



RAPPORT ANNUEL
sur l'application de la procédure
d'examen des plaintes et l'amélioration
de la qualité des services

2015-2016

Hélène Bousquet
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services
Août 2016

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|----|
| INTRODUCTION | 3 |
| FAITS SAILLANTS | 4 |
| <u>PARTIE 1.</u> | |
| BILAN DES ACTIVITÉS DU BUREAU DU COMMISSAIRE AUX PLAINTES - QUALITÉ DES SERVICES | 5 |
| CRÉATION DU BUREAU DU COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES DU CISS DE LAVAL | 6 |
| 1. Mandat | 6 |
| 2. Effectifs alloués | 7 |
| 3. Activités internes..... | 7 |
| 4. Activités externes | 8 |
| 5. Dossiers traités | 9 |
| 5.1. <i>Type de dossiers</i> | 9 |
| 5.2. <i>Portrait de l'ensemble des motifs analysés par type de dossier</i> | 10 |
| 6. Délai de traitement | 10 |
| 6.1. <i>Délai de traitement de l'ensemble des dossiers relevant de la commissaire</i> ... | 10 |
| 7. Sommaire des dossiers..... | 11 |
| 7.1. <i>Plaintes</i> | 11 |
| 7.2. <i>Intervention</i> | 14 |
| 7.3. <i>Assistance</i> | 16 |
| 7.4. <i>Consultation</i> | 17 |
| 7.5. <i>Préoccupations particulières</i> | 17 |
| 8. Plaintes ayant fait l'objet d'un recours au Protecteur du citoyen..... | 18 |
| MESURES PRISES EN VUE D'AMÉLIORER LA SATISFACTION DES USAGERS ET DE FAVORISER LE RESPECT DE LEURS DROITS | 21 |
| 9. Engagements des directions | 21 |
| 10. Recommandations du Bureau du commissaire..... | 23 |
| 11. Recommandations du Protecteur du citoyen | 25 |
| 12. Messages de remerciement | 27 |
| CONCLUSION DE LA COMMISSAIRE | 28 |
| <u>PARTIE 2.</u> | |
| RAPPORT ANNUEL DES MÉDECINS EXAMINATEURS | 29 |
| <u>PARTIE 3.</u> | |
| RAPPORT ANNUEL DU COMITÉ DE RÉVISION | 40 |

INTRODUCTION

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

Conformément aux dispositions de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS), ce rapport couvre l'ensemble des activités de ce Bureau pour la période du 1^{er} avril 2015 au 31 mars 2016. Outre ces activités, il inclut le rapport annuel des médecins examinateurs préparé par le Dre Élisabeth Azuelos ainsi que celui du comité de révision.

L'année 2015-16 a été marquée par une transformation majeure dans le réseau à la suite de l'entrée en vigueur la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux*, notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, c. O-7.2). Cette transformation a engendré des modifications importantes dans l'offre de service aux usagers souhaitant formuler une plainte.

Afin de répondre aux objectifs de cette loi et des directives ministérielles afférentes, l'établissement devait s'assurer du respect des droits de ses usagers en développant des mécanismes de protection, de promotion et de défenses de ces droits, le tout sans aucun bris de service ou interruption dans l'accueil et le traitement des plaintes et en maintenant l'accès à un commissaire dans chaque installation.

Arrivée en poste en juin 2015, soucieuse des attentes ministérielles et des besoins de la clientèle, j'ai procédé immédiatement à l'élaboration et à la mise en place d'un système optimal, fluide, performant et efficient de traitement des plaintes et des insatisfactions et ce, pour l'ensemble des usagers du CISSS de Laval, toutes missions et installations confondues.

Ainsi fut constitué le Bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CISSS de Laval. Composé de la commissaire, assistée d'une commissaire-adjointe, de trois conseillers, deux médecins examinateurs et deux soutiens cléricaux, ce nouveau bureau unifié, regroupant l'ensemble de ces personnes sous un même toit, est devenu le lieu unique où les usagers de toute provenance allaient dorénavant s'adresser en cas d'insatisfactions ou de questionnements à l'égard de leurs droits.

Cette centralisation des services a non seulement amélioré le parcours client, mais a permis l'harmonisation des pratiques, la standardisation des outils et méthodes de travail ainsi que le regroupement de l'expertise du personnel dédié.

C'est avec fierté que je vous présente, au terme de cette première année, les résultats de cette transformation.

