

RAPPORT ANNUEL

2014-2015

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

UNE INSPIRATION. DE L'INNOVATION.

RAPPORT ANNUEL

2014-2015

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

ADOPTÉ PAR PATRICIA GAUTHIER, PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE
DU CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE – CENTRE
HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE
LE 9 SEPTEMBRE 2015



L'usager
AU COEUR
DE SES DROITS

UNE INSPIRATION. DE L'INNOVATION.

Production

**Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie –
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie – CHUS)**

Centre administratif

300, rue King Est, bureau 300

Sherbrooke (Québec) J1G 1B1

Téléphone : 819 566-7861

Télécopieur : 819 569-8894

Coordination et rédaction

Denis Beaulieu, commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services

Conception, relecture et graphisme

Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique

Droit d'auteur © CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015

ISBN 978-2-924287-70-5 (version imprimée)

ISBN 978-2-924287-71-2 (version PDF)

Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à condition de mentionner la source.

Ce document est disponible sur le site Internet du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, à l'adresse suivante :
www.santeestrie.qc.ca



Table

DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES	V
LISTE DES GRAPHIQUES	VII
LISTE DES TABLEAUX	IX
INTRODUCTION	I
<hr/>	
CHAPITRE 1 RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES	
1.1 Rôle du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services	5
1.3 Mandat du Comité de vigilance et de la qualité	10
<hr/>	
CHAPITRE 2 FAITS SAILLANTS	
2.1 Traitement des dossiers 2014-2015	13
<hr/>	
CHAPITRE 3 RÉSULTATS POUR L'ESTRIE	
3.1 Évolution des dossiers 2012-2015	17
<hr/>	
CHAPITRE 4 RAPPORT D'ACTIVITÉS – COMMISSAIRE RÉGIONAL	
4.1 Évolution des dossiers 2012-2015	23
4.2 Traitement des dossiers 2014-2015	26
4.3 Répartition des dossiers selon l'instance	28
4.4 Plaintes et interventions – vue d'ensemble	29
4.5 Autres activités du commissaire régional	35
<hr/>	
CHAPITRE 5 RAPPORT D'ACTIVITÉS – COMMISSAIRES LOCAUX	
5.1 Évolution des dossiers 2012-2015	39
5.2 Traitement des dossiers 2014-2015	42
5.3 Plaintes et interventions – vue d'ensemble	44
5.4 Autres activités des commissaires locaux	50
<hr/>	
CHAPITRE 6 RAPPORT D'ACTIVITÉS – MÉDECINS EXAMINATEURS	
6.1 Évolution des dossiers 2012-2015	55
6.2 Traitement des dossiers 2014-2015	58
6.3 Dossiers de plainte	59
<hr/>	
CHAPITRE 7 DROITS DES USAGERS – COLLABORATIONS ESSENTIELLES	

7.1	Collaboration et partenariat	65
<hr/>		
CHAPITRE 8 RECOMMANDATIONS À CARACTÈRE SYSTÉMIQUE		
8.1	Processus de suivi des recommandations	71
8.2	Bilan du niveau de réalisation des recommandations	71
CONCLUSION		75
ANNEXE		
Annexe 1 - Mesures d'amélioration selon la catégorie d'instance et les motifs d'insatisfaction		77

Liste

DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES

C. A.	CONSEIL D'ADMINISTRATION
CCSE	CENTRE DE COMMUNICATION SANTÉ ESTRIE
CHUS	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE
CIUSSS	CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
CL	COMMISSAIRE LOCAL OU COMMISSAIRES LOCAUX AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES
CMDP	CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS
CR	COMMISSAIRE RÉGIONAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES
CSSS	CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
GMF	GROUPE DE MÉDECINE DE FAMILLE
LSSSS	LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX
ME	MÉDECIN EXAMINATEUR
MRC	MUNICIPALITÉ RÉGIONALE DE COMTÉ
PR	PREMIER RÉPONDANT
PRO-DEF ESTRIE	PROMOTION ET DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE - ESTRIE
PSOC	PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES
RLS	RÉSEAU LOCAL DE SERVICES
RPA	RÉSIDENCE PRIVÉE POUR AÎNÉS
RTJP	RESSOURCE D'HÉBERGEMENT EN TOXICOMANIE OU EN JEU PATHOLOGIQUE
SPU	SERVICE PRÉHOSPITALIER D'URGENCE
TAP	TECHNICIENNE AMBULANCIÈRE PARAMÉDICALE OU TECHNICIEN AMBULANCIER PARAMÉDICAL

Liste

DES GRAPHIQUES

GRAPHIQUE 1	ÉVOLUTION DES DOSSIERS DE PLAINTE ET D'INTERVENTION OUVERTS (ESTRIE)	17
GRAPHIQUE 2	ÉVOLUTION DES MOTIFS D'INSATISFACTION (ESTRIE)	18
GRAPHIQUE 3	ÉVOLUTION DES MESURES CORRECTIVES (ESTRIE)	19
GRAPHIQUE 4	ÉVOLUTION DES DOSSIERS DE PLAINTE ET D'INTERVENTION OUVERTS (CR)	23
GRAPHIQUE 5	ÉVOLUTION DES MOTIFS D'INSATISFACTION (CR)	24
GRAPHIQUE 6	ÉVOLUTION DES MESURES CORRECTIVES (CR)	25
GRAPHIQUE 7	ÉVOLUTION DES DOSSIERS DE PLAINTE ET D'INTERVENTION OUVERTS (CL)	39
GRAPHIQUE 8	ÉVOLUTION DES MOTIFS D'INSATISFACTION (CL)	40
GRAPHIQUE 9	ÉVOLUTION DES MESURES CORRECTIVES (CL)	41
GRAPHIQUE 10	ÉVOLUTION DES DOSSIERS DE PLAINTE OUVERTS (ME)	55
GRAPHIQUE 11	ÉVOLUTION DES MOTIFS D'INSATISFACTION (ME)	56
GRAPHIQUE 12	ÉVOLUTION DES MESURES CORRECTIVES (ME)	57

Liste

DES TABLEAUX

TABLEAU 1	TRAITEMENT DES DOSSIERS DE PLAINTÉ ET D'INTERVENTION (CR)	27
TABLEAU 2	DOSSIERS OUVERTS SELON L'INSTANCE (CR)	28
TABLEAU 3	DOSSIERS DE PLAINTÉ ET D'INTERVENTION SELON LES CATÉGORIES DE MOTIFS (CR)	30
TABLEAU 4	MOTIFS CONCLUS SELON LES CATÉGORIES ET LE NIVEAU DE TRAITEMENT (CR)	31
TABLEAU 5	TYPES DE MESURES CORRECTIVES SELON LES CATÉGORIES DE MOTIFS (CR)	32
TABLEAU 6	MESURES CORRECTIVES SELON L'INSTANCE	34
TABLEAU 7	SOMMAIRE DES AUTRES ACTIVITÉS (CR)	35
TABLEAU 8	TRAITEMENT DES DOSSIERS DE PLAINTÉ ET D'INTERVENTION (CL)	43
TABLEAU 9	DOSSIERS DE PLAINTÉ ET D'INTERVENTION SELON LES CATÉGORIES DE MOTIFS (CL)	45
TABLEAU 10	MOTIFS CONCLUS SELON LES CATÉGORIES ET LE NIVEAU DE TRAITEMENT (CL)	46
TABLEAU 11	TYPES DE MESURES CORRECTIVES SELON LES CATÉGORIES DE MOTIFS (CL)	47
TABLEAU 12	CATÉGORIES DE MOTIFS DES DOSSIERS CONCLUS TRANSMIS AU DEUXIÈME PALIER (CL)	49
TABLEAU 13	SOMMAIRE DES AUTRES ACTIVITÉS (CL)	50
TABLEAU 14	TRAITEMENT DES DOSSIERS DE PLAINTÉ (ME)	58
TABLEAU 15	DOSSIERS DE PLAINTÉ SELON LES CATÉGORIES DE MOTIFS (ME)	59
TABLEAU 16	MOTIFS CONCLUS SELON LES CATÉGORIES ET LE NIVEAU DE TRAITEMENT (ME)	60
TABLEAU 17	TYPES DE MESURES CORRECTIVES SELON LES CATÉGORIES DE MOTIFS (ME)	62

Introduction

:: CONTENU DU RAPPORT

Le Rapport annuel sur l'application du régime d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services 2014-2015 se divise en huit chapitres. Le premier explique le rôle du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services (CR) auprès des instances qui le concernent et présente les principales caractéristiques relatives au traitement des dossiers, dans le cadre de l'application du régime d'examen des plaintes. Il décrit également le mandat du Comité de vigilance et de la qualité.

Le deuxième chapitre présente les faits saillants des principaux résultats atteints pour l'Estrie par le CR, par les commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services (CL) et par les médecins examinateurs (ME).

Le chapitre suivant présente l'évolution de certains résultats, pour l'ensemble des personnes responsables de l'application du régime d'examen des plaintes en Estrie, au cours des trois dernières années.

Les chapitres quatre, cinq et six présentent les résultats des activités réalisées par le CR, les CL et les ME. L'évolution de certains résultats atteints au cours des trois dernières années est présentée et les résultats détaillés atteints en 2013-2014 complètent l'information.

Le chapitre suivant présente les personnes ayant collaboré aux activités visant à promouvoir les droits des usagers et des usagères et présente les principales actions réalisées par le Comité régional de promotion des droits des usagers, au cours du dernier exercice.

Le dernier chapitre fait état du bilan du niveau de réalisation des recommandations à caractère systémique, formulées au cours des dernières années par le CR.



1

Chapitre 1

RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES

1.1 RÔLE DU COMMISSAIRE RÉGIONAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Statut

Le CR relevait du conseil d'administration (CA) de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie jusqu'au 31 mars 2015. Ce poste a été aboli avec l'entrée en vigueur de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, notamment par l'abolition des agences régionales. Par la même occasion, l'Agence a également été abolie. À compter du 1er avril 2015, les fonctions du CR ont été transférées au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS).

Tel que précisé dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) (chapitre S-4.2), le CR est le seul responsable de l'application de la procédure d'examen des plaintes pour les instances relevant de son mandat. De plus, le CA doit prendre les mesures pour préserver en tout temps l'indépendance du rôle du commissaire dans l'exercice de ses fonctions. À cette fin, il doit s'assurer que le commissaire exerce exclusivement les fonctions prévues dans la LSSSS.

Mandat

En vertu du régime d'examen des plaintes, le CR traite les insatisfactions formulées dans les secteurs d'activités suivants :

- les résidences privées pour aînés (RPA);
- les ressources d'hébergement en toxicomanie ou en jeu pathologique (RTJP);
- les services préhospitaliers d'urgence (SPU) comprenant le Centre de communication santé Estrie (CCSE), les services de premiers répondants (PR) et les entreprises de transport ambulancier;
- les organismes communautaires;
- les fonctions ou les activités de l'Agence affectant directement une personne.

De plus, le CR peut intervenir de sa propre initiative s'il a des motifs raisonnables de croire que les droits d'une personne ou d'un groupe de personnes ne sont pas respectés.

Fonctions

Au cœur de son mandat, le commissaire examine les plaintes ou les signalements formulés et répond aux demandes d'assistance ou de consultation. Les dossiers sont classés selon les catégories suivantes :

PLAINTE

Insatisfaction exprimée par un usager ou par une usagère, son représentant légal ou l'héritier d'une personne décédée, concernant les services que l'usager ou l'usagère reçoit, a reçu ou aurait dû recevoir.

INTERVENTION

Enquête entreprise par le commissaire ayant des motifs raisonnables de croire que les droits des usagers ne sont pas respectés à la suite de faits rapportés (signalement) ou observés.

ASSISTANCE

Demande d'aide à la formulation d'une plainte ou pour avoir accès à des soins ou à des services.

CONSULTATION

Demande d'avis auprès du commissaire sur l'application du régime d'examen des plaintes et le respect des droits des usagers ou sur l'amélioration de la qualité des services.

Les autres fonctions du CR portent principalement sur la promotion du régime d'examen des plaintes auprès de différents groupes ou de différentes personnes, la promotion de l'indépendance de son rôle et la promotion des droits des usagers et des usagères.

La section suivante décrit les principaux secteurs d'activités qui relèvent de la compétence du CR.

:: RÉSIDENCES PRIVÉES POUR ÂÎNÉS

DÉFINITION D'UNE RÉSIDENCE PRIVÉE POUR ÂÎNÉS

Pour être reconnus à titre de RPA, les immeubles d'habitation collective doivent être occupés principalement par des personnes âgées de 65 ans et plus et offrir au moins deux des catégories de services définies par le règlement, soit les services de repas, les services d'assistance personnelle, les soins infirmiers, les services d'aide domestique, les services de sécurité ou les services de loisirs.

PORTRAIT DE LA RÉGION

En avril 2015, la région de l'Estrie comptait un total de 98 résidences comprenant 5 950 unités locatives. Plus de 90 % des résidences étaient à but lucratif. De ce nombre, 69 (70 %) résidences étaient certifiées et 29 (30 %) étaient en processus de renouvellement. Plus de la moitié des immeubles étaient giclés ou partiellement giclés (55/98 ou 56 %).

:: RESSOURCES D'HÉBERGEMENT EN TOXICOMANIE OU EN JEU PATHOLOGIQUE

RESSOURCES VISÉES PAR LA CERTIFICATION

Le *Règlement sur la certification des ressources en toxicomanie ou en jeu pathologique* vise uniquement celles offrant de l'hébergement. Les ressources offrant des services à l'externe (sans gîte ni couvert) ne sont donc pas assujetties à l'application de la réglementation.

