 peuvent s'en prévaloir.

Cette année, au moins 280 personnes ont requis ce service, soit une hausse de 83 % 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.

---

## 12. Recommandations visant l'amélioration des soins et des services dispensés par 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 34 recommandations transmises par le Bureau au conseil d'administration ainsi qu'aux directions concernées portant sur les sujets suivants :

1. Congé non sécuritaire d'une personne âgée.
2. Congé donné à un usager représentant un danger sans examen médical.
3. Manque de surveillance et de sécurité : fugue/disparition de l'usager.
4. Température ambiante froide d'une salle d'attente.
5. Manque de suivi et de soins suivant la chute d'un usager.
6. Coordonnées erronées d'un usager non accompagné.
7. Conditions de retour d'un usager âgé à domicile inappropriées.
8. Manque d'information/manque d'assistance/manque d'écoute.
9. Congé prématuré chez un usager atteint d'une déficience intellectuelle sévère.
10. Décès d'une usagère suivant sa chute de sa civière.
11. Impact et non-respect des délais de chirurgie/droit de l'usager à se voir offrir les alternatives applicables.
12. Conséquence sur les usagers d'une date de chirurgie non respectée.
13. Difficultés récurrentes d'accès téléphonique aux cliniques externes.
14. Manque d'information sur la présence d'une bactérie multi-résistante.

15. Délai dans le processus de traitement de réclamation dû à l'absence d'une procédure claire.
16. Port de l'uniforme hors CISSS de Laval par certains employés
17. Manque d'information sur la procédure de résiliation du contrat de téléphone.
18. Non-respect du droit de stationner gratuitement les 30 premières minutes dans l'ensemble des installations.
19. Refus d'assistance à un visiteur s'étant blessé dans le stationnement de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé.
20. Analyses sanguines non effectuées et risques pour la santé de l'utilisateur.
21. Non-conformité de la facturation de frais de chambre (3).

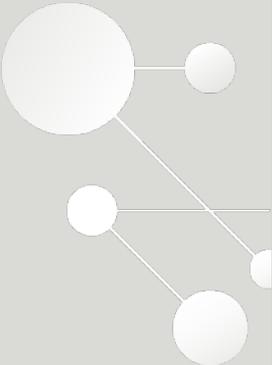
Les détails de ces recommandations se retrouvent à l'annexe 3.

---

### **13. Objectifs du conseil d'administration pour l'amélioration de la procédure d'examen des plaintes et du respect des droits des usagers**

Le conseil d'administration n'a formulé aucun objectif à cet égard à cette année.

# Annexes



## Annexe 1 - Sommaire des motifs de plaintes

Motifs	Nombre
<b>Soins et services dispensés</b>	<b>383</b>
Processus de congé/transfert	85
Décision clinique/interventions	68
Traitement	60
Compétence technique et professionnelle (capacité de base à faire le travail)	53
Organisation des soins et services (systémique)	41
Continuité	37
Coordination	29
Transport	10
<b>Accessibilité</b>	<b>205</b>
Report	59
Difficulté d'accès	52
Délais	51
Refus de services	30
Absence de service ou de ressource	13
<b>Relations interpersonnelles</b>	<b>185</b>
Communication	121
Respect	27
Abus	19
Fiabilité	16
Discrimination	2
<b>Organisation du milieu et ressources matérielles</b>	<b>104</b>
Confort et commodité	23
Règles et procédures du milieu	22
Organisation spatiale	13
Équipement et matériel	13
Alimentation	10
Sécurité et protection	11
Hygiène	5
Compatibilité des clientèles	7
<b>Droits particuliers</b>	<b>103</b>
Droit à l'information	42
Accès au dossier de l'utilisateur et dossier de plainte	19
Sécurité	8
Droit à un accommodement raisonnable	7
Participation de l'utilisateur ou de son représentant	7
Assistance	7
Droit linguistique	4
Droit de recours	3
Autre	3
Choix de l'établissement/professionnel	2

Motifs	Nombre
Consentement	1
<b>Aspects financiers</b>	<b>62</b>
Frais de stationnement	26
Frais d'hébergement/chambre	17
Facturation	11
Processus de réclamation	8
<b>Autres</b>	<b>5</b>
<b>Total</b>	<b>1 047</b>