FAITS SAILLANTS

BILAN DES ACTIVITÉS DU BUREAU DU COMMISSAIRE :

1. Réorganisation des activités entourant l'application du régime d'examen des plaintes
2. Création d'un bureau unifié de réception et de traitement des plaintes pour l'ensemble des installations du CISSS
3. Élaboration d'une procédure unifiée de traitement des plaintes pour l'ensemble des installations
4. Participation active à la mise sur pied du comité de révision des plaintes médicales
5. Plus de 110 activités de promotion des droits ou du régime d'examen des plaintes
6. 1 707 dossiers traités par le Bureau du commissaire
7. 55 % réglées le jour même
8. 727 motifs de plainte analysés, dont 96 de nature médicale
9. 80 % des plaintes conclues dans le délai prévu
10. Seuls 19 dossiers de plaintes ont fait l'objet d'un recours au Protecteur des usagers. Les conclusions des commissaires ont été confirmées dans 7 de ces dossiers.
11. 274 mesures d'amélioration mises en place ou suggérées

RAPPORT ANNUEL DES MÉDECINS EXAMINATEURS :

12. 65 plaintes médicales traitées
13. 96 motifs de plaintes analysés
14. 14 % des dossiers conclues dans le délai prévu
15. 23 recommandations

RAPPORT ANNUEL DU COMITÉ DE RÉVISION :

16. Mise sur pied du nouveau comité

PARTIE 1.

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

CRÉATION DU BUREAU DU COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES DU CISSS DE LAVAL

1. Mandat

Dans ce contexte de changement majeur à la suite de la fusion et l'intégration de l'ensemble des établissements, installations et missions, la commissaire aux plaintes et à la qualité du CISSS de Laval devenait dorénavant responsable de s'assurer que :

1. les appels, demandes d'assistance, plaintes ou toutes autres demandes de toutes provenances confondues (CH, CJ, CRDITED, DP, CLSC, CHSLD, etc.)¹, soient traitées de façon diligente et conformément aux dispositions toujours 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'ajoutait également le mandat régional, autrefois exercé par le commissaire régional de Laval. Ainsi, la commissaire du CISSS de Laval devenait aussi responsable du traitement des plaintes de toute personne du territoire lavallois :

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

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

- assurer la promotion de l'indépendance de son rôle;
- diffuser l'information sur les droits et les obligations des usagers et sur le code d'éthique;
- assurer la promotion du régime d'examen des plaintes;
- 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;

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

- 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.

Lui ont aussi été confiés les mandats suivants :

1. recrutement, coordination et formation des médecins examinateurs responsables d'examiner les plaintes visant un membre du CMDP (Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens) de l'établissement;
2. mise sur pied du comité de révision des plaintes médicales.

2. Effectifs alloués

Afin de réaliser l'ensemble de ces mandats, l'administration a, en octobre 2015, alloué à la commissaire et à la commissaire-adjointe, outre 2 soutiens cléricaux à partager avec les médecins examinateurs, l'aide de 3 conseillers.

3. Activités internes

Parmi les responsabilités qui lui sont dévolues par la loi, la commissaire se doit d'assurer l'indépendance de son rôle, diffuser l'information sur les droits et obligations des usagers, sur le code d'éthique, et assurer la promotion du régime d'examen des plaintes.

Plus de **110 activités** à ce chapitre ont été réalisées durant la dernière année, notamment :

- élaboration d'une nouvelle procédure unifiée d'examen des plaintes pour l'ensemble des missions et installations du CISSS de Laval;
- présentation du Bureau et de son rôle et fonctionnement aux directeurs et à l'ensemble des cadres;
- promotion du rôle et du régime d'examen des plaintes auprès de différentes instances dont la rencontre du personnel de l'urgence (3 quarts de travail);
- rencontre et collaboration avec différents comités des usagers et comités de résidents;
- participation à la mise sur pied du nouveau comité de révision des plaintes médicales;
- présentation du rapport annuel 2014-2015 sur l'application du régime d'examen des plaintes du CSSS de Laval et de l'Agence de santé et services sociaux de Laval aux membres du conseil d'administration;
- participation aux rencontres bilans et de suivi de diverses visites ministérielles et d'agrément.

Quant aux activités de promotion du nouveau code d'éthique du CISSS de Laval, elles se feront, en concertation avec le service des ressources humaines, suivant son élaboration et son adoption dans les mois à venir.

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.

Entre autres, elle a au cours de l'année participé à une formation juridique sur les personnes vulnérables.

Elle est aussi membre du :

- Barreau du Québec
- Forum des ombudsmans canadiens
- Regroupement des commissaires aux plaintes du Grand Montréal
- Association provinciale des commissaires aux plaintes et à la qualité des services

PORTRAIT DES DOSSIERS TRAITÉS

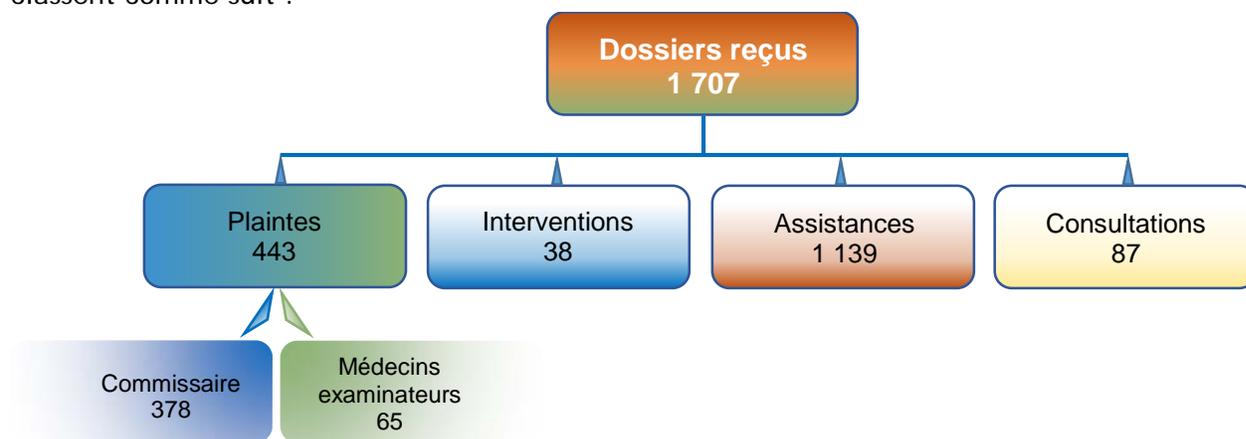
Ce bilan représente l'ensemble des activités réalisées par l'équipe du Bureau du commissaire.