PORTRAIT DE LA RÉGION

En avril 2015, l'Estrie comptait un total de 10 ressources totalisant 445 places qui offrent des services en toxicomanie ou en jeu pathologique. De ce nombre, cinq ressources étaient en processus de renouvellement de leur certificat de conformité. De façon générale, la durée des programmes varie entre vingt-huit jours et six mois.

L'un des enjeux majeurs s'appliquant à ces ressources réside dans les obligations entourant une offre de service qui vise la clientèle souffrant de problèmes de santé mentale et présentant également des problèmes reliés à la toxicomanie. Ces ressources éprouvent de la difficulté à embaucher le personnel compétent pour assurer l'aide nécessaire à la clientèle et à respecter les exigences de la réglementation en vigueur.

:: SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

Cette catégorie comprend le CCSE, les services de PR et les entreprises ambulancières.

Le CCSE a pour mission d'assurer le bon traitement des appels urgents en matière de santé ainsi que la coordination et la répartition des transports ambulanciers dans la région de l'Estrie. Le CCSE a reçu un peu plus de 40 000 appels en 2014-2015, ce qui a généré 28 403 transports. De ce nombre, 24 587 transports ont été effectués pour répondre aux besoins de la population et 3 816 ont répondu aux besoins des établissements pour des transferts interhospitaliers.

L'Estrie compte huit services de PR répartis dans les localités suivantes : Sherbrooke, Magog, Austin, Cookshire-Eaton, Potton, Lambton, Saint-Denis-de-Brompton et Stanstead. La population de l'Estrie peut également compter sur les services de PR de Beecher Falls, à la frontière des États-Unis, et un service de PR sur le campus de l'Université Bishop, à Lennoxville. De plus, trois services de police ont des défibrillateurs automatisés, dans leur véhicule de patrouille, soit le service municipal de Magog et la Sûreté du Québec des municipalités régionales de comté (MRC) du Granit et du Haut-Saint-François. Des pourparlers sont engagés avec d'autres municipalités intéressées à implanter un service de PR.

Les PR interviennent essentiellement sur les appels urgents (de haute priorité) afin de porter rapidement secours et contribuent ainsi à réduire les délais de réponse aux usagers ou aux usagères.

Cinq entreprises ambulancières desservent la région de l'Estrie et gèrent la disponibilité de trente-trois véhicules ambulanciers et trois véhicules de remplacement, dûment équipés. Plus de 220 techniciennes ambulancières paramédicales et techniciens ambulanciers paramédicaux (TAP) offrent des soins de base et sont autorisés à prodiguer, selon les protocoles cliniques provinciaux, les soins médicaux partagés suivants :

- la défibrillation lors d'arrêts cardiaques;
- l'intubation et la ventilation au moyen du combitube;
- l'administration de certains médicaments selon les protocoles cliniques provinciaux.

:: ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

PORTRAIT DE LA RÉGION

En avril 2015, la région de l'Estrie comptait 136 organismes communautaires reconnus. L'Agence a accordé un soutien financier de 19 119 538 \$, par le biais du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC). Les allocations financières peuvent être attribuées soit en soutien à la mission globale d'un organisme, soit dans le cadre d'une entente de services pour des activités spécifiques. La portion de ce financement accordée en soutien à la mission globale totalise 16 469 841 \$ (86,1 %) et a été distribuée à 112 organismes. Parmi les organismes reconnus, 51 ont reçu un financement en entente de services pour des activités spécifiques (exemple : Programme de prévention des chutes) et 11 demeurent non financés. L'un des organismes est financé dans le cadre de sa mission régionale visant le regroupement des organismes communautaires.

Les organismes sont classés dans les secteurs d'activité des programmes comme suit :

SECTEURS D'ACTIVITÉ	NOMBRE
Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement	8
Déficience physique	14
Dépendance	6
Santé mentale	14
Jeunes en difficulté	26
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	18
Santé physique	6
Santé publique	23
Services généraux	20
Regroupements régionaux	1
TOTAL	136

1.2 PROCESSUS DE TRAITEMENT DES DOSSIERS

EXAMEN D'UN DOSSIER DE PLAINTÉ OU D'INTERVENTION

1. Le commissaire aux plaintes et à la qualité des services reçoit la plainte ou le signalement et peut aider toute personne à formuler ses motifs d'insatisfaction.
2. Il recueille la version des faits auprès des personnes ou des instances en cause.
3. Il examine l'ensemble des renseignements pour bien cerner le problème.
4. Il intervient de la manière la plus appropriée et sans délai lorsqu'il est informé qu'une personne, qui a formulé ou entend formuler une plainte, fait l'objet de représailles.
5. Il informe la personne de ses conclusions, qui peuvent être accompagnées de recommandations. Ces dernières permettent de résoudre le problème ou d'améliorer la qualité des services de façon satisfaisante, dans le respect des droits des usagers et des usagères et de la réglementation en vigueur.

TRAITEMENT NON COMPLÉTÉ OU COMPLÉTÉ

Pour diverses raisons, le traitement d'un dossier peut être interrompu. Les raisons pour lesquelles le traitement d'un dossier de plainte ou d'intervention peut être discontinué sont les suivantes : abandonnée par l'usager ou par l'usagère, cessée, refusée, rejetée sur examen sommaire.

Le traitement complété d'un dossier peut donner lieu à des recommandations pour l'application de mesures correctives.

MESURES À PORTÉE INDIVIDUELLE OU SYSTÉMIQUE

Les mesures correctives à portée individuelle permettent de corriger une situation concernant la personne insatisfaite. Les mesures à portée systémique permettent d'améliorer la qualité des services rendus ou d'assurer le respect des droits pour un ensemble d'usagers ou d'usagères.

DOSSIERS CONCLUS OU FERMÉS

Un dossier de plainte ou d'intervention est conclu lorsque les conclusions ont été transmises, par le commissaire, à la personne ayant formulé une plainte ou un signalement. Un dossier de plainte doit être conclu dans un délai de 45 jours. Un dossier est fermé lorsque les mesures correctives recommandées par le commissaire ont été réalisées.

DEUXIÈME PALIER : PROTECTEUR DU CITOYEN

Le régime d'examen des plaintes prévoit une disposition permettant à une personne plaignante, en désaccord avec les conclusions du commissaire, à la suite du traitement de sa plainte ou à l'expiration du délai de 45 jours prescrit par la LSSSS, de déposer une plainte auprès du Protecteur du citoyen. Dans le cas de l'analyse de dossiers au deuxième palier, ce dernier reprend l'analyse de l'ensemble des motifs de la plainte et peut formuler ses propres recommandations. Le Protecteur du citoyen a l'obligation de s'assurer que ses recommandations sont mises en application.

1.3 MANDAT DU COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

Le mandat principal du Comité de vigilance et de la qualité, relevant du CA de l'Agence, est d'assurer le suivi des recommandations du CR ou de celles du Protecteur du citoyen. Ce mandat s'inscrit dans une perspective d'amélioration de la qualité des services offerts, dans le respect des droits individuels et collectifs.

Les changements législatifs ont eu pour effet d'abolir le Comité de vigilance et de la qualité relevant de l'Agence. À la suite de la constitution d'un nouvel établissement respectant les orientations précisées dans la LSSSS, un nouveau comité de vigilance et de la qualité sera formé.



2

Chapitre 2 FAITS SAILLANTS

2.1 TRAITEMENT DES DOSSIERS 2014-2015

CETTE SECTION PRÉSENTE LES FAITS SAILLANTS DES PRINCIPAUX RÉSULTATS ATTEINTS POUR L'ESTRIE, PAR LES PERSONNES APPLIQUANT LE RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES, SOIT LE CR, LES CL ET LES ME.

ESTRIE

- Au total, 869 dossiers de plainte ou d'intervention ont été ouverts.
- Mille deux cent soixante-sept motifs d'insatisfaction ont été exprimés.
- Soixante-quatre pourcent (559/869) des insatisfactions visent les services offerts en centre hospitalier.
- Les motifs d'insatisfaction portent principalement sur les soins et les services dispensés (362/1 267 ou 29 %).
- Les motifs d'insatisfaction conclus ont généré 684 mesures correctives.
- Cinquante-trois pourcent (361/684) des mesures correctives sont à portée systémique.
- Les mesures correctives visent principalement l'adaptation des soins et des services (288/684 ou 42 %).

Donc, les insatisfactions de la clientèle visent plus spécifiquement les soins et les services offerts en centre hospitalier. Pour améliorer la satisfaction de la clientèle, les services doivent être mieux adaptés aux besoins et aux spécificités des usagers et des usagères.

COMMISSAIRE RÉGIONAL

- Au total, 80 dossiers de plainte et d'intervention ont été ouverts.
- Soixante-trois pourcent (50/80) des dossiers ouverts visent les RPA.
- Cent quarante-trois motifs d'insatisfaction ont été exprimés.
- Soixante-deux motifs d'insatisfaction (43 %) portent sur l'organisation du milieu et des ressources matérielles, plus spécifiquement sur l'alimentation et sur la sécurité et la protection.
- Soixante-seize pourcent (47/62) des mesures correctives sont à portée systémique.
- Les mesures correctives visent principalement l'adoption, la révision ou l'application de règles ou procédures (26/62 ou 42 %).

COMMISSAIRES LOCAUX

- Au total, 669 dossiers de plainte et d'intervention ont été ouverts.
- Les motifs d'insatisfaction portent principalement sur les soins et les services dispensés (256/968), plus spécifiquement sur les traitements ou les interventions réalisées.
- Cinquante-deux pourcent (293/560) des mesures recommandées sont à portée systémique.
- Les mesures correctives à portée individuelle visent principalement l'information et la sensibilisation des intervenants (96/267), tandis que celles à portée systémique visent principalement l'adaptation des soins et des services (161/293).

Ainsi, pour augmenter le niveau de satisfaction des usagers et des usagères, les établissements auraient avantage à bien encadrer les intervenants et à s'assurer que les soins et les services sont adaptés aux besoins de la clientèle.

MÉDECINS EXAMINATEURS

- Au total, 120 dossiers de plainte ont été ouverts.
- Les motifs d'insatisfaction portent principalement sur les soins et les services dispensés (80/156), plus spécifiquement sur les compétences techniques et professionnelles.
- Soixante-six pourcent (41/62) des mesures recommandées sont à portée individuelle.
- Les mesures correctives à portée individuelle visent principalement l'information ou la sensibilisation des professionnels et des professionnelles, tandis que celles à portée systémique visent à adapter les soins et les services.

Donc, pour augmenter le niveau de satisfaction des usagers et des usagères à l'égard des services reçus par les médecins, dentistes et pharmaciens dans les établissements, l'information et la sensibilisation sont nécessaires. Ces professionnels et ces professionnelles doivent également offrir des soins et des services adaptés selon les besoins de la clientèle.



3

Chapitre 3 RÉSULTATS POUR L'ESTRIE

3.1 ÉVOLUTION DES DOSSIERS 2012-2015

L'INFORMATION QUI SUIT PRÉSENTE LES RÉSULTATS PORTANT SUR LES DOSSIERS DE PLAINE ET D'INTERVENTION OUVERTS, LES MOTIFS D'INSATISFACTION ET LES MESURES CORRECTIVES POUR L'ESTRIE AU COURS DES TROIS DERNIERS EXERCICES (2012-2013, 2013-2014, 2014-2015).

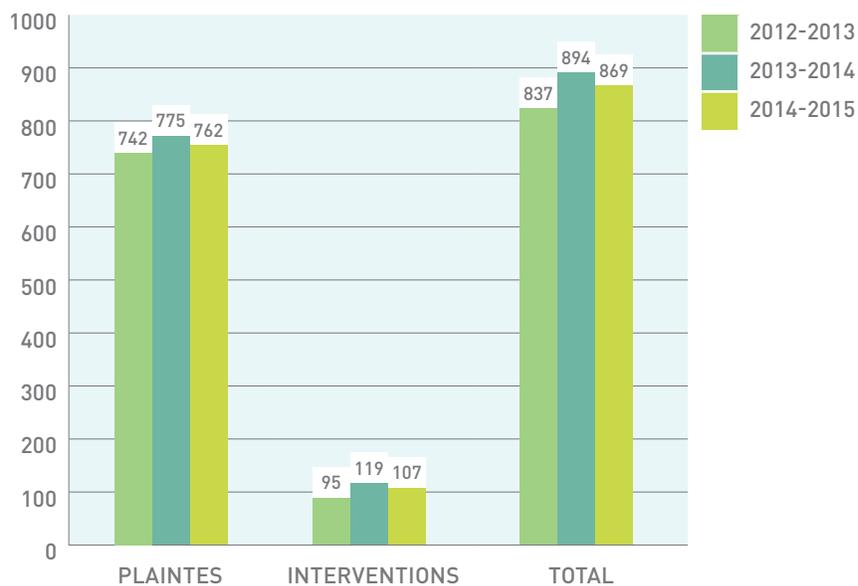
3.1.1 DOSSIERS DE PLAINE ET D'INTERVENTION OUVERTS

:: AUGMENTATION DE 4 %

Au cours des trois dernières années, le nombre total de dossiers de plainte et d'intervention ouverts a varié, passant de 837 en 2012-2013 à 894 en 2013-2014, soit une augmentation de 7 % (graphique 1). Entre 2013-2014 et 2014-2015, le nombre de dossiers ouverts a diminué de 2 % (869/894).