## Annexe 2 - Sommaire des motifs d'intervention

Motifs	Nombre
<b>Soins et services dispensés</b>	<b>45</b>
Traitement	20
Continuité	12
Organisation des soins et services (systémique)	5
Compétence technique et professionnelle (capacité de base à faire le travail)	4
Décision clinique	4
<b>Relations interpersonnelles</b>	<b>22</b>
Abus	10
Respect	6
Communication	6
<b>Droits particuliers</b>	<b>13</b>
Sécurité	6
Droit à l'information	2
Participation de l'utilisateur/représentant	2
Assistance/accompagnement	1
Droit à un accommodement raisonnable	1
Droit linguistique	1
<b>Accessibilité</b>	<b>10</b>
Difficulté d'accès	6
Délais	3
Absence de service ou de ressource	1
<b>Organisation du milieu et ressources matérielles</b>	<b>7</b>
Sécurité et protection	3
Règles et procédures du milieu	2
Organisation spatiale	1
Compatibilité des clientèles	1
<b>Aspect financier</b>	<b>1</b>
Frais de stationnement	1
<b>Total</b>	<b>98</b>

---

## Annexe 3 - Détails des recommandations

### **1. Congé non sécuritaire d'une personne âgée**

- 1.1. *En suivi des recommandations de décembre 2015 à l'égard des conditions entourant le congé des personnes âgées à l'urgence, des travaux ont eu lieu, notamment la mise en place d'un plan d'action, et d'autres sont toujours en cours.*

*Dans le cadre de ces travaux, à la lumière de l'étude de cette plainte ainsi qu'à l'égard des attentes ministérielles quant au taux d'occupation de l'urgence, nous recommandons que soit prévu un lieu identifié et sécuritaire où les usagers, le nécessitant, pourraient attendre sous surveillance l'arrivée de leur transport.*

### **2. Congé donné à un usager identifié P-38 par une infirmière, et ce, sans examen médical tel que requis par la loi et la procédure en vigueur à l'urgence**

- 2.1. *Procéder à la révision des modes de communication entre les intervenants impliqués;*
- 2.2. *S'assurer de l'application de la procédure en vigueur par le personnel.*

### **3. Manque de surveillance et de sécurité : fugue/disparition de l'usager**

- 3.1. *Évaluer les moyens/pratiques permettant de dépister le risque de fugue chez un usager présentant des déficits cognitifs, et ce, dès le triage afin d'appliquer des mesures de surveillance adaptées.*

### **4. Température ambiante froide dans la salle d'attente et refus du personnel de prêter des couvertures, selon la consigne reçue**

- 4.1. *Évaluer le bien-fondé de cette consigne;*
- 4.2. *Si maintenue, prévoir d'autres modalités afin d'assurer le confort de la salle d'attente.*

### **5. Manque de suivi et de soins suivant la chute d'un usager**

- 5.1. *Évaluer la pratique infirmière en regard des procédures reliées aux déclarations d'incidents/accidents et suivi post-chute;*
- 5.2. *Transmettre le plan d'action inhérent aux mesures prises pour corriger et éviter que de telles situations ne se reproduisent.*

### **6. Coordonnées erronées d'un usager non accompagné**

- 6.1. *Revoir les mécanismes en place au moment de l'arrivée d'un usager non accompagné;*
- 6.2. *Clarifier les rôles des commis, agents administratifs, paramédicaux et infirmiers au triage quant à l'identification et la validation des coordonnées de tout usager qui n'est pas en mesure de répondre par lui-même;*
- 6.3. *S'assurer de la mise en place d'un mécanisme d'identification clair et précis, de sa connaissance par tous les acteurs concernés et de son application rigoureuse en tout temps;*
- 6.4. *Que la Direction de la logistique et la Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées évaluent ensemble la possibilité de créer une carte unique d'usager lors de son admission dans l'un de nos cinq centres d'hébergement.*