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. Dossiers traités

5.1. Type de dossiers

Le Bureau du commissaire a traité, durant cette période, 1 707 dossiers. Ces dossiers se classent comme suit :



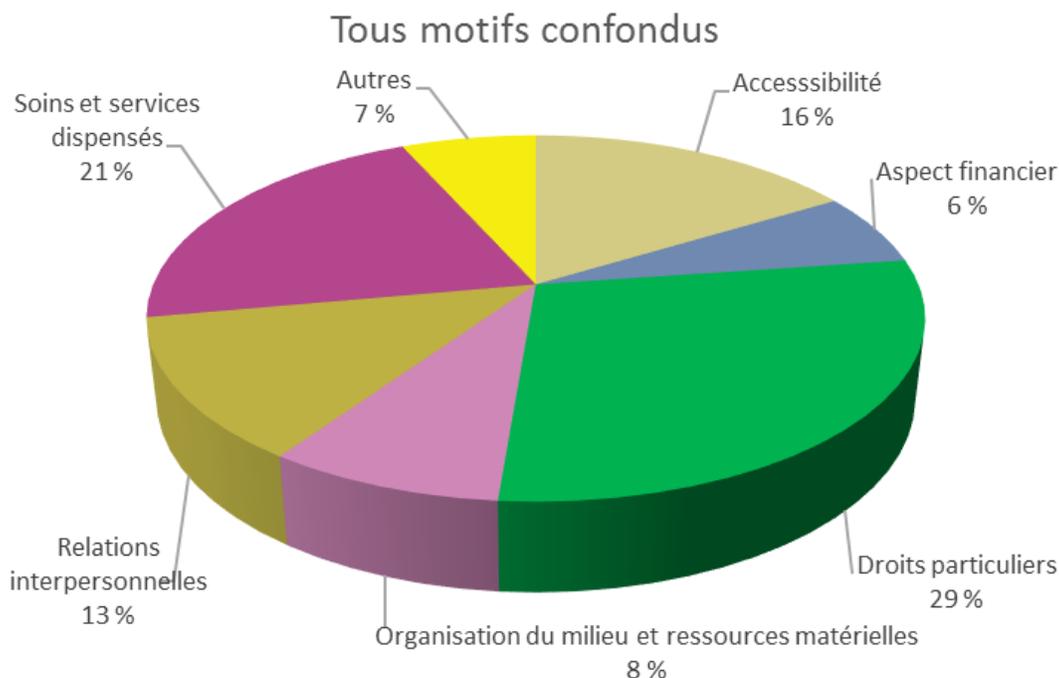
En comparaison, les commissaires locaux de chaque établissement et le commissaire régional avaient traités, durant l'année 2014-2015, 1 871 dossiers. L'année 2015-2016 enregistre donc une baisse de 8,8 % de dossiers traités, toutes missions confondues.

Ces dossiers se répartissent comme suit :

| Installations | Nombre de dossiers traités | |
|------------------------------|----------------------------|--------------|
| | 2014-2015 | 2015-2016 |
| CSSS | 1 497 | 1 434 |
| Régionale | 157 | 97 |
| CRDI-TED | 33 | 36 |
| HJR | 47 | 8 |
| Centre Jeunesse & Dépendance | 137 | 132 |
| TOTAL | 1 871 | 1 707 |

Suivant la modification récente de la base nationale de données, les futurs rapports de la soussignée seront en accord avec la nouvelle structure du CISSS, soit par direction plutôt que par installation.

5.2. Portrait de l'ensemble des motifs analysés par type de dossier



| | Acces. | Finan. | Droits | Organ. | Relat. | Soins | Autres |
|--------------------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|--------|
| Plaintes | 19 % | 8 % | 8 % | 13 % | 22 % | 27 % | 3 % |
| Interventions | 3 % | 3 % | 12 % | 18 % | 18 % | 39 % | 7 % |
| Plaintes médicales | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % | 45 % | 55 % | 0 % |
| Assistances | 17 % | 6 % | 42 % | 6 % | 5 % | 15 % | 9 % |

6. Délai de traitement

Le Bureau se fait un devoir de s'assurer que toute personne s'adressant à lui soit rappelée le plus tôt possible, la plupart du temps le jour même. De cette façon, il réussit à préserver un court délai de traitement et ainsi éviter les conséquences potentielles d'un retard à intervenir.