:: GRAPHIQUE 1

ÉVOLUTION DES DOSSIERS DE PLAINE ET D'INTERVENTION OUVERTS (ESTRIE)



3.1.2 MOTIFS D'INSATISFACTION

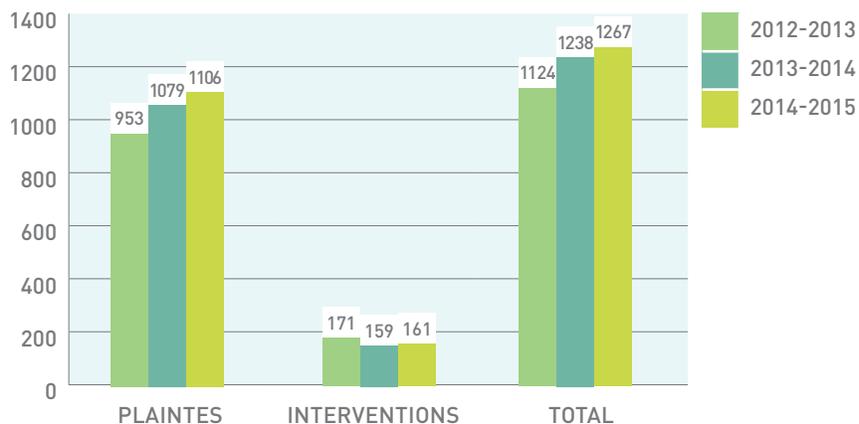
:: AUGMENTATION DE 13 %

Le nombre total de motifs d'insatisfaction traités a augmenté de 13 % (1267/1124) entre 2012-2013 et 2014-2015 (graphique 2). L'augmentation a été plus importante entre 2012-2013 et 2013-2014, passant de 1 124 à 1 238, soit une variation de 10 %, tandis que le nombre de motifs a augmenté de 2 % (1267/1238) entre 2013-2014 et 2014-2015.

Entre 2012-2013 et 2014-2015, le nombre de motifs des dossiers de plainte a augmenté de 16 % (1106/953). Au niveau des dossiers d'intervention, le nombre a varié au cours des trois dernières années, passant de 171 à 159 pour atteindre 161 en 2014-2015.

:: GRAPHIQUE 2

ÉVOLUTION DES MOTIFS D'INSATISFACTION (ESTRIE)



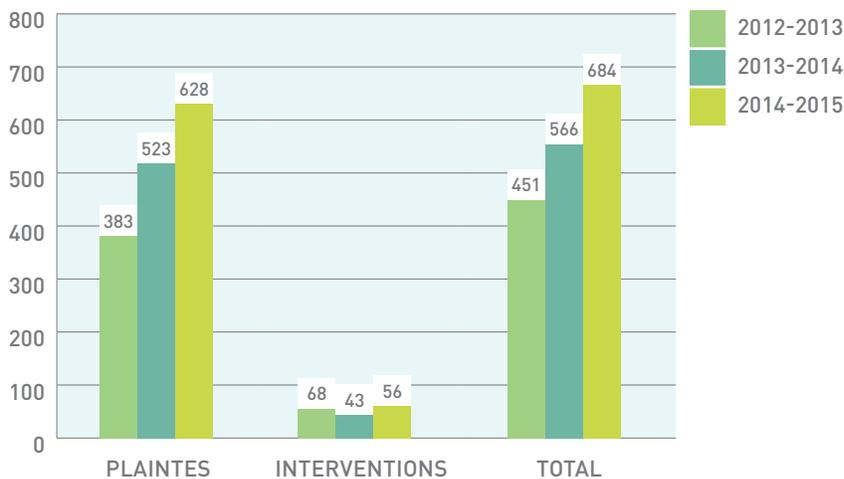
3.1.3 MESURES CORRECTIVES

:: AUGMENTATION DE 52 %

Le nombre total de mesures correctives a augmenté de 52 % entre 2012-2013 et 2014-2015, passant de 451 à 684 (graphique 3). Le nombre de mesures correctives des dossiers de plainte a augmenté de façon considérable au cours de cette période, passant de 383 en 2012-2013 à 628 en 2014-2015, soit une augmentation de 64 % (628/383). Le nombre de mesures correctives des dossiers d'intervention a varié au cours des trois dernières années, passant de 68 en 2012-2013 à 43 pour ensuite augmenter à 56 en 2014-2015.

:: GRAPHIQUE 3

ÉVOLUTION DES MESURES CORRECTIVES (ESTRIE)





4

Chapitre 4 RAPPORT D'ACTIVITÉS – COMMISSAIRE RÉGIONAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

4.1 ÉVOLUTION DES DOSSIERS 2012-2015

CETTE SECTION PRÉSENTE UNE VUE D'ENSEMBLE DES RÉSULTATS OBTENUS PAR LE CR, SUR L'ÉVOLUTION DES DOSSIERS DE PLAINE ET D'INTERVENTION OUVERTS, DES MOTIFS D'INTERVENTION EXAMINÉS ET DES MESURES CORRECTIVES, AU COURS DES TROIS DERNIERS EXERCICES (2012-2013, 2013-2014, 2014-2015).

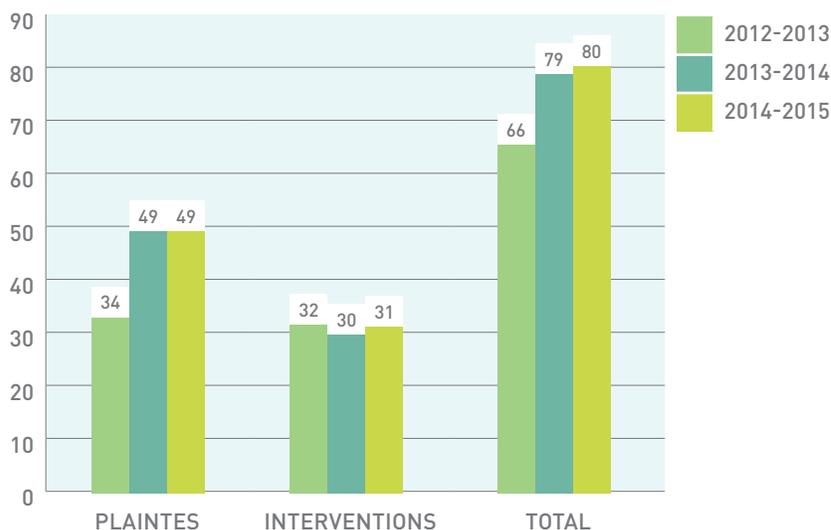
4.1.1 DOSSIERS DE PLAINE ET D'INTERVENTION OUVERTS

:: AUGMENTATION DE 21 %

Le nombre total de dossiers de plainte et d'intervention ouverts a augmenté de 21 % [80/66] entre 2012-2013 et 2014-2015 (graphique 4). Essentiellement, cette augmentation s'est produite entre 2012-2013 et 2013-2014, passant de 66 à 79. Ce résultat est principalement dû à la variation du nombre de dossiers de plaintes tandis que le nombre de dossiers d'intervention est demeuré relativement stable.

:: GRAPHIQUE 4

ÉVOLUTION DES DOSSIERS DE PLAINE ET D'INTERVENTION OUVERTS (CR)



4.1.2 MOTIFS D'INSATISFACTION

:: DIMINUTION DE 24 %

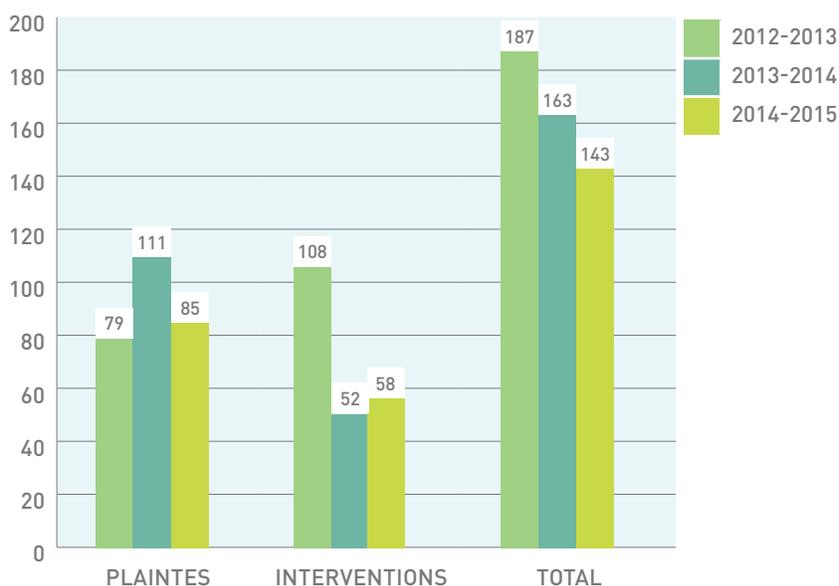
Le nombre total de motifs d'insatisfaction formulés a diminué de 24 % (143/187) entre 2012-2013 et 2014-2015 (graphique 5). Ce résultat reflète une tendance à la baisse au cours des trois dernières années.

Le nombre de motifs des dossiers de plainte a varié au cours de cette période. Le résultat a augmenté de 41 % (111/79) entre 2012-2013 et 2013-2014 et a diminué de 77 % (85/111) entre 2013-2014 et 2014-2015.

Le nombre de motifs des dossiers d'intervention a également connu des variations d'une année à l'autre. Il a diminué de 52 % (52/108) entre 2012-2013 et 2013-2014 et a ensuite augmenté de 12 % (58/52) entre 2013-2014 et 2014-2015.

:: GRAPHIQUE 5

ÉVOLUTION DES MOTIFS D'INSATISFACTION (CR)



4.1.3 MESURES CORRECTIVES

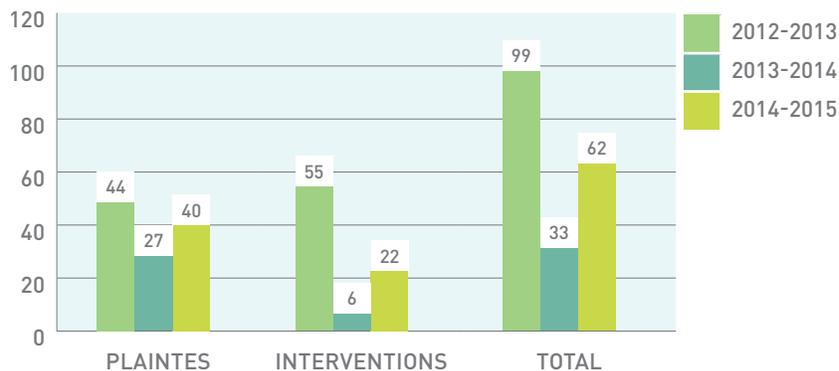
:: DIMINUTION DE 38 %

Le nombre total de mesures correctives a diminué de 38 % entre 2012-2013 et 2014-2015 (graphique 6). Ce résultat a varié d'une année à l'autre, passant de 99 en 2012-2013 à 33 en 2013-2014, soit une diminution de 66 %. Au cours de la dernière année, le nombre de mesures a augmenté de 88 % (62/33) comparativement au résultat atteint en 2013-2014.

Le nombre de mesures correctives des dossiers de plainte a varié d'une année à l'autre pour atteindre 44 en 2012-2013, 27 en 2013-2014 et 40 en 2014-2015. Le nombre de mesures des dossiers d'intervention a connu une variation semblable, passant de 55 à 6 pour atteindre 22 en 2014-2015.

:: GRAPHIQUE 6

ÉVOLUTION DES MESURES CORRECTIVES (CR)



4.2 TRAITEMENT DES DOSSIERS 2014-2015

LA PROCHAINE SECTION PRÉSENTE LES DONNÉES SUR LE TRAITEMENT DES DOSSIERS PAR LE CR AU COURS DU DERNIER EXERCICE (2014-2015), EN COMPARANT LES RÉSULTATS AVEC L'EXERCICE PRÉCÉDENT (2013-2014).

4.2.1 DOSSIERS OUVERTS

:: AUGMENTATION DE 27 %

Au cours de l'année 2014-2015, un total de 147 dossiers ont été traités, soit une augmentation de 27 % [147/116] comparativement à l'année précédente (tableau 1). Parmi l'ensemble, le nombre de dossiers de plainte est identique au résultat atteint en 2013-2014 [49] tandis que le nombre de dossiers d'intervention a augmenté de 1 [31/30].

Le nombre total de dossiers d'assistance et de consultation a augmenté de 81 % [67/37] comparativement à l'année précédente (tableau 1). Le nombre de dossiers d'assistance a doublé [45/22] tandis que le nombre de dossiers de consultation a augmenté de 47 % [22/15].

D'autre part, un seul dossier a été transféré au Protecteur du citoyen au cours de l'année 2014-2015, comparativement à 2 l'année précédente (tableau 1). Ce dossier n'a pas été conclu par le Protecteur du citoyen au cours de l'année.

4.2.2 CARACTÉRISTIQUES

Au cours de l'année 2014-2015, 76 % des dossiers de plainte ont été traités dans les délais (tableau 1), ce qui reflète une augmentation de 31 % comparativement au résultat atteint en 2013-2014 [58 %]. Le délai moyen de traitement des dossiers de plainte a diminué de 24 % [32/42] en 2014-2015.