- 7. Retour d'un usager âgé à domicile par grand froid, pieds nus, vêtu d'une simple jaquette et d'une seule couverture par le transporteur (taxi adapté)**
- 7.1. Afin d'assurer le bien-être de notre clientèle et leur retour sécuritaire à domicile, que le personnel responsable du congé d'un usager utilisant les services d'un transporteur s'assure en tout temps, en collaboration avec ledit transporteur, de la mise en place de conditions de sortie adaptées au besoin de cet usager.
- 8. Manque d'information/suivi de l'infirmière superviseure, manque d'assistance et souffrance subie, manque d'écoute de l'assistante infirmière-chef**
- 8.1. Rappeler à l'ensemble des équipes de soins les attentes ainsi que les bonnes pratiques concernant la gestion des insatisfactions des usagers et/ou de leur famille.
- 8.2. Réviser les mécanismes de coordination en cas de suivi conjoint avec les maisons d'enseignement en regard du leadership de la prise en charge infirmière (partage des rôles et responsabilités).
- 9. Congé prématuré chez un usager souffrant d'une déficience intellectuelle sévère, présentant plusieurs problèmes majeurs**
- 9.1. Réaliser une étude par un comité élargi sur la sécurité et la qualité des soins médicaux prodigués à cet usager, de même que sur l'organisation des soins et services entourant son hospitalisation. Les sujets abordés devront, entre autres, « porter sur le congé et les aspects éthiques associés au niveau de soins pour cet usager.
- 10. Décès d'une usagère à l'urgence suivant sa chute d'un modèle ancien de civière présentant un risque accru de danger potentiel de chute ou de blessures graves pour certaines clientèles**
- 10.1. Procéder le plus rapidement possible au remplacement des 15 civières identifiées;
- 10.2. D'ici là, revoir à très court terme les mécanismes d'attribution de ces civières afin de s'assurer qu'aucune clientèle à risque n'y soit associée.
- 11. Respect des délais de chirurgie selon les cibles ministérielles et droit de l'usager à se voir offrir les alternatives applicables en cas de non-respect**
- 11.1. Que la Direction des services professionnels s'assure que soit offert, à tout usager dont la chirurgie ne peut se faire dans le délai prescrit, une des alternatives suivantes :
- Être opéré par un autre chirurgien du même hôpital;
  - Être opéré dans un autre hôpital de la même région;
  - Être opéré dans un autre hôpital à l'extérieur de la région;
  - Être opéré dans un centre médical spécialisé (CMS).
- 12. Conséquence sur les usagers de l'annonce d'une date de chirurgie, mais non respectée**
- 12.1. Que les chirurgiens évitent de mentionner, outre les délais ministériels ciblés, une date ou un délai spécifique à tout futur usager en attente de chirurgie à moins d'être assuré de pouvoir le respecter.
- 13. Difficultés récurrentes d'accès téléphonique aux cliniques externes**
- 13.1. Prendre des mesures dans les meilleurs délais afin d'améliorer l'accès téléphonique.

**14. Manque d'information sur la présence d'une bactérie multirésistante**

14.1. S'assurer qu'une information adéquate et à jour soit transmise aux usagers sur l'application de la procédure actuelle en matière de prévention des infections ainsi que celle à venir, afin de garantir le respect de son droit d'être informé sur son état de santé.

**15. Délai dans le processus de traitement de réclamation dû à l'absence d'une procédure claire**

15.1. Prendre des mesures pour que l'ensemble des directions soit informé de la procédure à suivre, dans les cas de demande de réclamation.

**16. Port de l'uniforme par certains employés hors CISSS de Laval (épicerie, restaurant et magasins environnant l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé) affectant l'image de l'établissement et le danger anticipé de propagation d'infections ou bactéries**

16.1. Que des discussions à cet égard aient lieu et qu'une décision organisationnelle soit prise.

**17. Manque d'information au sujet de la procédure de résiliation du contrat de téléphone d'un usager hospitalisé à l'Hôpital juif de réadaptation**

17.1. S'assurer que les procédures pour l'obtention ou la résiliation de la demande d'un téléphone par un usager soient connues du personnel sur les étages et transmises aux usagers ou leurs proches.

**18. Non-respect pour l'ensemble de la clientèle du droit de stationner gratuitement les 30 premières minutes dans l'ensemble des installations**

18.1. S'assurer du respect de ce droit pour l'ensemble de la clientèle tel que prévu à la circulaire ministérielle.

**19. Refus d'assistance à un visiteur s'étant blessé dans le stationnement de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé**

19.1. Qu'un porteur de dossier soit identifié;

19.2. Que les directions concernées se réunissent afin de discuter de ce cas et que soient revus :

- la responsabilité de l'établissement lors d'accident survenant sur l'ensemble de ses terrains extérieurs;
- les attentes de l'établissement envers le personnel quant à l'obligation de porter assistance;
- les rôles et responsabilités des personnes appelées à intervenir dans ces situations;
- la procédure 1.02 Chute-Accident présentement appliquée à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé;
- la nécessité ou non de déclarer un tel événement en clarifiant la notion d'usager, de visiteur et le lieu de l'accident;

19.3. Que la pertinence de mettre en place des mécanismes spécifiques de transmission d'informations inter direction afin que toute situation à risque identifiée puisse faire l'objet d'un suivi et, le cas échéant, de mesures correctives;

19.4. Qu'au terme de cette étude, une procédure claire départageant les rôles et responsabilités de chacun soit élaborée et diffusée à l'ensemble des personnes concernées.

**20. Analyses sanguines non effectuées et risques pour la santé de l'utilisateur**

20.1. Réaliser une étude exhaustive du processus de vigilance soutenant le parcours global des actions en respect des requêtes de prélèvements, afin d'assurer la sécurité et l'efficacité des mécanismes de contrôle des soins et services dispensés.