6.1. Délai de traitement de l'ensemble des dossiers relevant de la commissaire

Sur les 1707 dossiers reçus, 65 ont été transférés pour examen au médecin examinateur. Les 1 642 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 | 904 | 55 % |
| 2 à 45 jours | 645 | 39 % |
| Plus de 45 jours | 93 | 6 % |
| TOTAL | 1 642 | 100 % |

7. Sommaire des dossiers

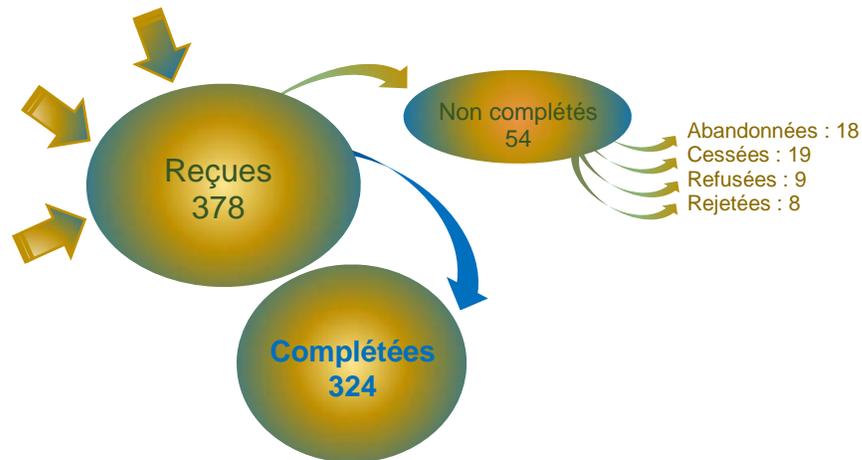
Les dossiers reçus au Bureau se classent parmi l'une ou l'autre des catégories suivantes : plainte, plainte médicale, assistance, intervention ou consultation.

7.1. Plaintes

L'utilisateur ou son représentant porte plainte au commissaire lorsqu'il est insatisfait des services qu'il a reçus, aurait dû recevoir, reçoit ou requiert.

7.1.1. Sommaire du traitement des plaintes

Parmi les 378 dossiers soumis, l'étude de 54 d'entre eux n'a pas été complétée, tel qu'en fait foi le tableau suivant, soit parce que le plaignant n'était pas l'utilisateur, qu'il y avait absence de son consentement, que la plainte était frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi ou encore suivant l'abandon de la démarche par le plaignant.



| Niveau de traitement | Plaintes reçues | Rejetées sur examen sommaire | Abandonnées | Traitement refusé / interrompu | Traitement complété |
|----------------------|-----------------|------------------------------|-------------|--------------------------------|---------------------|
| Total | 378 | 8 | 18 | 28 | 324 |

7.1.2. 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 le délai attendu. Le pourcentage figurant ci-bas traduit bien la philosophie privilégiée au Bureau.

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

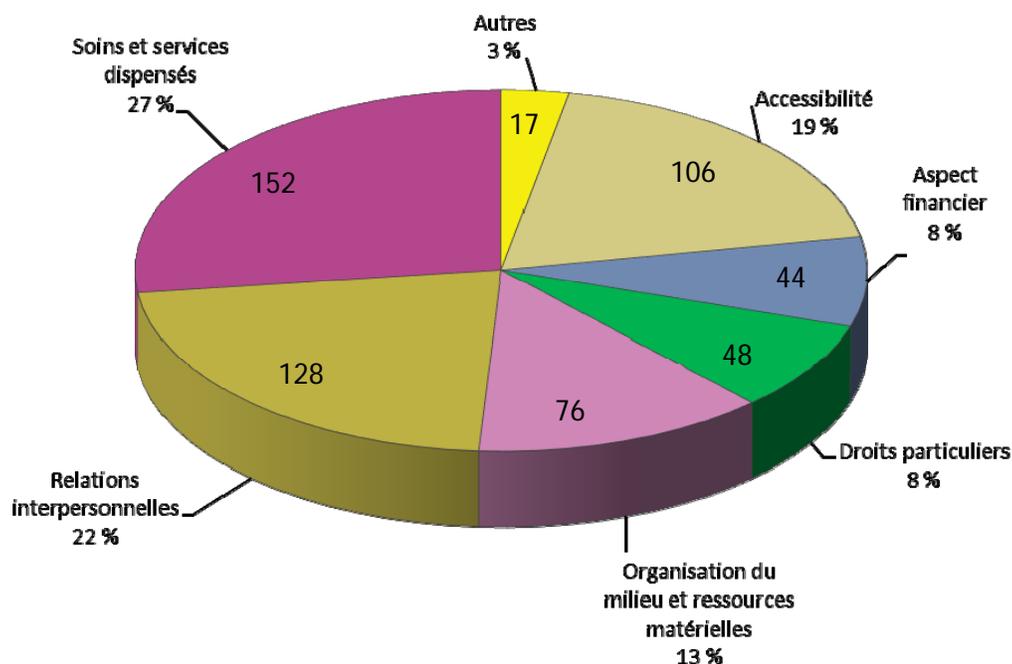
Lorsqu'une telle situation se présente, le plaignant en est toujours informé ainsi que de son droit de recourir s'il le souhaite au Protecteur du citoyen tel que prévu à la loi. Aucun des plaignants ne s'en est prévalu.