:: TABLEAU 1

TRAITEMENT DES DOSSIERS DE PLAINTE ET D'INTERVENTION (CR)

TYPE DE DOSSIERS	DOSSIERS OUVERTS	
	A	B
	2014-2015	2013-2014
Plaintes	49	49
Interventions	31	30
SOUS-TOTAL	80	79
PROPORTION (A/B)	1,01	
Assistances	45	22
Consultations	22	15
SOUS-TOTAL	67	37
PROPORTION (A/B)	1,81	
TOTAL	147	116
PROPORTION (A/B)	1,27	
Dossiers transmis au deuxième palier	1	2
PROPORTION (A/B)	0,50	
Dossiers conclus au deuxième palier	s. o.	s. o.
PROPORTION (A/B)	s. o.	
CARACTÉRISTIQUES		
Plaintes traitées dans les délais (45 jours)	76 %	58 %
PROPORTION (A/B)	1,31	
Délai moyen de traitement/plaintes (en jours)	32	42
PROPORTION (A/B)	0,76	

4.3 RÉPARTITION DES DOSSIERS SELON L'INSTANCE

CETTE SECTION PRÉSENTE LES DONNÉES SUR LES DOSSIERS OUVERTS SELON L'INSTANCE VISÉE PAR UNE PLAINTE OU UN SIGNALEMENT.

:: RÉSIDENCES PRIVÉES POUR AÎNÉS : 63 %

Les résultats pour l'année 2014-2015 révèlent que les RPA ont généré 62,5 % du nombre de dossiers de plainte ou d'intervention ouverts (tableau 2), ce qui représente une augmentation de 10 % comparativement à 2013-2014. Les insatisfactions envers les RTJP arrivent au deuxième rang (16 %), suivies des dossiers des SPU (10 %). Les autres dossiers sont partagés entre les organismes communautaires (2,5 %), la catégorie *autres* (5 %) telles les cliniques médicales ou les coopératives de services à domicile, et la catégorie *réseau* (4 %).

:: TABLEAU 2

DOSSIERS OUVERTS SELON L'INSTANCE (CR)

	2013-2014		2014-2015	
	NOMBRE	POURCENTAGE	NOMBRE	POURCENTAGE
RPA	42	53 %	50	62,5 %
RTJP	18	23 %	13	16 %
SPU	9	11 %	8	10 %
Organismes communautaires	7	9 %	2	2,5 %
Autres	2	5 %	4	5 %
Réseau	1	4 %	3	4 %
TOTAL	79	100 %	80	100 %

4.4 PLAINTES ET INTERVENTIONS – VUE D'ENSEMBLE

LA SECTION SUIVANTE PRÉSENTE LES RÉSULTATS DÉTAILLÉS DU TRAITEMENT DES DOSSIERS DE PLAINTÉ ET D'INTERVENTION PAR LE CR POUR L'ANNÉE 2013-2014, EN COMPARANT CES RÉSULTATS AVEC L'ANNÉE PRÉCÉDENTE. PLUS SPÉCIFIQUEMENT, CETTE SECTION PRÉSENTE LES RÉSULTATS POUR LES MOTIFS D'INSATISFACTION, LES NIVEAUX DE TRAITEMENT ET LES TYPES DE MESURES CORRECTIVES.

4.4.1 MOTIFS D'INSATISFACTION

:: DIMINUTION DE 12 %

Le nombre total de motifs d'insatisfaction a diminué de 12 % comparativement au résultat atteint l'année précédente, passant de 163 en 2013-2014 à 143 en 2013-2014 (). En comparaison avec l'année précédente, le nombre de motifs des dossiers de plainte a diminué tandis que le nombre de motifs des dossiers d'intervention a augmenté.

Les motifs d'insatisfaction des dossiers de plainte représentent 59 % (85/143) de l'ensemble des motifs formulés, ce qui correspond à une diminution de 23 % (85/111) comparativement à 2013-2014.

Les motifs d'insatisfaction des dossiers d'intervention représentent 41 % (58/143) de l'ensemble des motifs formulés, ce qui correspond à une augmentation de 12 % (58/52) comparativement à 2013-2014.

Comme par les années passées, la catégorie portant sur l'organisation du milieu et les ressources matérielles a généré, au total, le plus grand nombre de motifs d'insatisfaction (62). Ce résultat constitue une diminution de 6 % (62/66) par rapport à 2013-2014.

:: TABLEAU 3

DOSSIERS DE PLAINTE ET D'INTERVENTION SELON LES CATÉGORIES DE MOTIFS (CR)

CATÉGORIES DE MOTIFS	PLAINTES	INTERVENTIONS	TOTAL	2013-2014	PROPORTION
			A	B	A/B
Accessibilité	4	4	8	14	0,57
Aspect financier	13	5	18	9	2,00
Droits particuliers	11	0	11	9	1,22
Organisation du milieu et ressources matérielles	30	32	62	66	0,94
Relations interpersonnelles	12	6	18	30	0,60
Soins et services dispensés	15	11	26	35	0,74
TOTAL	C	85	58	143	0,88
POURCENTAGE		59 %	41 %		
2013-2014	D	111	52		
PROPORTION	C/D	0,77	1,12		

4.4.2 NIVEAUX DE TRAITEMENT

Le traitement des dossiers de plainte ou d'intervention n'a pas été complété pour 36 des motifs formulés (tableau 4). Ce résultat est plus du double de celui obtenu en 2013-2014 (36/16). Les deux raisons principales étant qu'ils ont été abandonnés par l'utilisateur (13/36) ou cessés (11/36). Le traitement a été complété pour 75 % (107/143) des motifs, ce qui est inférieur de 27 % du résultat atteint en 2013-2014 (107/147). La moitié (53/107) des motifs dont le traitement a été complété a généré des mesures correctives.

:: TABLEAU 4

MOTIFS CONCLUS SELON LES CATÉGORIES ET LE NIVEAU DE TRAITEMENT (CR)

CATÉGORIES DE MOTIFS		DOSSIERS DE PLAINTE ET D'INTERVENTION NIVEAUX DE TRAITEMENT										
		Traitement non complété					Traitement complété			TOTAL	2012-2013	PROPORTION
		Abandonné par l'utilisateur	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	SOUS-TOTAL	Avec mesure	Sans mesure	SOUS-TOTAL			
A	B	A/B										
Accessibilité		0	1	0	0	1	1	6	7	8		
Aspect financier		3	0	0	3	6	5	7	12	18		
Droits particuliers		0	1	0	0	1	5	5	10	11		
Organisation du milieu et ressources matérielles		4	4	4	0	12	31	19	50	62		
Relations interpersonnelles		4	1	1	1	7	4	7	11	18		
Soins et services dispensés		2	4	1	2	9	7	10	17	26		
Autres		0	0	0	0	0	0	0	0	0		
TOTAL	C	13	11	6	6	36	53	54	107	143	163	0,88
POURCENTAGE						25 %			75 %			
2012-2013	D					16			147			
TOTAL	C/D					2,25			0,73			

4.4.3 TYPES DE MESURES CORRECTIVES

:: AUGMENTATION DE 88 %

Au total, les motifs d'insatisfaction ont fait l'objet de 62 mesures correctives en 2014-2015 (tableau 5), ce qui correspond à une augmentation de 88 % par rapport au résultat atteint en 2013-2014 (33). Parmi les mesures correctives actualisées, 24 % sont à portée individuelle (15/62) et 76 % sont à portée systémique.

:: TABLEAU 5

TYPES DE MESURES CORRECTIVES SELON LES CATÉGORIES DE MOTIFS (CR)

TYPES DE MESURES CORRECTIVES	DOSSIERS DE PLAINE ET D'INTERVENTION													
	CATÉGORIES DE MOTIFS										TOTAL	POURCENTAGE	2013-2014	PROPORTION
	Accessibilité	Aspect financier	Droits particuliers	Organisation du milieu et ressources matérielles	Relations interpersonnelles	Soins et services dispensés	Autres							
À PORTÉE INDIVIDUELLE	A	B	A / B											
<i>Adaptation des soins et des services</i>	0	0	1	0	0	4	0	5						
Adaptation du milieu et de l'environnement	0	0	0	3	0	0	0	3						
Ajustement financier	0	4	0	0	0	0	0	4						
Respect des droits	0	0	1	0	0	1	0	2						
Autres	0	0	0	1	0	0	0	1						
SOUS -TOTAL	0	4	2	4	0	5	0	15	24%	10	1,50			

À PORTÉE SYSTÉMATIQUE								A		B	A/B
Adaptation des soins et des services	0	0	1	3	0	6	0	10			
Adaptation du milieu et de l'environnement	0	0	0	8	0	0	0	8			
Adoption / révision / application de règles et procédures	0	2	2	17	4	1	0	26			
Communication / promotion	1	0	0	1	0	1	0	3			
SOUS -TOTAL	1	2	3	29	4	8	0	47	76 %	23	2,04
TOTAL	1	6	5	33	4	13	0	62		33	1,88

Le nombre de mesures à portée individuelle (15) est supérieur de 50 % du résultat atteint en 2013-2014 (10). Le plus grand nombre de mesures à portée individuelle vise l'adaptation des soins et des services. Le nombre de mesures correctives à portée systémique (47) est le double du résultat atteint en 2013-2014 (23). Les mesures à portée systémique représentent 76 % (47/62) du total. Ces mesures correctives visent principalement l'adoption, la révision ou l'application de règles ou procédures (17).

4.4.4 MESURES CORRECTIVES SELON L'INSTANCE

Des mesures correctives ont été recommandées dans 32 dossiers en 2014-2015, comparativement à 21 dossiers en 2013-2014 (tableau 6), ce qui correspond à une augmentation de 52 % (32/21). Ces 32 dossiers ont généré 62 mesures correctives comparativement à 33 en 2013-2014, soit une augmentation de 88 % (62/33) en 2014-2015.

Les RPA constituent la catégorie avec le plus grand nombre de dossiers ayant fait l'objet de mesures correctives (72% ou 23/32). Cette catégorie d'instances a généré 46 mesures correctives en 2014-2015, ce qui représente 74 % (46/62) de l'ensemble des mesures correctives. En 2014-2015, le nombre de mesures se rapportant aux RPA a augmenté de 70 % (46/27) par rapport à 2013-2014.

Les précisions sur l'ensemble des mesures d'amélioration recommandées au cours de l'année 2014-2015 sont présentées en annexe. Ce tableau présente les mesures selon la catégorie d'instance visée et les motifs d'insatisfaction. Les mesures qui étaient semblables et qui portaient sur la même catégorie de mesure ont été regroupées.

:: TABLEAU 6

MESURES CORRECTIVES SELON L'INSTANCE

INSTANCES	DOSSIERS			MESURES		
	2014-2015	2013-2014	PROPORTION	2014-2015	2013-2014	PROPORTION
	A	B	A / B	A	B	A / B
Réseau	1	0	1,00	2	0	2,00
RPA	23	16	1,44	46	27	1,70
RTJP	5	2	2,50	6	2	3,00
SPU	2	2	1,00	5	3	1,67
Organismes communautaires	1	1	1,00	3	1	3,00
TOTAL	32	21	1,52	62	33	1,88

4.5 AUTRES ACTIVITÉS DU COMMISSAIRE RÉGIONAL

Le CR est engagé dans des activités complémentaires à ses fonctions principales. Le tableau 7 présente un sommaire des types d'activités réalisées au cours de l'année 2014-2015.

:: TABLEAU 7

SOMMAIRE DES AUTRES ACTIVITÉS DU COMMISSAIRE (CR)

	NOMBRE
PROMOTION/INFORMATION	
Droits et obligations des usagers	1
Code d'éthique (employés, professionnels, stagiaires)	0
Régime et procédure d'examen des plaintes	1
SOUS-TOTAL	2
COMMUNICATIONS AU CA (EN SÉANCE)	
Bilan des dossiers de plainte et d'intervention	1
Attentes du CA	0
SOUS-TOTAL	1
COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ	
Participation au Comité de vigilance et de la qualité	3
SOUS-TOTAL	3
COLLABORATION AU FONCTIONNEMENT DU RÉGIME	
Collaboration à l'évolution du régime d'examen des plaintes (Table de commissaires régionaux/MSSS; formations)	12
Collaboration avec les comités des usagers et de résidents	0
Soutien aux commissaires locaux	6
SOUS-TOTAL	18
TOTAL	23

Le CR a principalement apporté sa collaboration dans des activités portant sur le fonctionnement du régime d'examen des plaintes (18). Ces activités incluent des rencontres avec d'autres CR, les CL et le Comité régional de promotion des droits des usagers. Quelques activités ont été réalisées sur la promotion des droits et les responsabilités des usagers et des usagères. De plus, le commissaire a participé à trois rencontres du Comité de vigilance et de la qualité.

:: PROMOTION DES DROITS DES USAGERS

Le CR animait les rencontres du Comité régional de promotion des droits des usagers. Ce comité assurait la pérennité des actions concertées portant sur la promotion des droits des usagers et des usagères et la reconnaissance des responsabilités partagées, et ce, à l'aide d'un plan d'action. Les outils promotionnels et les activités prévues au plan d'action ont été réalisés avec la participation d'un comité composé de personnes représentant :

- les comités des usagers de certains établissements de l'Estrie;
- le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes de l'Estrie;
- Pro-Def Estrie (promotion et défense des droits en santé mentale);
- le Forum de la population;
- un CL;
- le Service de la performance, de la qualité et des communications de l'Agence;
- le CR.

:: COLLABORATION AVEC LA FACULTÉ DE DROIT DE L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

La Faculté de droit veut faire connaître, à ses étudiants et à ses étudiantes, les divers champs d'intervention dans le domaine du droit de la santé et des services sociaux, en plus de leur permettre d'acquérir de l'expérience dans un milieu de travail.

Au cours de l'année, une étudiante au programme d'études en droit de l'Université de Sherbrooke a eu l'opportunité de faire un stage avec le CR.

Celle-ci a approuvé le régime d'examen des plaintes, effectué des recherches sur des sujets reliés au droit de la santé et des services sociaux et a soutenu le commissaire dans ses diverses fonctions.