**21. Non-conformité de la facturation de frais de chambre (3)**

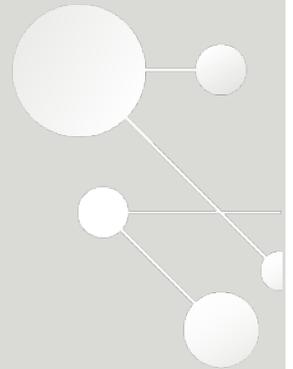
Annulation ou demande d'ajustement de la facturation.



Partie  
2

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

**Rapport annuel des activités des médecins examinateurs**



## Faits saillants

---

- 77 plaintes médicales reçues durant l'année (↑ de 88 %)
  - ▶ 74 motifs de plaintes analysés
  - ▶ 65 plaintes conclues, dont 43 % dans le délai (↓ de 6 %)
  - ▶ 19 recommandations
- 4 dossiers transmis au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) pour études disciplinaires
- 3 conclusions ont fait l'objet d'une demande de révision

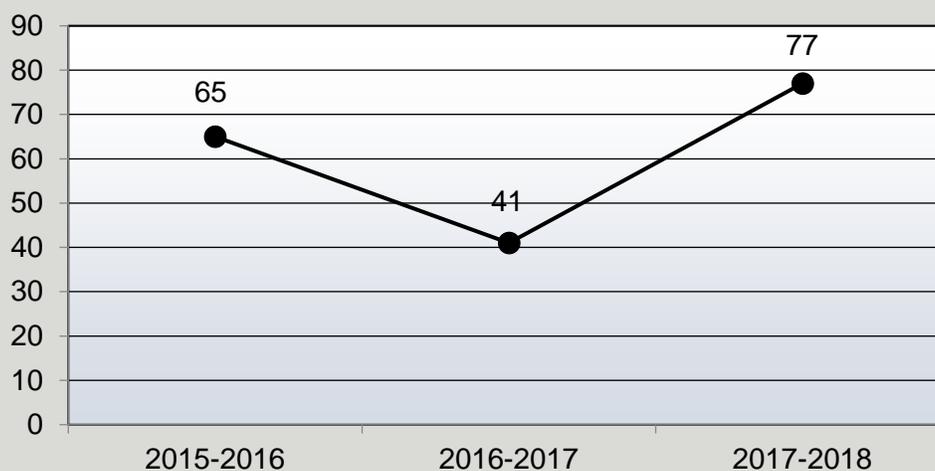
## Perspectives 2018-2019

---

- Présentation du rapport annuel au CMDP.
- Continuer les démarches en vue d'embaucher des ressources supplémentaires à l'examen des plaintes médicales

---

### 1. Portrait des dossiers traités et évolution du nombre de plaintes médicales



Évolution du nombre de plaintes médicales	2015- 2016	2016- 2017	2017- 2018	%
Plaintes toujours en traitement en début d'année	17	5	7	↑ 40 %
Plaintes reçues durant l'année	65	41	77	↑ 88 %
<b>Sous total</b>	<b>82</b>	<b>46</b>	<b>84</b>	
Plaintes conclues durant l'année	78	39	65	↑ 67 %
Plaintes en traitement à la fin de l'année	5	7	19	↑ 171 %
<b>Nombre d'objets de plaintes examinés</b>	<b>92</b>	<b>46</b>	<b>74</b>	

### 1.1 Sommaire du traitement des plaintes

Parmi les 77 plaintes reçues durant l'année, 28 d'entre elles n'ont pas fait l'objet de conclusions.

Les raisons associées à ce constat sont les suivantes :

- 18 retirées par le plaignant après discussion avec le médecin examinateur;
- 5 rejetées sur examen sommaire (frivole, vexatoire ou de mauvaise foi);
- 5 cessées :
  - ▶ réglées avant la fin de l'examen;
  - ▶ désistements à la suite de discussion avec la commissaire (peur de représailles ou clarifications obtenues).

### 2. Sommaire des motifs de plaintes

Ce sont les soins et services dispensés et les relations interpersonnelles qui ont fait l'objet de la majorité des insatisfactions au cours de l'année. À eux seuls, ils constituent plus de 93 % des motifs de plaintes soumis.

Motifs	Nombre	%
Soins et services dispensés	50	67 %
Relations interpersonnelles	19	26 %
Accessibilité	2	3 %
Droits particuliers	2	3 %
Aspect financier	1	1 %
<b>Total</b>	<b>74</b>	

### 3. Sommaire du traitement des motifs de plaintes

Suivant l'étude de ces 74 motifs de plaintes, 11 ont amené la mise en place de mesures correctives ou d'amélioration. L'étude de 32 de ces motifs a été complétée sans prise de mesures particulières. En d'autres termes, leur étude a permis de confirmer que les soins ont été prodigués conformément aux pratiques attendues.