| Délai d'examen | Nombre de dossiers | Proportion |
|-------------------|--------------------|--------------|
| Moins de 45 jours | 301 | 80 % |
| Plus de 45 jours | 77 | 20 % |
| Total | 378 | 100 % |

7.1.3. Sommaire des motifs de plainte

Certaines plaintes contiennent plus d'un motif. Bien que le Bureau ait traité 378 dossiers de plainte, c'est plus de 571 motifs d'insatisfaction qui en réalité ont fait l'objet d'un examen au cours de la période.

Ces motifs se détaillent comme suit :



7.1.4. Sommaire des niveaux de traitement des motifs de plaintes

Suivant l'étude de ces 571 motifs, 280 ont été complétés sans nécessité la prise de mesures particulières. En d'autres termes, leur étude a permis de confirmer l'application des protocoles, procédures ou politiques existants ou que les soins et services ont été prodigués conformément aux attentes et aux droits de l'utilisateur.

| SOMMAIRE DES NIVEAUX DE TRAITEMENT DES MOTIFS DE PLAINTES | Nombre |
|---|------------|
| Traitement des motifs rejetés / abandonnés / refusés | 62 |
| Traitement non complété | 2 |
| Traitement complété sans mesure identifiée | 280 |
| Traitement complété avec mesure identifiée ² | 227 |
| TOTAL | 571 |

7.1.5. Suites données à l'examen

Sommaire des mesures prises

L'étude de 227 de ces motifs a, quant à eux, permis l'application de mesures correctives.

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 mesures² se détaillent comme suit :

| MESURES CORRECTIVES | Nombre | Proportion |
|---|--------|------------|
| Encadrement de l'intervenant | 59 | 25,99 % |
| Information / sensibilisation d'un intervenant | 22 | 9,69 % |
| Ajustement des activités professionnelles | 16 | 7,05 % |
| Obtention de services | 16 | 7,05 % |
| Protocole clinique ou administratif | 16 | 7,05 % |
| Ajustement financier | 15 | 6,61 % |
| Amélioration des communications | 14 | 6,17 % |
| Communication / promotion | 14 | 6,17 % |
| Ajustement technique et matériel | 12 | 5,29 % |
| Autres | 7 | 3,09 % |
| Élaboration / révision / application | 6 | 2,64 % |
| Conciliation / intercession / médiation / liaison / précision / explication | 5 | 2,2 % |
| Politiques et règlements | 5 | 2,2 % |

² Des exemples de ces mesures se retrouvent en page 21, sous *Mesures prises en vue d'améliorer la satisfaction des usagers et de favoriser le respect de leurs droits*

| | | |
|--|------------|--------------|
| Évaluation ou réévaluation des besoins | 4 | 1,76 % |
| Formation / supervision | 4 | 1,76 % |
| Amélioration des mesures de sécurité et protection | 3 | 1,32 % |
| Respect des droits | 3 | 1,32 % |
| Ajout de services ou de ressources humaines | 2 | 0,88 % |
| Amélioration des conditions de vie | 1 | 0,44 % |
| Production de documents | 1 | 0,44 % |
| Réduction du délai | 1 | 0,44 % |
| Relocalisation / transfert d'un usager | 1 | 0,44 % |
| TOTAL | 227 | 100 % |

Sommaire des actions prises

Bien que chaque plainte n'entraîne pas nécessairement la prise de mesures particulières, l'examen de chacun des motifs entraîne néanmoins une action par la commissaire.

Ainsi, pour chacun des motifs étudiés, l'une ou l'autre des actions ci-énumérées a été posée :

- Clarification
- Conciliation
- Intercession / liaison
- Information générale
- Obtention d'un soin ou d'un service
- Démarche d'amélioration