L'apport des stagiaires se traduit aussi par la production de travaux académiques utiles pour l'exercice des fonctions des commissaires dans l'application du régime d'examen des plaintes.



5

Chapitre 5 RAPPORT D'ACTIVITÉS – COMMISSAIRES LOCAUX AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

5.1 ÉVOLUTION DES DOSSIERS 2012-2015

CETTE SECTION PRÉSENTE UNE VUE D'ENSEMBLE DES RÉSULTATS OBTENUS PORTANT SUR L'ÉVOLUTION DES DOSSIERS DE PLAINE ET D'INTERVENTION TRAITÉS PAR LES CL DE LA RÉGION DE L'ESTRIE, AU COURS DES TROIS DERNIERS EXERCICES (2012-2013, 2013-2014 ET 2014-2015)..

5.1.1 DOSSIERS DE PLAINE ET D'INTERVENTION OUVERTS

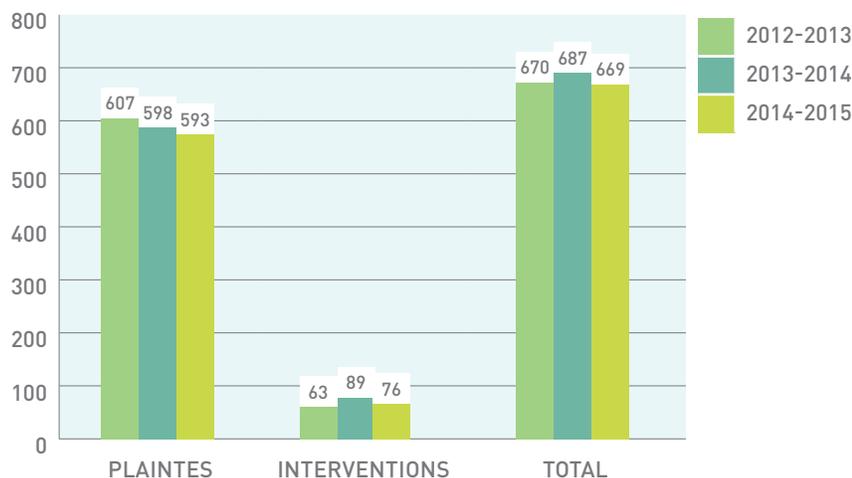
:: STABILITÉ

Le nombre total de dossiers de plainte et d'intervention est demeuré relativement stable au cours des trois dernières années, passant de 670 en 2012-2013 à 687 en 2013-2014, atteignant 669 en 2014-2015 (graphique 7). Les dossiers de plainte représentent une proportion beaucoup plus importante du total des dossiers ouverts, comparativement aux dossiers d'intervention, quelle que soit l'année de référence.

Au total, 593 dossiers de plainte ont été ouverts en 2014-2015, soit une faible diminution de 2 % (593/607) comparativement à 2012-2013. Le nombre total de dossiers d'intervention ouverts a varié au cours des trois dernières années, passant de 63 en 2012-2013 à 89 en 2013-2014, soit une augmentation de 41 %. Entre 2013-2014 et 2014-2015, ce résultat a diminué de 15 % (76/89).

:: GRAPHIQUE 7

ÉVOLUTION DES DOSSIERS DE PLAINE ET D'INTERVENTION OUVERTS (CL)



5.1.2 MOTIFS D'INSATISFACTION

:: AUGMENTATION DE 18 %

Entre 2012-2013 et 2014-2015, le nombre total de motifs d'insatisfaction a augmenté de 18 %, passant de 819 à 968 (graphique 8). Le nombre de motifs formulés dans les dossiers de plainte a connu une hausse de 14 % (865/756) et le résultat atteint dans les dossiers d'intervention a connu une hausse de 63 % (103/63) comparativement à 2012-2013, et ce résultat s'est stabilisé au cours des deux dernières années (respectivement 107 et 103).

:: GRAPHIQUE 8

ÉVOLUTION DES MOTIFS D'INSATISFACTION (CL)



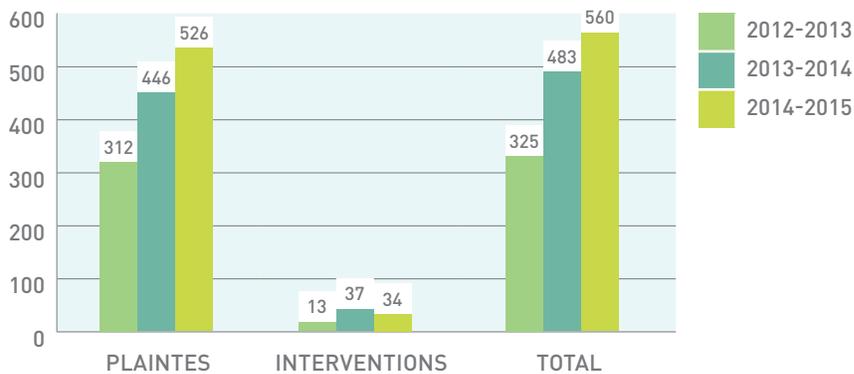
5.1.3 MESURES CORRECTIVES

:: AUGMENTATION DE 72 %

Le nombre total de mesures correctives a augmenté progressivement au cours des trois dernières années (graphique 9). En effet, les résultats atteints ont passé de 325 en 2012-2013 à 483 en 2013-2014, pour atteindre 560 en 2014-2015, ce qui représente une augmentation de 72 %. Cette augmentation s'est principalement réalisée entre 2012-2013 et 2013-2014, passant de 325 à 483, reflétant une augmentation de 49 %.

:: GRAPHIQUE 9

ÉVOLUTION DES MESURES CORRECTIVES (CL)



Le nombre de mesures correctives des dossiers de plainte a connu une progression semblable, passant de 312 à 526 entre 2012-2013 et 2014-2015, soit une augmentation de 69 %.

Le résultat pour les dossiers d'intervention a plus que doublé entre 2012-2013 et 2013-2014, mais il s'est stabilisé au cours des deux dernières années (respectivement 37 et 34).

5.2 TRAITEMENT DES DOSSIERS 2014-2015

LA PROCHAINE SECTION PRÉSENTE LES RÉSULTATS DU TRAITEMENT DES DOSSIERS PAR LES CL, AU COURS DE L'ANNÉE 2014-2015, EN COMPARANT LES RÉSULTATS AVEC L'ANNÉE PRÉCÉDENTE..

5.2.1 DOSSIERS OUVERTS

:: AUGMENTATION DE 6 %

Le nombre total de dossiers ouverts par les CL a augmenté de 6 % au cours de la dernière année, passant de 1055 à 1117 (tableau 8). Le nombre de dossiers de plainte ouverts est demeuré essentiellement stable (593/598), tandis que le résultat atteint pour les dossiers d'intervention a diminué de 15 %, passant de 89 en 2013-2014 à 76 en 2014-2015.

Le nombre total de dossiers d'assistance et de consultation a augmenté de 22 % (448/368) comparativement à l'année précédente (tableau 8). Le nombre de dossiers d'assistance a augmenté de 21 % (369/305) tandis que le nombre de dossiers de consultation a augmenté de 25 % (79/63).

D'autre part, le nombre de dossiers transférés au Protecteur du citoyen, au cours de l'année 2014-2015, a augmenté de 36 % (30/22) comparativement à l'année précédente (tableau 8). La proportion de dossiers transférés au deuxième palier, sur le nombre total de dossiers de plainte traités, est de 5 % (30/593).

5.2.2 CARACTÉRISTIQUE

Le pourcentage de dossiers de plainte traités dans les délais a diminué de 8 %, passant de 89 % en 2013-2014 à 82 % en 2014-2015. De plus, le délai moyen de traitement des dossiers a augmenté de 22 %, passant de 27 en 2013-2014 à 33 en 2014-2015.

:: TABLEAU 8

TRAITEMENT DES DOSSIERS DE PLAINTE ET D'INTERVENTION (CL)

TYPE DE DOSSIERS	DOSSIERS OUVERTS	
	A	B
	2014-2015	2013-2014
Plaintes	593	598
Interventions	76	89
SOUS-TOTAL	669	687
PROPORTION (A/B)	0,97	
Assistances	369	305
Consultations	79	63
SOUS-TOTAL	448	368
PROPORTION (A/B)	1,22	
TOTAL	1 117	1 055
PROPORTION (A/B)	1,06	
Dossiers transmis au deuxième palier	30	22
PROPORTION (A/B)	1,36	
Dossiers conclus au deuxième palier	s. o.	s. o.
PROPORTION (A/B)	s. o.	
CARACTÉRISTIQUES		
Plaintes traitées dans les délais (45 jours)	82 %	89 %
PROPORTION (A/B)	0,92	
Délai moyen de traitement/plainte (en jours)	33	27
PROPORTION (A/B)	1,22	

5.3 PLAINTES ET INTERVENTIONS – VUE D'ENSEMBLE

LA SECTION SUIVANTE PRÉSENTE LES RÉSULTATS DÉTAILLÉS DU TRAITEMENT DES DOSSIERS DE PLAINTE ET D'INTERVENTION PAR LES CL, POUR L'ANNÉE 2014-2015, EN COMPARANT CES RÉSULTATS AVEC L'ANNÉE PRÉCÉDENTE. PLUS SPÉCIFIQUEMENT, CETTE SECTION PRÉSENTE LES RÉSULTATS POUR LES MOTIFS D'INSATISFACTION, LES NIVEAUX DE TRAITEMENT, LES TYPES DE MESURES CORRECTIVES ET LES CATÉGORIES DE MOTIFS DES DOSSIERS CONCLUS TRANSMIS AU DEUXIÈME PALIER.

5.3.1 MOTIFS D'INSATISFACTION

:: AUGMENTATION DE 6 %

Le nombre total de motifs d'insatisfaction rapportés en 2014-2015 (tableau 9) a augmenté de 6 % au cours de la dernière année (968/911). Le nombre total de motifs des dossiers de plainte correspond à 89 % (865/968) des motifs formulés comparativement à 11 % (103/968) pour les dossiers d'intervention. Les motifs des dossiers de plainte ont augmenté de 8 % (865/804) comparativement à 2013-2014 et les motifs des dossiers d'intervention, pour leur part, ont diminué de 4 % (103/107).

La catégorie portant sur les soins et les services dispensés a généré le plus grand nombre de motifs d'insatisfaction (256), ce qui reflète une augmentation de 3 % (256/249) comparativement au résultat atteint en 2013-2014.

:: TABLEAU 9

DOSSIERS DE PLAINE ET D'INTERVENTION SELON LES CATÉGORIES DE MOTIFS (CL)

CATÉGORIES DE MOTIFS	PLAINTES	INTERVENTIONS	TOTAL	2013-2014	PROPORTION
			A	B	A / B
Accessibilité	160	14	174	206	0,84
Aspect financier	64	6	70	26	2,69
Droits particuliers	69	26	95	91	1,04
Organisation du milieu et ressources matérielles	147	16	163	152	1,07
Relations interpersonnelles	188	16	204	182	1,12
Soins et services dispensés	233	23	256	249	1,03
Autres	4	2	6	5	1,20
TOTAL	865	103	968	911	1,06
POURCENTAGE	89 %	11 %			
2013-2014	804	107			
PROPORTION	1,08	0,96			

5.3.2 NIVEAUX DE TRAITEMENT

Le traitement n'a pas été complété pour 89 motifs (9 %), ce qui représente une diminution de 9 % (89/98) par rapport à 2013-2014 (tableau 10). La raison principale pour laquelle le traitement n'a pas été complété est que les dossiers ont été cessés pour diverses raisons dans une proportion de 37 % (33/89).

Le nombre de motifs dont le traitement a été complété a augmenté de 8 % (879/813) par rapport à 2013-2014. Les motifs pour lesquels le traitement a été complété ont généré des mesures correctives dans une proportion de 49 % (431/879). Ainsi, des mesures correctives n'étaient pas pertinentes pour 51 % (448/879) des motifs formulés.

:: TABLEAU 10

MOTIFS CONCLUS SELON LES CATÉGORIES ET LE NIVEAU DE TRAITEMENT (CL)

CATÉGORIES DE MOTIFS	NIVEAUX DE TRAITEMENT								
	Traitement non complété					Traitement complété			TOTAL
	Abandonné par l'utilisateur	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	SOUS-TOTAL	Avec mesure	Sans mesure	SOUS-TOTAL	
Accessibilité	10	3	2	2	17	44	113	157	174
Aspect financier	1	1	0	1	3	31	36	67	70
Droits particuliers	1	6	0	2	9	42	44	86	95
Organisation du milieu et ressources matérielles	1	4	2	1	8	67	88	155	163
Relations interpersonnelles	4	10	2	8	24	116	64	180	204
Soins et services dispensés (Traitement / interventions / services - action faite)	8	8	4	4	24	130	102	232	256
Autres	0	1	3	0	4	1	1	2	6
TOTAL	25	33	13	18	89	431	448	879	968
POURCENTAGE					9 %			91 %	
2012-2013					98			813	
PROPORTION					0,91			1,08	

5.3.3 TYPES DE MESURES CORRECTIVES

:: AUGMENTATION DE 16 %

Le nombre total de mesures correctives recommandées en 2014-2015 a augmenté de 16 % (560/483), comparativement au résultat atteint en 2013-2014 (tableau 11). Parmi les mesures recommandées, 48 % (267/560) sont à portée individuelle et 52 % (293/560) sont à portée systémique.