Sommaire des niveaux de traitement des motifs de plaintes	Nombre	%
Traitement complété sans mesure identifiée	32	43 %
Traitement complété avec mesure identifiée	11	15 %
Traitement des motifs rejetés/abandonnés/refusés	31	42 %
<b>Total</b>	<b>74</b>	

### 4. Enquêtes par champs de pratique

L'ensemble des plaintes médicales examinées a touché 21 champs de pratique.

Le principal secteur visé au cours de l'année fut l'urgence.

Sommaire des niveaux de traitement des motifs de plaintes	Nombre	%
Urgence	20	28 %
Autres	8	11 %
Psychiatrie	6	8 %
Orthopédie	6	8 %
Gastro-entérologie	5	7 %
Ophthalmologie	4	6 %
Omnipraticien	4	6 %
Gynécologie	3	4 %
Cardiologie	3	4 %
Médecine interne	2	3 %
Néphrologie	2	3 %
Radiologie	2	3 %
Anesthésie	1	1 %
Chirurgie cardiovasculaire et thoracique	1	1 %
CRID (centre de référence pour investigation désigné)	1	1 %
Gériatrie	1	1 %
Hématologie	1	1 %
Médecine nucléaire	1	1 %
Plastie	1	1 %
Pneumologie	1	1 %
UMF (unité de médecine familiale)	1	1 %
<b>Total</b>	<b>74</b>	

---

## 5. Délai de traitement

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.

Malgré l'ajout d'une ressource au cours de l'année dernière dédiée à l'examen des plaintes médicales, l'augmentation importante du nombre de plaintes versus la disponibilité des ressources et la complexité de certaines situations examinées impliquant parfois la collaboration de plusieurs acteurs expliquent les dépassements du délai imparti.

Ledit dépassement entraîne le droit de l'une ou l'autre des parties impliquées de recourir, s'il le souhaite, au Comité de révision comme prévu à la loi. Quatre plaignants s'en sont d'ailleurs prévalus.

Délai de traitement	Nombre de dossiers	Proportion
2 à 45 jours	28	43 %
46 à 90 jours	17	26 %
91 jours et plus	20	31 %
<b>TOTAL</b>	<b>65</b>	

---

## 6. Recommandations visant l'amélioration des soins et des services médicaux dispensés par l'établissement

Le médecin examinateur a pour fonction de travailler à l'amélioration des soins ou des pratiques par la formulation, en outre, de recommandations.

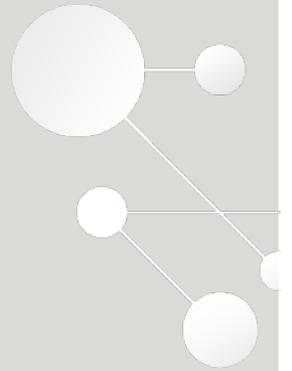
Ainsi, 19 recommandations d'ordres individuelles ou systémiques ont été formulées par les médecins examinateurs. Elles portent sur les sujets suivants :

1. Méconnaissance des médecins de la récente directive ministérielle concernant l'accès aux soins pour les ressortissants étrangers (2).
2. Temps d'attente pour les usagers d'un médecin surspécialiste oeuvrant à la clinique externe d'ophtalmologie (3).
3. Délais diagnostiques d'un cas de cancer et modalités d'accès à une seconde opinion (3).
4. Lacunes identifiées dans certains cas de cancérologie (4).
5. Risque d'omission lors de transferts successifs entre urgentologues, notamment dans les cas complexes.
6. Lacunes dans le traitement et le suivi des vertiges paroxystiques positionnels bénins (VPPB).
7. Lacunes dans l'évaluation et le suivi de plaie, notamment dans les délais de prise en charge (3).
8. Tenue de dossier.
9. Lacunes significatives dans la formation des médecins de famille à l'égard de l'évaluation de la rhinorrhée.

Le comité de vigilance et de la qualité est responsable d'assurer le suivi de ces recommandations.

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

# Annexe



---

## Annexe 1 - Détails des recommandations

- 1. Méconnaissance des médecins de la récente directive ministérielle concernant l'accès aux soins pour les ressortissants étrangers**
  - 1.1. Faire un rappel à tous les médecins concernant cette récente directive ministérielle.
  - 1.2. En clarifier l'interprétation ambiguë et la communiquer aux médecins.
  