7.2. Intervention

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

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

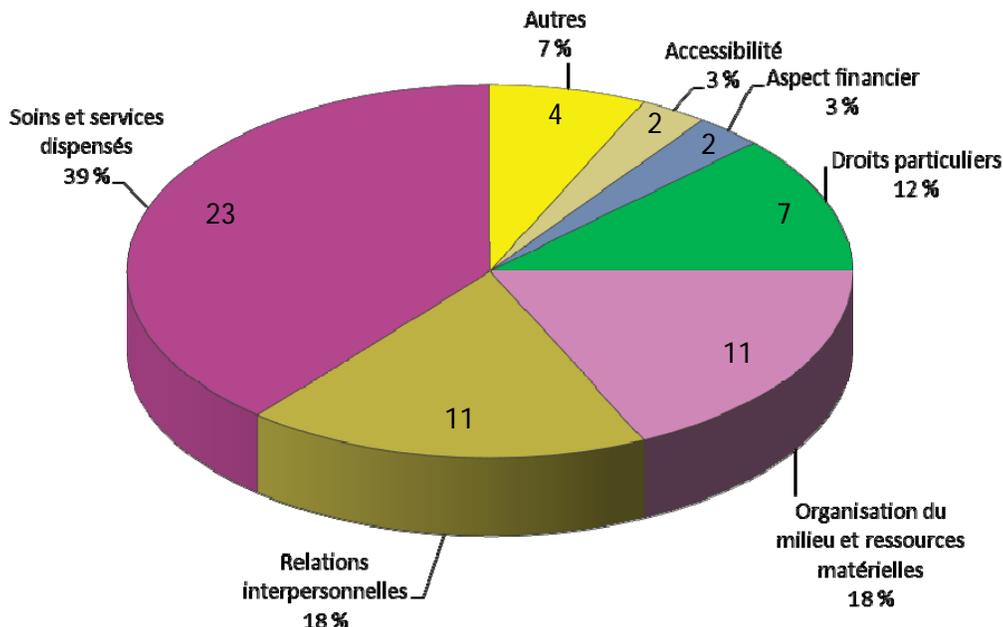
Au total, **38** dossiers d'intervention ont été examinés par le Bureau.

La plupart des signalements proviennent de proches d'usagers qui, n'ayant pas le statut d'usager, ne peuvent par conséquent porter plainte officiellement selon le régime en vigueur.

Certains signalements contenant plus d'un motif, en tout, **60** motifs ont été portés à l'attention de la commissaire au cours de la période

7.2.1. Motifs d'intervention

Ces 60 motifs se détaillent comme suit :



7.2.2. Motifs d'intervention ayant donné lieu à des mesures correctives

Suivant l'étude de ces 60 motifs, 22 d'entre eux ont permis l'application de mesures correctives. Ces mesures ont entraîné soit l'application immédiate d'un correctif, soit l'engagement de la direction concernée à ce faire, soit la formulation d'une recommandation à cette même direction.

Ces mesures³ se détaillent comme suit :

| MESURES CORRECTIVES | Nombre | Proportion |
|--|--------|------------|
| Encadrement des intervenants | 3 | 14 % |
| Ajustement technique et matériel | 3 | 14 % |
| Amélioration des communications | 2 | 9 % |
| Amélioration des mesures de sécurité et protection | 1 | 4,5 % |
| Code d'éthique | 2 | 9 % |
| Protocole clinique ou administratif | 2 | 9 % |
| Formation du personnel | 2 | 9 % |

³ Des exemples de ces mesures se retrouvent en page 21, sous *Mesures prises en vue d'améliorer la satisfaction des usagers et de favoriser le respect de leurs droits*

| | | |
|---|-----------|--------------|
| Ajustement financier | 1 | 4,5 % |
| Ajustement des activités professionnelles | 2 | 9 % |
| Politiques et règlements | 2 | 9 % |
| Communication / promotion | 1 | 4,5 % |
| Élaboration / révision / application | 1 | 4,5 % |
| TOTAL | 22 | 100 % |

7.3. Assistance

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

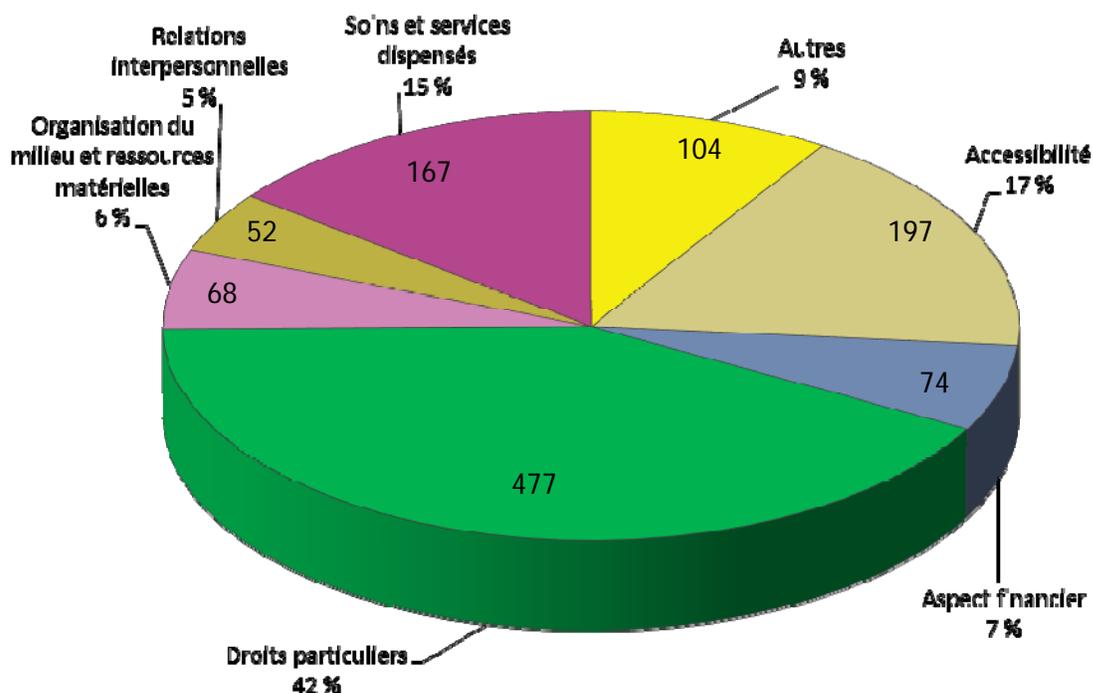
L'assistance est aussi prêtée à toute personne désirant porter à l'attention de la commissaire une situation particulière sans vouloir en porter plainte officiellement. À noter ici l'excellente collaboration des gestionnaires des services en cause. Grâce à eux, l'utilisateur obtient la plupart du temps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