:: TABLEAU 11

TYPES DE MESURES CORRECTIVES SELON LES CATÉGORIES DE MOTIFS (CL)

TYPES DE MESURES CORRECTIVES	DOSSIERS DE PLAINE ET D'INTERVENTION												
	CATÉGORIES DE MOTIFS									TOTAL	POURCENTAGE	2013-2014	PROPORTION
	Accessibilité	Aspect financier	Droits particuliers	Organisation du milieu et ressources matérielles	Relations interpersonnelles	Soins et services dispensés	Autres						
À PORTÉE INDIVIDUELLE	A	B	A / B										
Adaptation des soins et des services	13	1	4	6	26	38	0	88					
Adaptation du milieu et de l'environnement	0	0	0	5	1	1	0	7					
Ajustement financier	0	18	1	4	0	0	0	23					
Conciliation / intercession / médiation / liaison / précision / explication	6	3	5	0	9	7	0	30					
Information / sensibilisation d'un intervenant	4	1	7	9	57	18	0	96					
Obtention de services	11	1	1	1	0	4	0	18					
Respect des droits	0	1	1	0	0	0	0	2					
Respect du choix	1	0	0	0	0	0	0	1					
Autres	0	0	0	1	0	1	0	2					
SOUS -TOTAL	35	25	19	26	93	69	0	267	48 %	230	1,16		

À PORTÉE SYSTÉMATIQUE								A		B	A/B
Adaptation des soins et des services	8	10	21	35	34	53	0	161			
Adaptation du milieu et de l'environnement	1	0	3	17	1	6	0	28			
Adoption / révision / application de règles et procédures	6	10	4	7	7	29	1	64			
Communication / promotion	1	7	3	1	2	3	0	17			
Formation / supervision	0	0	3	3	5	7	0	18			
Autres	2	0	0	0	0	0	0	2			
SOUS -TOTAL	18	28	35	63	50	98	1	293	52 %	253	1,16
TOTAL	53	53	54	89	143	167	1	560		483	1,16

5.3.4 DOSSIERS TRANSMIS AU DEUXIÈME PALIER (PROTECTEUR DU CITOYEN)

Parmi les dossiers transmis au Protecteur du citoyen par les CL au cours de l'année 2014-2015, 16 motifs ont été traités (tableau 12). Les deux catégories comportant le plus grand nombre de motifs visent l'accessibilité (7) et les aspects financiers (6).

:: TABLEAU 12

CATÉGORIES DE MOTIFS DES DOSSIERS CONCLUS AU DEUXIÈME PALIER

CATÉGORIES DE MOTIFS DES DOSSIERS CONCLUS TRANSMIS AU DEUXIÈME PALIER (CL)	NOMBRE
Accessibilité	7
Aspect financier	6
Droits particuliers	1
Organisation du milieu et ressources matérielles	1
Relations interpersonnelles	0
Soins et services dispensés	1
Autres	0
TOTAL	16

5.4 AUTRES ACTIVITÉS DES COMMISSAIRES LOCAUX

Dans le cadre de leur rôle, les commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services exercent diverses autres activités, outre le traitement des plaintes. Le tableau 13 présente un sommaire des types d'activités réalisées au cours de l'exercice 2013-2014.

:: TABLEAU 13

SOMMAIRE DES AUTRES ACTIVITÉS DES COMMISSAIRES (CL)

	NOMBRE
PROMOTION/INFORMATION	
Droits et obligations des usagers	78
Code d'éthique (employés, professionnels, stagiaires)	5
Régime et procédure d'examen des plaintes	42
Autres	20
SOUS-TOTAL	145
COMMUNICATIONS AU C. A.	
Bilan des dossiers de plainte et d'intervention	20
Attentes du C. A.	2
Autres	3
SOUS-TOTAL	25
COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ	
Participation au Comité de vigilance et de la qualité	56
SOUS-TOTAL	56
	NOMBRE
COLLABORATION AU FONCTIONNEMENT DU RÉGIME	
Collaboration à l'évolution du régime d'examen des plaintes	54
Collaboration avec les comités des usagers et des résidents	30
Soutien aux commissaires locaux	76
Autres	10
SOUS-TOTAL	170
TOTAL	396

Les CL ont principalement collaboré à des activités portant sur le fonctionnement du régime d'examen des plaintes (170) et sur la promotion ou l'information (145), plus spécifiquement reliées aux droits et obligations des usagers et des usagères (78/145). Les CL ont également participé à 56 rencontres avec les comités de vigilance et de la qualité et 20 rencontres avec les CA de leur établissement respectif.



6

Chapitre 6 RAPPORT D'ACTIVITÉS – MÉDECINS EXAMINATEURS

6.1 ÉVOLUTION DES DOSSIERS 2012-2015

CETTE SECTION PRÉSENTE UNE VUE D'ENSEMBLE DES RÉSULTATS ATTEINTS SUR L'ÉVOLUTION DES DOSSIERS DE PLAINTÉ TRAITÉS PAR LES ME AU COURS DES TROIS DERNIERS EXERCICES, SOIT ENTRE 2012-2013, 2013-2014 ET 2014-2015.

6.1.1 DOSSIERS DE PLAINTÉ OUVERTS

:: AUGMENTATION DE 19 %

Au cours des trois dernières années, les résultats atteints reflètent une tendance à la hausse. En effet, le nombre de dossiers ouverts par les ME a augmenté de 19 % (120/101) entre 2012-2013 et 2014-2015, malgré une variation observée d'une année à l'autre (graphique 10). Entre 2012-2013 et 2013-2014, le résultat atteint a augmenté de 27 % (128/101) et diminué de 6 % (120/128) entre 2013-2014 et 2014-2015.

:: GRAPHIQUE 10

ÉVOLUTION DES DOSSIERS DE PLAINTÉ OUVERTS (ME)



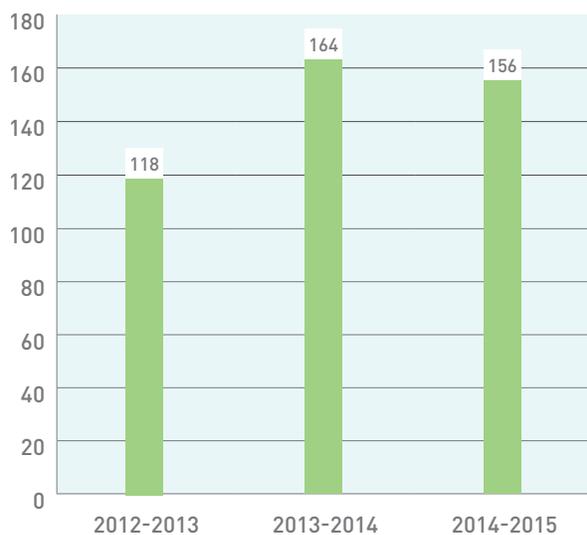
6.1.2 MOTIFS D'INSATISFACTION

:: AUGMENTATION DE 32 %

Malgré une variation observée d'une année à l'autre, les résultats atteints reflètent une tendance à la hausse (graphique 11). Le nombre de motifs d'insatisfaction formulés a augmenté de 39 % (164/118) entre 2012-2013 et 2013-2014 et a diminué de 5 % (156/164) entre 2013-2014 et 2014-2015.

:: GRAPHIQUE 11

ÉVOLUTION DES MOTIFS D'INSATISFACTION (ME)



6.1.3 MESURES CORRECTIVES

:: AUGMENTATION DE 130 %

Au cours des trois dernières années, le nombre de mesures correctives a connu une augmentation importante (graphique 12). Entre 2012-2013 et 2013-2014, le résultat a doublé, passant de 27 à 50. Entre 2013-2014 et 2014-2015, le nombre de mesures correctives a augmenté de 24 %.

:: GRAPHIQUE 12

ÉVOLUTION DES MESURES CORRECTIVES (ME)



6.2 TRAITEMENT DES DOSSIERS 2014-2015

LA PROCHAINE SECTION PRÉSENTE LES RÉSULTATS DU TRAITEMENT DES DOSSIERS PAR LES ME DE LA RÉGION DE L'ESTRIE, AU COURS DE L'ANNÉE 2014-2015, EN COMPARANT LES RÉSULTATS AVEC L'ANNÉE PRÉCÉDENTE (2013-2014).

En 2014-2015, 120 dossiers de plainte ont été ouverts, ce qui reflète une diminution de 6 % (120/128) comparativement à l'année précédente (tableau 14). En fin d'exercice, 16 dossiers ont été soumis à l'analyse par les comités de révision des établissements, comparativement à 10 dossiers en 2013-2014, soit une augmentation de 60 %.

:: TABLEAU 14

TRAITEMENT DES DOSSIERS DE PLAINTE (ME)

TYPE DE DOSSIERS	DOSSIERS OUVERTS	
	A	B
	2014-2015	2013-2014
Plaintes	120	128
PROPORTION (A/B)	0,94	
Dossier transmis au deuxième palier	16	10
PROPORTION (A/B)	1,60	
Dossier conclu au deuxième palier	s. o.	s. o.
PROPORTION (A/B)	s. o.	
CARACTÉRISTIQUES		
Plaintes traitées dans les délais (45 jours)	64%	69%
PROPORTION (A/B)	0,93	
Délais moyen de traitement / plainte (jours)	43	40
PROPORTION (A/B)	1,08	
Délai transmis au CMDP à des fins disciplinaires	2	4
PROPORTION (A/B)	0,50	

La proportion de dossiers de plainte conclus à l'intérieur du délai de 45 jours prévu dans la LSSSS a diminué de 7 %, passant de 69 % à 64 % au cours de la dernière année. Ce résultat signifie que le délai de traitement des dossiers a augmenté. En effet, le délai moyen de traitement des dossiers est passé de 40 jours en 2013-2014 à 43 jours en 2014-2015. Le nombre de dossiers soumis au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) à des fins disciplinaires a diminué, passant de 4 en 2013-2014 à 2 en 2014-2015.

6.3 DOSSIERS DE PLAINTE

LA SECTION SUIVANTE PRÉSENTE LES RÉSULTATS DÉTAILLÉS DU TRAITEMENT DES DOSSIERS DE PLAINTE PAR LES ME, AU COURS DE L'ANNÉE 2014-2015, EN COMPARANT CES RÉSULTATS AVEC CEUX DE L'ANNÉE PRÉCÉDENTE (2013-2014). PLUS SPÉCIFIQUEMENT, CETTE SECTION PRÉSENTE LES RÉSULTATS POUR LES MOTIFS D'INSATISFACTION, LES NIVEAUX DE TRAITEMENT, LES TYPES DE MESURES RECOMMANDÉES ET LES CATÉGORIES DE MOTIFS DES DOSSIERS SOUMIS AU COMITÉ DE RÉVISION (DEUXIÈME PALIER).

6.3.1 MOTIFS D'INSATISFACTION

:: AUGMENTATION DE 39 %

Le nombre total de motifs d'insatisfaction formulés en 2014-2015 a diminué de 5 % (156/164) comparativement à 2013-2014 (tableau 15).

:: TABLEAU 15

DOSSIERS DE PLAINTE SELON LES CATÉGORIES DE MOTIFS (ME)

CATÉGORIES DE MOTIFS	2014-2015	2013-2014	PROPORTION
	A	B	A / B
Accessibilité	14	3	4,67
Aspect financier	1	2	0,50
Droits particuliers	8	11	0,73
Organisation du milieu et ressources matérielles	2	5	0,40
Relations interpersonnelles	51	47	1,09
<i>Soins et services dispensés</i>	80	96	0,83
TOTAL	156	164	0,95

En majorité, les motifs d'insatisfaction les plus fréquents portent sur les soins et les services dispensés (80), soit une diminution de 17 % (80/96) comparativement à 2013-2014. L'autre catégorie méritant une attention est celle portant sur les relations interpersonnelles. Le nombre de motifs portant sur cette catégorie a augmenté de 9 % (51/47) en 2014-2015.

6.3.2 NIVEAUX DE TRAITEMENT

Parmi l'ensemble des motifs soumis pour examen, le traitement n'a pas été complété pour 16 % (25/156) des motifs, ce qui correspond à une augmentation de 14 % (25/22) comparativement à 2013-2014 (tableau 16). La raison principale pour laquelle le traitement n'a pas été complété est que 56 % (14/25) des motifs ont été rejetés sur examen sommaire.

Le traitement de 131 motifs a été complété, soit une diminution de 8 % (131/142) comparativement au résultat atteint en 2013-2014. Parmi les motifs dont le traitement a été complété, 39 % (51/131) ont généré des mesures correctives.

:: TABLEAU 16

MOTIFS CONCLUS SELON LES CATÉGORIES ET LE NIVEAU DE TRAITEMENT (ME)

CATÉGORIES DE MOTIFS	DOSSIERS DE PLAINTE NIVEAUX DE TRAITEMENT										
	Traitement non complété					Traitement complété			TOTAL		
	Abandonné par l'usager	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	SOUS-TOTAL	Avec mesure	Sans mesure	SOUS-TOTAL			
Accessibilité	3	0	0	0	3	7	4	11	14		
Aspect financier	0	0	0	0	0	0	1	1	1		
Droits particuliers	0	0	0	2	2	1	5	6	8		
Organisation du milieu et ressources matérielles	0	0	0	0	0	0	2	2	2		
Relations interpersonnelles	1	0	0	5	6	21	24	45	51		
Soins et services dispensés	5	2	0	7	14	22	44	66	80		
TOTAL	C	9	2	0	14	25	51	80	131	156	
POURCENTAGE						16 %			84 %		
2013-2014	D					22			142	164	
PROPORTION	C/D						1,14				0,92

6.3.3 TYPES DE MESURES CORRECTIVES

:: AUGMENTATION DE 24 %

Le nombre total de mesures correctives en 2014-2015 a augmenté de 24 % (62/50) comparativement à 2013-2014 (). Les mesures correctives à portée individuelle correspondent à 66 % de l'ensemble des mesures recommandées (41/62). Ce résultat reflète une augmentation de 24 % (41/33) comparativement à l'année précédente. Le nombre de mesures à portée systémique a augmenté de 24 % (21/17) par rapport à 2013-2014.