- 2. Temps d'attente pour les usagers d'un médecin surspécialiste oeuvrant à la clinique externe d'ophtalmologie**
  - 2.1. Poursuivre les démarches entreprises pour davantage réduire le temps d'attente, notamment à l'étape du triage où l'on prendra soin d'écarter de sa clinique les consultations en ophtalmologie générale.
  - 2.2. Transmettre de façon systématique aux usagers les informations concernant les délais en cours lors de l'attribution des rendez-vous.
  - 2.3. Faire un suivi étroit et continu de la limite quotidienne de 100 consultations attribuée au médecin concerné.
  
- 3. Délais diagnostiques d'un cas de cancer et modalités d'accès à une seconde opinion**
  - 3.1. Présenter, dans le respect des règles de confidentialité, le cas de l'utilisateur lors d'une réunion du programme de cancérologie. Outre la discussion sur la complexité du cas, les membres devraient aborder les délais diagnostiques, l'anxiété générée et les modalités d'accès à une deuxième opinion.
  - 3.2. Déterminer le rôle précis du pivot et les responsabilités des divers médecins impliqués, à la fois pour les nouveaux cas et pour les récurrences de cancer découvertes dans le cadre d'un suivi. Qu'y soient discutés les enjeux identifiés, dont le cumul de délais lors de nombreux examens nécessitant une coordination rigoureuse augmentant l'anxiété chez l'utilisateur et la nécessité d'identifier d'un porteur de dossier.
  - 3.3. Clarifier le processus d'accès à un second avis ou de référence auprès d'un autre centre hospitalier.
  
- 4. Lacunes identifiées dans certains cas de cancérologie**
  - Communication déficiente entre médecins traitant et consultant**
    - 4.1. S'assurer d'informer l'utilisateur du diagnostic avant ou dès la prescription d'examen applicable. À défaut, que le médecin traitant indique clairement au médecin consultant l'absence de l'annonce.
    - 4.2. Préciser directement au médecin spécialiste concerné les demandes de proches qui souhaitent être présents lors de la visite du médecin consultant.
  - Manque de confidentialité lors de l'annonce d'un diagnostic pour les usagers hospitalisés**
    - 4.3. Tenir si possible la visite médicale liée à l'annonce du diagnostic ou à la discussion du niveau de soins dans une pièce privée.

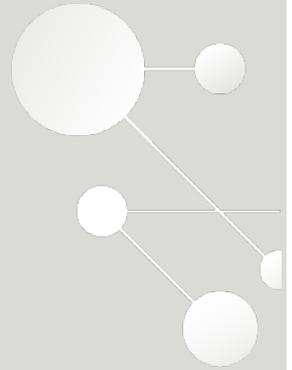
### **Absence d'accès à l'infirmière pivot en oncologie pour les usagers hospitalisés**

- 4.4. S'assurer que tous les usagers qui reçoivent un nouveau diagnostic de cancer au Centre intégré de cancérologie de Laval (CICL) ou dans une unité de soins de l'hôpital, indépendamment du lieu où ils se trouvent, aient accès au même type de soins, services et encadrement, afin d'améliorer la qualité des soins, et dans un souci d'équité.
- 5. Risque d'omission accru lors des transferts successifs entre urgentologues, notamment dans les cas complexes**
  - 5.1. Présenter, selon les règles de la confidentialité, le cas de l'utilisateur lors d'une réunion de service et y aborder le sujet des transferts d'utilisateurs entre collègues et l'importance de réviser l'ensemble du dossier et des examens prescrits, notamment par le médecin qui donne le congé.
- 6. Lacunes dans le traitement et le suivi des vertiges paroxystiques positionnels bénins (VPPB)**
  - 6.1. Présenter le dossier, selon les règles de la confidentialité, lors d'une réunion de service et y aborder le sujet de traitement des VPPB et des recommandations de suivi incluant les informations à transmettre aux usagers, notamment un site internet fiable.
- 7. Lacunes dans l'évaluation et le suivi de plaie, notamment dans les délais de prise en charge**
  - 7.1. Poursuivre les travaux concernant les soins de plaie déjà en cours, selon un échéancier défini (2).
  - 7.2. Dans l'attente de l'aboutissement de ces travaux, notamment de l'implantation d'une clinique de plaie, augmenter les ressources infirmières en stomathérapie afin de répondre aux besoins de la clientèle dans de meilleurs délais.
- 8. Tenue de dossier à la suite d'une rencontre avec les proches de la plaignante**
  - 8.1. Tenir une rencontre entre le chef du service des archives et les membres du département de psychiatrie afin de clarifier certains aspects régissant la tenue de dossier relativement aux rencontres avec les proches.
- 9. Lacunes significatives dans la formation des médecins de famille à l'égard de l'évaluation de la rhinorrhée**
  - 9.1. Présenter le dossier lors d'une réunion pédagogique du département de médecine familiale et y aborder le sujet de l'évaluation clinique, y compris l'approche diagnostique de la rhinorrhée.