Dans certains cas toutefois, l'étude de la situation entraîne pour la commissaire une série de démarches longues et complexes, similaire à l'étude d'une plainte.

Le Bureau s'est vu adresser 1 139 assistances durant l'année.

| ASSISTANCE | Nombre | Proportion |
|-------------------------------------|--------------|--------------|
| Aide à la formulation d'une plainte | 36 | 3 % |
| Aide concernant un soin / service | 1 103 | 97 % |
| TOTAL | 1 139 | 100 % |

Ces motifs se détaillent comme suit :



7.4. Consultation

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

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

Cette année, au moins 87 personnes ont requis ce service, et ce, sur des sujets divers, dont l'offre de service, l'éthique, les droits particuliers, les comportements déviants de certains usagers, le droit de l'établissement ou du personnel.

7.5. Préoccupations particulières

L'ensemble des activités réalisées au cours de l'exercice 2015-2016, dans le cadre de l'application du régime d'examen des plaintes, nous permet d'identifier certaines composantes qui ont nécessité, ou nécessitent toujours à l'heure actuelle, une attention particulière et la mise en place de mesures d'amélioration des services.

Suivant le nombre important de plaintes à leur égard, suivant le risque qu'ils représentent pour la sécurité des usagers, suivant l'importance de s'assurer en tout temps du respect des droits des usagers, il nous apparaît pertinent de poursuivre les travaux d'amélioration, mis en place ou à venir, à l'égard des soins et/ou services suivants :

- 1) L'offre de service dans les différents centres de prélèvements de façon à en améliorer l'accessibilité, l'organisation et l'attitude du personnel.
- 2) L'offre de service au Département de l'urgence de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé de façon à améliorer le climat de travail, les processus entourant les congés de personnes âgées, l'attitude du personnel attiré au triage.
- 3) L'offre de service au Département de radiologie de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé de façon à favoriser une approche adaptée à la personne âgée, le déplacement sécuritaire des usagers, une approche clientèle adaptée et une documentation adéquate des dossiers des usagers.
- 4) La facturation de frais de chambre a aussi été l'objet de nombreuses plaintes. Tant le Bureau du commissaire que le Protecteur du citoyen ont recommandé des mesures d'amélioration des processus en place aux directions concernées.

Les directions de chacun de ces départements ont procédé (ou nous ont assuré de leur intention) à l'élaboration d'un plan d'action de façon à réduire les insatisfactions nommées par les usagers de ces services en améliorant leur qualité, leur sécurité et leur accessibilité. Cette composante nécessite des efforts soutenus de la part de toutes les personnes impliquées, pour adapter les soins et les services dans les secteurs d'activités visés. Ces améliorations, suivant le plan d'action en élaboration, doivent s'actualiser.

De plus, les personnes âgées représentant un nombre croissant de nos usagers, il est important que le plan d'approche personnalisé, déjà existant à leur égard, soit idéalement étendu à l'ensemble des soins et services leur étant prodigués.

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, parmi les 378 dossiers de plaintes traitées par le Bureau, seuls 19 ont fait l'objet d'un recours par le plaignant au Protecteur du citoyen.

Lorsque le Protecteur est saisi d'une telle demande, il en évalue dans un premier temps le bien-fondé et décide de l'orientation à y donner.

Les motifs de plainte ayant fait l'objet d'un recours se détaillent comme suit :

| MOTIF(S) DE PLAINTES AU PROTECTEUR | NOMBRE |
|--|-----------|
| Autre | 4 |
| Aspect financier \ Facturation \ À des non-résidents du Québec | 2 |
| Soins et services dispensés \ Décision clinique \ Évaluation et jugement professionnels | 2 |
| Soins et services dispensés \ Traitement / intervention / services (action faite) \ Soins (santé physique) | 2 |
| Soins et services dispensés \ Traitement / intervention / services (action faite) \ Approche thérapeutique | 2 |
| Accessibilité \ Délais \ Rendez-vous \ Autre | 1 |
| Accessibilité \ Délais \ Rendez-vous \ Temps d'attente pour obtenir le rendez-vous | 1 |
| Aspect financier \ Facturation \ De soins et services | 1 |
| Aspect financier \ Frais d'hébergement / placement \ Frais de chambre | 1 |
| Droits particuliers \ Choix de l'établissement \ Découpage territorial | 1 |
| Droits particuliers \ Sécurité \ Du processus de prestation sécuritaire des soins et des services (incident ou accident) \ Non-déclaration | 1 |
| Relations interpersonnelles \ Communication / attitude \ Autre | 1 |
| Relations interpersonnelles \ Communication / attitude \ Manque d'information | 1 |
| Soins et services dispensés \ Continuité \ Arrêt de service | 1 |
| TOTAL | 21 |