Le plus grand nombre de mesures correctives à portée individuelle vise l'information ou la sensibilisation d'un intervenant ou d'une intervenante (23/41). La moitié des mesures à portée systémique vise l'adaptation des soins et des services (11/21).

6.3.4 DOSSIERS AU DEUXIÈME PALIER (COMITÉ DE RÉVISION)

Parmi les dossiers traités par les ME au cours de l'exercice 2014-2015, 16 ont fait l'objet d'une analyse par un comité de révision, comparativement à 10 dossiers l'année précédente, soit une augmentation de 60 %. Les comités de révision ont traité 9 dossiers dans le délai prescrit de 60 jours, en 2014-2015, comparativement à 3 l'année précédente.

Les comités de révision ont recommandé six mesures correctives, dont quatre à portée individuelle et deux à portée systémique, visant à adapter les soins et les services par l'ajustement professionnel et l'amélioration des communications.

:: TABLEAU 17

TYPES DE MESURES CORRECTIVES SELON LES CATÉGORIES DE MOTIFS (ME)

TYPES DE MESURES CORRECTIVES	DOSSIERS DE PLAINTE										
	CATÉGORIES DE MOTIFS										
	Accessibilité	Aspect financier	Droits particuliers	Organisation du milieu et ressources matérielles	Relations interpersonnelles	Soins et services dispensés	Autres	TOTAL	POURCENTAGE	2012-2013	PROPORTION
À PORTÉE INDIVIDUELLE								A		B	A/B
Adaptation des soins et des services	2	0	0	0	2	9	0	13			
Adaptation du milieu et de l'environnement	0	0	0	0	1	0	0	1			
Conciliation / intercession / médiation / liaison / précision / explication	0	0	0	0	2	0	0	2			
Information / sensibilisation d'un intervenant	1	0	1	0	15	6	0	23			
Obtention des services	0	0	0	0	1	1	0	2			
SOUS -TOTAL	3	0	1	0	21	16	0	41	66 %	33	1,24
À PORTÉE SYSTÉMATIQUE								A		B	A/B
Adaptation des soins et des services	4	0	0	0	2	5	0	11			
Adaptation du milieu et de l'environnement	0	0	0	0	1	2	0	3			
Adoption / révision / application de règles et procédures	2	0	0	0	1	4	0	7			
SOUS -TOTAL	6	0	0	0	4	11	0	21	34 %	17	1,24
TOTAL	9	0	1	0	25	27	0	62		50	1,24



7

Chapitre 7 DROITS DES USAGERS – COLLABORATIONS ESSENTIELLES

7.1 COLLABORATION ET PARTENARIAT

:: COMITÉS DES USAGERS ET DE RÉSIDENTS

On ne peut passer sous silence la contribution indéniable des membres des comités des usagers et de résidents à la promotion et au respect des droits. Ces personnes sont des sources de référence pour d'autres usagers et usagères qui utilisent les services des établissements du réseau, en plus de contribuer au soutien d'activités planifiées dans les établissements afin de promouvoir les droits des usagers et des usagères. Leur contribution est également appréciée dans l'organisation d'activités pendant la Semaine régionale de promotion des droits des usagers et lors de l'organisation des colloques régionaux bisannuels. Notons tout particulièrement la participation aux activités du Comité régional de promotion des droits des usagers des personnes représentant le comité des usagers du Centre de réadaptation Estrie inc., du Centre de santé et de services sociaux (CSSS)-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke et du CHUS.

:: PARTENAIRES COMMUNAUTAIRES

La promotion, la défense et le respect des droits des usagers et des usagères, ainsi que l'assistance et l'accompagnement, s'appuient sur la contribution essentielle de partenaires communautaires, soit Pro-Def Estrie et le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes de l'Estrie. Ces organismes offrent des services aux personnes ayant besoin d'être assistées et accompagnées pour défendre leurs droits ou porter plainte. De plus, leur contribution est tangible en tant que membres du Comité régional de promotion des droits des usagers ainsi que pour l'élaboration et l'organisation des activités prévues dans les différents plans d'action visant à promouvoir les droits des usagers et des usagères.

:: COMITÉ RÉGIONAL DE PROMOTION DES DROITS DES USAGERS

HISTORIQUE

En lien avec les priorités régionales, l'Agence s'est engagée, en 2007-2008, à développer des mécanismes de protection, de promotion et de défense des droits des usagers et des usagères. Pour actualiser cet engagement, un comité régional a été mis sur pied, dont le mandat était de produire et de mettre en œuvre des plans d'action intégrés visant à promouvoir les droits de ces derniers.

Ce comité était composé de personnes représentant les comités des usagers, le Forum de la population, les organismes communautaires, les commissaires aux plaintes et à la qualité des services et le Service de la performance, de la qualité et des communications de l'Agence. Depuis l'amorce des travaux du Comité, trois plans d'action ont été réalisés.

POURSUITE DES ACTIONS DU COMITÉ

Les activités du Comité se sont poursuivies, au cours de l'année, en concordance avec le troisième plan d'action (2013-2015). Ce plan avait pour buts d'assurer la pérennité des actions concertées de promotion des droits des usagers et des usagères et la reconnaissance des responsabilités partagées. Les deux objectifs poursuivis étaient :

- de promouvoir les droits des usagers et des usagères;
- de favoriser une compréhension commune des droits des usagers et des usagères et des responsabilités partagées.

Diverses actions ont été réalisées en 2014-2015. Les établissements et les organismes de la région ont organisé diverses activités de sensibilisation lors de la Semaine régionale de promotion des droits des usagers qui s'est tenue au mois d'octobre 2014. Dans le cadre du colloque régional, tenu au mois d'octobre 2014, le Comité régional de promotion des droits des usagers a conjugué ses actions avec les membres du groupe de travail sur la promotion de la qualité en continu. Cette aventure conjointe a donné lieu à un colloque qui avait pour titre : L'usager au cœur de ses droits, l'usager au cœur de la qualité des services : une responsabilité partagée. À travers les thèmes reliés aux droits des usagers et des usagères et à la qualité des services, le colloque avait comme objectif de souligner l'importance des responsabilités partagées.

LISTE DES DROITS DES USAGERS ET DES USAGÈRES

- Droit d'être traité avec équité, courtoisie et compréhension
- Droit d'être accompagné ou représenté
- Droit de participer aux décisions, de consentir ou de refuser les soins
- Droit de recevoir des services adéquats, sécuritaires et personnalisés
- Droit d'être informé
- Droit d'avoir accès à son dossier, lequel est confidentiel
- Droit de porter plainte
- Droit de recevoir des services en anglais

VISUEL PROMOTIONNEL

- Représentation symbolique de 8 droits d'importance équivalente.
- Amalgame de 8 parties reliées par un point central représentant l'usager et l'usagère, puisque c'est l'usager et l'usagère la raison d'être du service.
- La rondeur des pétales représente la vulnérabilité et l'aspect humain de l'usager et de l'usagère.
- Le violet est une couleur rare à l'état naturel, puisqu'il s'agit d'une combinaison du rouge et du bleu. La plupart des pigments violets sont donc des produits de synthèse, qui représentent bien l'amalgame des droits qui, ensemble, représentent les droits des usagers et des usagères.



L'usager
AU COEUR
DE SES DROITS

- Dans le but de faire une distinction avec l'ensemble des outils promotionnels dans le domaine de la santé, en général, qui sont pour la plupart de couleur bleue, le violet est utilisé comme couleur centrée et distinctive, donc sera plus attirant pour l'utilisateur et l'utilisatrice.
- La diminution de la densité de chaque pétale permet de mettre l'accent sur la variété des 8 droits, certes d'importance équivalente, mais de nature différente.

:: AUTRES COLLABORATEURS

Pour réaliser les activités prévues dans les plans d'action, la participation d'autres personnes est essentielle. Notons en particulier les CL, les administrateurs et les administratrices, les gestionnaires des établissements de l'Estrie, les membres des comités des usagers et de résidents, une personne représentant le Forum de la population ainsi que le personnel concerné de l'Agence.

Soulignons tout particulièrement la participation, le soutien et le dynamisme de l'équipe des communications de l'Agence dans la production du matériel promotionnel et dans l'organisation des événements régionaux. C'est grâce aux services de cette équipe que la région de l'Estrie s'est dotée d'une image visuelle qui centre l'utilisateur et l'utilisatrice au cœur de ses droits.

Soulignons également l'engagement de la direction de l'Agence à soutenir les activités des membres du comité régional dans l'actualisation des plans d'action. Ce soutien est essentiel dans la poursuite des buts communs visant à assurer le respect des droits des usagers et des utilisatrices et la promotion des responsabilités partagées.

Enfin, il faut également souligner le soutien des membres de la Table régionale qualité qui a eu la responsabilité de superviser les activités du comité régional. La contribution des membres se manifeste par leur engagement à soutenir les réalisations d'activités dans leur propre milieu de travail et à participer aux activités planifiées par le comité régional.

Sans la contribution de ces personnes collaboratrices, la reconnaissance et le respect des droits des usagers et des utilisatrices auprès de la population estrienne seraient restreints et ne produiraient pas les résultats souhaités, soit l'amélioration de la qualité des services et le respect des droits des usagers et des utilisatrices. Ces objectifs sont atteints par le biais de la sensibilisation aux responsabilités partagées.



8

Chapitre 8 RECOMMANDATIONS À CARACTÈRE SYSTÉMIQUE

8.1 PROCESSUS DE SUIVI DES RECOMMANDATIONS

Au cours des dernières années, le CR a formulé diverses recommandations à caractère systémique dans le but d'améliorer la qualité des services pour l'ensemble des usagers et des usagères. Un processus de suivi du niveau de réalisation de ces recommandations a été instauré, au cours de l'année 2011-2012, afin d'obtenir des renseignements sur les actions réalisées par les différentes instances concernées.

8.2 BILAN DU NIVEAU DE RÉALISATION DES RECOMMANDATIONS

Le bilan reprend chaque recommandation formulée, selon les instances concernées, et présente un résumé des principales actions réalisées au cours de la dernière année (2014-2015). Les instances concernées ont estimé le niveau de réalisation des recommandations qui les concernaient. Le résultat indiqué a été déterminé en calculant la moyenne des niveaux de réalisation estimés par chaque instance. Les recommandations réalisées à 100 % ne sont pas incluses dans le bilan annuel.

CSSS	
RECOMMANDATIONS 2009-2010	Niveau de réalisation
<p><i>Il est recommandé que l'offre de service du réseau de la santé et des services sociaux de la région (CSSS et CHUS) prévoit :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>un mécanisme de suivi de la mise en œuvre des protocoles de collaboration avec les partenaires concernés dans les domaines de la santé mentale et des crises et catastrophes;</i> • <i>la publication de l'information à jour sur les services disponibles du réseau de la santé et des services sociaux;</i> • <i>que les CSSS continuent de porter une attention particulière à la mobilisation et l'implication de leurs partenaires locaux et régionaux aux fins de desservir de façon continue et complémentaire la population de l'Estrie.</i> 	91 %
<p>PRINCIPALES RÉALISATIONS (2014-2015)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poursuite des travaux en collaboration avec les partenaires du réseau dans le cadre de la mise en œuvre des protocoles d'entente. • Publication de l'information sur les services disponibles à jour et accessible. • Structure de concertation du réseau local de services toujours active. 	
RECOMMANDATIONS 2008-2009	Niveau de réalisation
<p><i>Il est recommandé que les CSSS continuent leurs efforts pour trouver un médecin de famille pour toutes les clientèles vulnérables nécessitant une prise en charge médicale et un suivi et sans médecin de famille.</i></p>	97 %
<p>PRINCIPALES RÉALISATIONS (2014-2015)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contacts personnalisés, par courrier, auprès des personnes ayant perdu leur médecin de famille et inscription au système d'information. • Mise en place complétée d'un réseau d'accès intégré au médecin de famille. • Poursuite du projet de responsabilité populationnelle avec les partenaires concernés. 	

Il est recommandé que les usagers et les usagères puissent avoir accès davantage à des services de santé dispensés par des intervenants de première ligne : infirmière, infirmière consultante, infirmière clinicienne en CLSC et en groupe de médecine de famille (GMF), nutritionniste, diététiste et intervenante psychosociale.

94 %

PRINCIPALES RÉALISATIONS (2014-2015)

- Déménagement des médecins en GMF et en clinique médicale.
- Maintien des surcroits de travail, principalement aux soins intensifs.
- Ajouts temporaires d'infirmières cliniciennes et de techniciennes dans les GMF.
- Augmentation des volumes d'activités et réduction des délais d'attente.

Il est recommandé que des mesures de collaboration entre les médecins de famille ainsi que les intervenants et les intervenantes en santé de première ligne soient consolidées et optimisées.

97 %

PRINCIPALES RÉALISATIONS (2014-2015)

- Mise en place d'un support infirmier aux médecins du GMF pour le suivi des femmes enceintes et des enfants 0-5 ans, en conformité avec la trajectoire de services pour les femmes enceintes.
- La structure de concertation médicale en place assure l'optimisation des mécanismes de collaboration avec les services de première ligne.