Partie  
3

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



**Rapport annuel du comité de révision des plaintes**

---

## 1. Introduction

Le comité de révision des plaintes présente son deuxième rapport annuel pour la seconde année complète de fonctionnement, soit du 1<sup>er</sup> avril 2017 au 31 mars 2018. Vous trouverez donc dans cette partie un résumé des activités réalisées au cours de l'année.

---

## 2. Mandat, composition et fonctionnement du comité de révision des plaintes

### 2.1 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 ».

- 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 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 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.

## 2.2 Composition du comité de révision des plaintes

Le comité de révision des plaintes est composé de trois membres nommés par le conseil d'administration du CISSS 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 ans pour le président nommé par le conseil d'administration et il est renouvelable et de deux 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 2.2  
**Composition du comité de révision des plaintes pour l'année 2017-2018**

Nom	Fonction	Statut
Mme Marie-Hélène Desrosiers	Membre du CA (jusqu'au 1 <sup>er</sup> février 2018)	Présidente
Mme Kathleen Smyth-Gagnon	Membre du CA (nommée le 15 mars 2018)	Présidente
Dre Lyne Nadeau	Représentante du CMDP	Membre désigné
Dr Danny Duplan	Représentant du CMDP	Membre désigné
Dre Claire Gamache	Représentante du CMDP	Membre substitut

## 2.3 Fréquence des rencontres et modalités de fonctionnement

### Réunions régulières

Comme 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 des rencontres régulières au cours desquelles ont été traitées les demandes de révision.

### Autres interventions

La présidente du comité, madame Marie-Hélène Desrosiers, est intervenue pour trois demandes de révision visant l'expiration du délai de 45 jours pour le dépôt du rapport du médecin examinateur. Un suivi a été fait auprès du médecin examinateur.

La présidente du comité a dirigé une plaignante au Bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services pour le traitement de sa demande, puisque la plaignante n'avait pas initialement fait parvenir une demande officielle d'examen de sa plainte à la commissaire.

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 2.3  
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	Présences	Absences	Taux de présence	Poste vacant
15 juin 2017	1	Régulière	3 plus médecin examineur	0	100 %	0
30 janvier 2018	2	Régulière	3 plus médecin examineur	0	100 %	0

Le comité a tenu deux réunions régulières dans l'année financière 2017-2018.

Des suivis d'analyse ont également été complétés au moyen de rendez-vous téléphonique.

### 3. Demandes de révision

#### 3.1 Motifs des plaintes ayant fait l'objet d'une demande de révision et conclusions

Tableau 3.1  
Nombre de demandes de révision selon les différents motifs et conclusions

Date des réunions	Nombre de demandes de révision traitées	Motifs	Conclusions
15 juin 2017	1	Accessibilité et manque de professionnalisme	Demande de complément de rapport au médecin examinateur
30 janvier 2018	1	Qualité des soins et manque de professionnalisme	Confirmation des conclusions du médecin examinateur avec mention d'une recommandation
30 janvier 2018	1	Qualité des soins et manque de professionnalisme	* Confirmation des conclusions du médecin examinateur (rejet de la plainte)

Globalement, pour l'année 2017-2018, trois demandes de révision ont été traitées, lesquelles touchaient l'accessibilité, la qualité des soins et le manque de professionnalisme.

En ce qui concerne les conclusions, une demande de révision a conclu en complément d'examen du rapport du médecin examinateur, une en confirmation des conclusions du médecin examinateur avec mention d'une recommandation et une en confirmation des conclusions du médecin examinateur en rejet de la plainte. En ce qui concerne ce dernier dossier, les membres du comité ont examiné les motifs de rejets d'une plainte prévus au règlement et souhaitent que les médecins examinateurs s'en tiennent rigoureusement à ces motifs pour rejeter une plainte d'un usager.

\* Suite à l'avis de décision du comité, la plaignante a fait parvenir au comité de révision des plaintes une lettre datée du 23 février 2018 dans laquelle elle demande une ré-révision de sa demande. Le suivi de ce dossier sera traité par la nouvelle présidente en avril 2018.