RECOMMANDATIONS 2007-2008

Niveau de réalisation

Il est recommandé aux CSSS et au CHUS d'effectuer une utilisation judicieuse des services de l'urgence des hôpitaux en :

- Optimisant l'usage du transport ambulancier;
- Développant l'offre de service en première ligne pour des soins médicaux et de services de santé généraux;
- Améliorant l'organisation du retour à la maison pour assurer le suivi clinique des gens vus à l'urgence, principalement les clientèles vulnérables (liaison entre l'urgence et l'équipe de base).

98 %

PRINCIPALES RÉALISATIONS (2014-2015)

- Développement d'un outil afin de faciliter la communication entre les résidences privées pour aînés et la salle d'urgence favorisant ainsi la prise en charge et le retour à la résidence.
- Diffusion d'une grille décisionnelle en lien avec le choix de transport à utiliser.
- Diffusion des dépliants en lien avec la campagne régionale sur l'utilisation des services préhospitaliers.
- Mise en place de mécanismes fonctionnels de transfert d'information de la salle d'urgence et des services de soutien à domicile.
- Révision de la politique sur les transports en véhicule ambulancier.
- Travaux en cours portant sur l'optimisation de l'utilisation des transports en véhicule ambulancier.

ÉTABLISSEMENTS DE L'ESTRIE

RECOMMANDATIONS 2009-2010

Niveau de réalisation

Il est recommandé:

- que le personnel ait accès aux mesures de soutien administratif et d'encadrement clinique nécessaires afin de mieux répondre aux besoins des usagers et des usagères dans la dispensation des services.
- que les activités de formation dédiées au personnel du réseau prévoient le développement des connaissances et des habiletés sur les thèmes :
 - o de l'écoute des besoins
 - o du respect des droits
 - o de l'information clinique
 - o de la gestion des comportements violents des usagers et des usagères.

98 %

PRINCIPALES RÉALISATIONS (2014-2015)

- Finalisation du projet d'organisation du travail en lien avec l'intervention auprès de clientèles avec un trouble grave du comportement.
- Planification de rencontres entre le service de l'accueil psychosocial et l'urgence afin de convenir de moyens pour améliorer la collaboration.
- Production d'un cadre de référence pour l'accueil, l'intégration et la supervision du personnel.
- Distribution d'une pochette d'information à tous les usagers et les usagères.
- Distribution d'un dépliant d'information concernant les services disponibles dans le parcours de l'utilisateur et l'utilisatrice.
- Implication des membres du comité des usagers pour valider des décisions organisationnelles qui les concernent directement.
- Mise en place d'un mécanisme de formation continue pour la formation OMEGA (gestion des comportements violents) et pour le modèle Planetree.
- Poursuite des activités d'encadrement clinique par une spécialiste.
- Consolidation des postes professionnels dans les unités d'hébergement.
- Implantation du programme IPT (Integrated Psychological Therapy) pour la clientèle en santé mentale.
- Diffusion d'un programme de formation en TCC (thérapie cognitivo-comportementale).
- Formation d'une formatrice pour diffuser une formation destinée aux personnes présentant des troubles graves de comportement.
- Finalisation des travaux d'élaboration d'un modèle portant sur l'encadrement et le soutien clinique.

RECOMMANDATIONS 2007-2008

Niveau de réalisation

Il est recommandé de valoriser la confidentialité des services à la clientèle en impliquant le personnel dans la mise à jour, la diffusion et la mise en place d'un code d'éthique dans chaque établissement.

99 %

PRINCIPALES RÉALISATIONS (2014-2015)

- Diffusion du Code d'éthique auprès du personnel à compléter.

Conclusion

L'ensemble des activités réalisées au cours de l'exercice 2014-2015, dans le cadre de l'application du régime d'examen des plaintes, nous permet d'identifier une zone plus vulnérable de notre système de santé et de services sociaux, qui nécessite une attention particulière afin d'améliorer le niveau de satisfaction de la clientèle :

- les soins et les services dispensés, plus spécifiquement en centre hospitalier.

Cette zone de vulnérabilité nécessite des efforts soutenus de la part de toutes les personnes impliquées pour adapter les soins et les services dans tous les secteurs d'activités. Ces améliorations doivent se concentrer sur :

- l'adaptation des soins et des services par le biais de l'encadrement ou de la sensibilisation du personnel.

Nous souhaitons que tous les acteurs et les actrices concernés dans la distribution de services aux usagers et aux usagères identifient des priorités d'actions locales tenant compte de cette cible à améliorer. Ces pistes d'actions permettront ainsi de poursuivre les améliorations souhaitées pour élever le niveau de satisfaction de la clientèle, dans le cadre d'un processus d'amélioration continue.

Nous constatons toutefois que les administrateurs et les administratrices, les gestionnaires et l'ensemble du personnel concerné, tous impliqués dans l'organisation et la distribution des services auprès de la clientèle, démontrent un engagement à relever de tels défis. Cet engagement se constate en partie dans la nature du suivi accordé aux recommandations à caractère systémique formulées au cours des dernières années.

Par ailleurs, les actions réalisées dans le passé en matière de promotion des droits des usagers et des usagères ont contribué à éveiller le niveau de conscience des usagers et des usagères et de leurs proches. Par la même occasion, ces efforts continus ont sensibilisé tous les acteurs et les actrices concernés sur la nécessité d'assurer le respect de ces droits et de s'engager dans un processus d'amélioration continue de la qualité des services. Cette conscientisation se constate, d'une part par l'utilisation croissante des mécanismes prévus dans le régime d'examen des plaintes. D'autre part, les actions entreprises par les acteurs et les actrices du réseau démontrent une préoccupation constante pour le respect des droits des usagers et des usagères et l'amélioration de la qualité des services.

Ce n'est que par l'implication et la responsabilisation des usagers et des usagères et des dispensateurs de services que nous pourrons, ensemble, franchir les défis constants de l'amélioration de la qualité des services et le respect des droits des usagers et des usagères actuels et futurs.



ANNEXE 1
MESURES D'AMÉLIORATION SELON
LA CATÉGORIE D'INSTANCE
ET LES MOTIFS D'INSATISFACTION

MOTIFS	CATÉGORIES DE MESURES	MESURES D'AMÉLIORATION
ORGANISMES COMMUNAUTAIRES - 1 DOSSIER - 3 MESURES		
Accessibilité	Communication/promotion	Préciser les heures d'accessibilité du local et en informer les personnes utilisatrices.
Soins et services dispensés	Amélioration des communications	Préciser les conditions nécessaires pour encadrer les activités spéciales et en informer les personnes utilisatrices.
	Encadrement des intervenants	Élaborer un plan d'action visant à encadrer efficacement les activités de répit.
RÉSEAU - 1 DOSSIER - 2 MESURES		
Relations interpersonnelles	Autres	Rédiger des lignes directrices sur l'utilisation du courrier électronique.
RÉSIDENCES PRIVÉES POUR ÂÎNÉS - 23 DOSSIERS - 46 MESURES		
Aspect financier	Ajustement financier	Ajuster les frais chargés pour le loyer.
		Rembourser les montants perçus en trop pour les soins personnels et la location du logement.
		Rembourser les frais chargés en trop pour le loyer à la suite du départ de la résidente.
	Autres	Modifier la date de production des rapports de dépenses à transmettre pour respecter l'échéancier du CLSC.
	Protocole clinique ou administratif	Mettre en place un système de comptabilité détaillé pour chaque résident.
Droits particuliers	Ajustement des activités professionnelles	Transmettre une directive au personnel concerné autorisant le transfert d'appels de la part des services correctionnels.
	Autres	Assurer une réponse diligente aux appels téléphoniques.
	Protocole clinique ou administratif	Affichage d'une directive précisant que l'usage du français entre employés est requis devant les résidents.
	Respect des droits	Autoriser l'utilisation du fauteuil roulant dans la salle à manger.
Organisation du milieu et ressources matérielles	Ajustement des activités professionnelles	Élaborer un plan d'action pour améliorer les services alimentaires.
	Ajustement technique et matériel	Inspecter le système d'appel à l'aide.
		S'assurer que les trousseaux de premiers soins sont complètes et réservées à l'usage du personnel.
		Installer des nouveaux téléphones au troisième étage.

MOTIFS	CATÉGORIES DE MESURES	MESURES D'AMÉLIORATION
RÉSIDENCES PRIVÉES POUR ÂÎNÉS - 23 DOSSIERS - 46 MESURES		
Organisation du milieu et ressources matérielles	Ajustement technique et matériel	Réparer la robinetterie du bain.
		S'engager à ajouter de la semence, au printemps, pour aider à absorber l'eau.
		Reprogrammer le système téléphonique.
		Changer le réservoir à eau chaude desservant le secteur de logement concerné.
	Amélioration des mesures de sécurité et protection	Modifier la configuration du système d'appel à l'aide et du mobilier des logements.
		Assurer le fonctionnement du système d'appel à l'aide dans le logement.
		Assurer le déneigement des accès extérieurs de la résidence.
	Autres	Compléter l'annexe détaillée portant sur le coût des services offerts.
		Couvrir la nourriture laissée sur le comptoir.
	Communication/promotion	Ajouter au Guide d'accueil l'information concernant l'absence de serrures de portes dans l'unité de soins évolutifs.
	Évaluation des besoins	Distribuer un sondage de satisfaction portant sur les services alimentaires.
	Information et sensibilisation des intervenants	Sensibiliser le personnel de la résidence sur l'importance de sécuriser les effets personnels des résidents.
	Politiques et règlements	S'assurer que la résidence respecte les normes et les critères exigés concernant le système d'appel à l'aide, l'entretien ménager et l'entreposage de la médication.
		Afficher sur un tableau le calendrier des activités mensuelles.
		Assurer le respect des exigences relatives au plan de sécurité incendie.
Offrir un soutien individuel à la propriétaire pour compléter l'annexe détaillée selon les exigences.		
Distribuer une lettre à tous les locataires leur rappelant le règlement interdisant de nourrir les animaux sous peine de conséquence.		
Afficher une copie supplémentaire du menu dans la salle à manger.		

MOTIFS	CATÉGORIES DE MESURES	MESURES D'AMÉLIORATION
RÉSIDENCES PRIVÉES POUR ÂÎNÉS - 23 DOSSIERS - 46 MESURES		
Organisation du milieu et ressources matérielles	Politiques et règlements	Aviser par écrit les résidents de l'obligation de respecter le règlement de la résidence portant sur l'usage du tabac.
		Réaliser un état de situation portant sur les préoccupations entourant l'absence d'une entente type entre les résidences et les CSSS.
		Produire les documents manquants qui doivent être inclus dans le Guide d'accueil de la résidence.
	Protocole clinique ou administratif	S'engager à suivre le cours en hygiène et salubrité dans les meilleurs délais.
		Élaborer et mettre en application un formulaire pour consigner les tâches à faire par les préposées.
		Porter un sarrau exclusif lors des fonctions exécutées dans la cuisine.
Relations interpersonnelles	Politiques et règlements	Afficher, dans la salle de lavage, le Code d'éthique et les règlements relatifs à l'utilisation de la salle de lavage.
	Protocole clinique ou administratif	Mettre en place un mécanisme clair de confirmation de réservation de loyer dans le cadre d'un transfert d'un résident.
Soins et services dispensés	Ajustement des activités professionnelles	Demander aux préposées de vérifier les signes vitaux de base des résidents présentant des problèmes de santé, lors d'inquiétudes transmises par un proche.
		Rappeler à chaque membre du personnel la procédure à suivre pour disposer des médicaments en trop.
		Rappel des consignes à suivre par le personnel affecté aux soins.
	Communication/promotion	Informar les résidents des mesures prévues pour combler les heures d'infirmières auxiliaires.
Protocole clinique ou administratif	Ajouter, dans la description de tâches des préposées, la vérification des signes vitaux de base des résidents présentant des problèmes de santé, lors d'inquiétudes transmises par un proche.	

MOTIFS	CATÉGORIES DE MESURES	MESURES D'AMÉLIORATION
RESSOURCES EN TOXICOMANIE ET EN JEU PATHOLOGIQUE - 5 DOSSIERS - 6 MESURES		
Aspect financier	Ajustement financier	Rembourser le montant chargé en trop.
Relations interpersonnelles	Amélioration des mesures de sécurité et protection	Modifier le code de vie pour préciser la façon de traiter des situations impliquant la consommation de la part d'un résident.
		Préciser les modalités à appliquer lorsque des résidents ou des employés fument à l'intérieur de l'immeuble.
	Politiques et règlements	Préciser dans le contrat de services les modalités qui s'appliquent dans le cadre d'une demande de dépannage alimentaire.
	Protocole clinique ou administratif	Élaborer un formulaire pour préciser et consigner au dossier les motifs d'expulsion d'un résident.
Soins et services dispensés	Amélioration des communications	Élaborer un formulaire pour préciser et consigner au dossier les motifs d'expulsion d'un résident.
SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE - 2 DOSSIERS - 5 MESURES		
Droits particuliers	Encadrement de l'intervenant	Rencontrer les techniciens ambulanciers paramédicaux pour leur rappeler leur obligation de sécuriser les lieux avant de quitter.
Soins et services dispensés	Ajustement professionnel	Imposer une suspension administrative aux techniciens ambulanciers paramédicaux d'une durée de quatre mois.
		Assurer le suivi systématique de toutes les interventions des techniciens ambulanciers paramédicaux pendant un an.
	Respect des droits	Imposer une formation aux techniciens ambulanciers paramédicaux d'une durée de huit heures.
		Vérifier la satisfaction de la clientèle à la suite des interventions réalisées.



L'usager

AU COEUR
DE SES DROITS