#### 3.2 Délais pour le traitement des dossiers

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

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 3.3  
**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
15 juin 2017	1 <sup>re</sup> demande	11 mai 2017	12 juillet 2017	62 jours
30 janvier 2018	2 <sup>e</sup> demande	6 décembre 2017	1 <sup>er</sup> février 2018	Moins de 60 jours
30 janvier 2018	3 <sup>e</sup> demande	30 décembre 2017	1 <sup>er</sup> février 2018	Moins de 60 jours

Les délais peuvent être analysés comme suit :

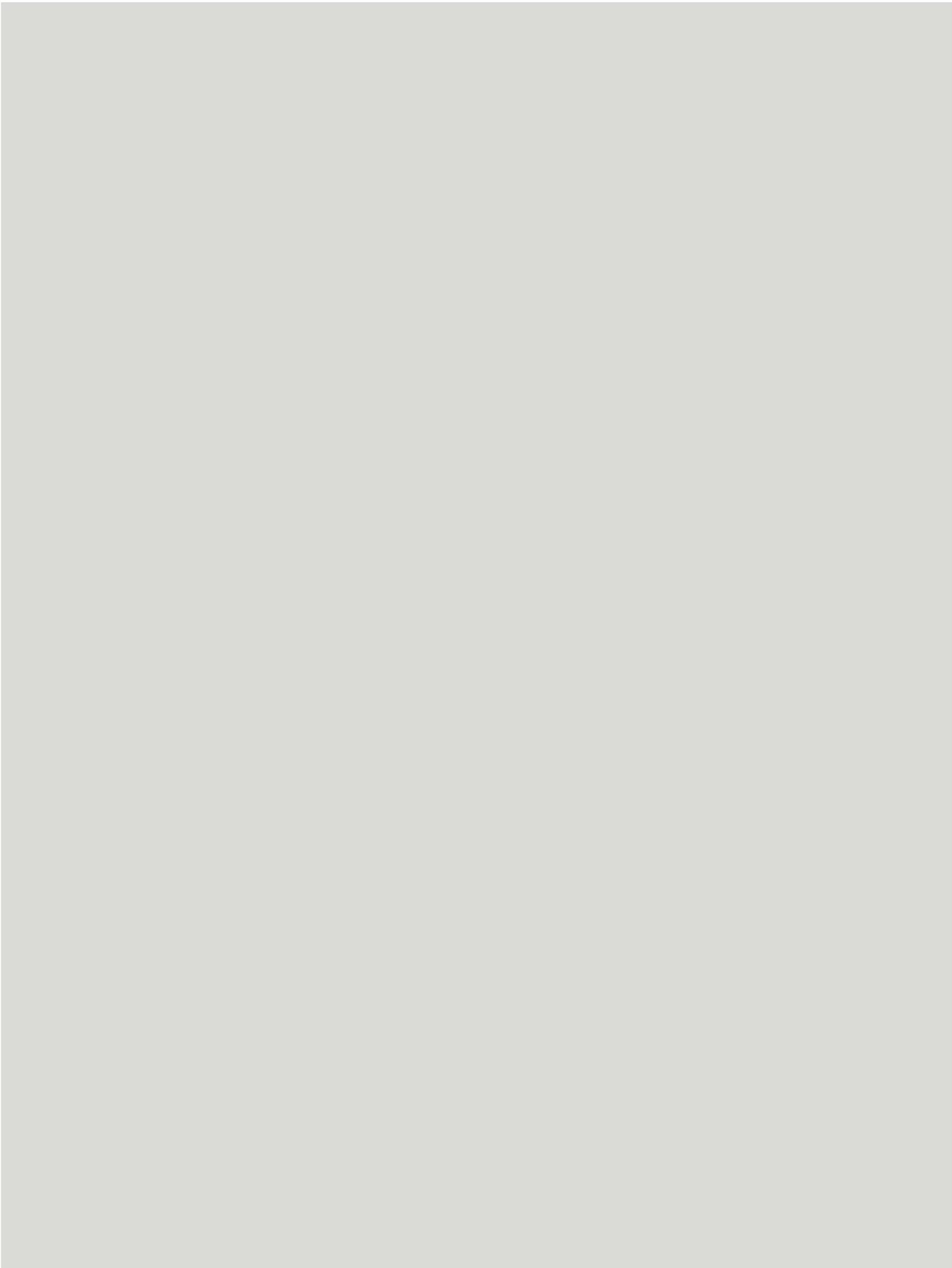
- 1 demande a été traitée dans les délais requis avec dépassement de 2 jours;
- 2 demandes ont été traitées dans les délais requis.

#### 4. Conclusion

En conclusion, soulignons les points suivants. Premièrement, 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 usagers, se rapportent à des problèmes de communication étroite et soutenue entre les professionnels et les usagers. Nous n'insisterons jamais assez sur l'importance de soutenir et former les professionnels sur ces aspects.

Enfin, la présidente remercie 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. Elle remercie également l'équipe du Bureau de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services pour sa collaboration et son soutien tout au long du processus de révision des plaintes et de la qualité des services. Les membres du comité de révision des plaintes souhaitent que le travail réalisé 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 