Parmi ces 19 dossiers, le Protecteur a procédé à la réétude de 13 d'entre eux. Ce dernier a confirmé les conclusions émises par le Bureau du commissaire pour 7 de ces dossiers. Les 6 autres ont amené la formulation de recommandations au conseil d'administration de l'établissement.

Outre ces 13 dossiers, le Protecteur a finalisé, durant cette période, l'étude de 10 autres dossiers d'années antérieures. La ré-étude de ces 10 dossiers a amené le Protecteur à confirmer, pour 6 d'entre eux, les conclusions émises par le Bureau du commissaire. Les 4 autres ont amené la formulation de recommandations au conseil d'administration de l'établissement.

| | Nombre transmis durant l'année | Nombre antérieurs conclus durant l'année | Total |
|--|--------------------------------|--|-------|
| Dossiers transmis au Protecteur du citoyen | 19 | 10 | 29 |
| Confirmation des conclusions de la commissaire | 7 | 6 | 13 |
| Recommandations au CA (25) | 6 | 4 | 10 |
| En traitement | 6 | 0 | 6 |

Suivant l'étude de l'ensemble de ces dossiers, le Protecteur a acheminé 25 recommandations⁴ au conseil d'administration de l'établissement au cours de l'année.

Ces recommandations visent les motifs suivants :

| Détails des recommandations du Protecteur du citoyen | Nombre |
|--|-----------|
| Soins et services dispensés | 10 |
| Organisation du milieu et des ressources matérielles | 6 |
| Relations interpersonnelles | 4 |
| Aspect financier | 3 |
| Accessibilité | 2 |
| TOTAL | 25 |

⁴ Ces recommandations se retrouvent en page 25, sous *Mesures prises en vue d'améliorer la satisfaction des usagers et de favoriser le respect de leurs droits*

MESURES PRISES EN VUE D'AMÉLIORER LA SATISFACTION DES USAGERS ET DE FAVORISER LE RESPECT DE LEURS DROITS

La loi prévoit que ce rapport doit faire état des mesures correctives recommandées par la commissaire et indiquer les mesures prises en vue d'améliorer la satisfaction des usagers et de favoriser le respect de leurs droits.

Outre les mesures correctives précitées et appliquées généralement à une situation particulière, figurent ici :

- les engagements des directions
- les recommandations de la commissaire
- les recommandations du Protecteur du citoyen
- les messages de remerciement

9. Engagements des directions

Il arrive que la solution, ou la piste d'amélioration des soins ou services, émerge de la direction concernée elle-même durant l'examen de la plainte.

Cette direction inclut alors, dans son suivi au commissaire, les engagements qu'elle entend mettre en place. Ne restera alors qu'au commissaire ainsi qu'au comité de vigilance de s'assurer du suivi de ces engagements.

Voici certains exemples de ces engagements :

La Direction des programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique s'engage à :

- déposer un plan d'action sur les moyens d'appropriation par son personnel du « Guide régional de pratiques inter-établissements en matière de retrait du milieu familial et de placement d'un enfant en vertu de la LSSS »;
- assurer une meilleure connaissance du guide de pratique - révision spéciale pour les enfants placés et suivis au CRDITED de Laval;
- identifier un mécanisme de suivi et de reddition de compte pour tous les jeunes devant faire l'objet d'une révision spéciale;
- identifier un intervenant responsable du suivi et de la reddition de compte des conventions de placement pour la clientèle jeunesse;
- clarifier les notions de consentement et d'inaptitude et distinguer chacune d'elles;
- réaliser un audit de qualité sur la tenue du dossier de l'utilisateur et apporter les correctifs nécessaires, le cas échéant;
- mettre en place des mesures spécifiques à l'égard du personnel dédié aux soins postopératoires à domicile notamment en leur offrant une formation sur une technique de soin méconnue, en leur rappelant leurs responsabilités vis-à-vis la bonne maîtrise des techniques de soin et qu'en cas de doute, de toujours consulter au préalable.

La Direction des services multidisciplinaires s'engage à :

- réviser l'offre de service des ergothérapeutes de la clinique de la main;
- rencontrer et encadrer les intervenants du service de radiologie concernés quant aux attentes et aux responsabilités attendues, notamment, en regard de la dignité et du respect des usagers;
- rappeler à l'ensemble du personnel les mesures préventives des chutes applicables, la politique et les procédures concernant la gestion des événements indésirables;
- offrir à l'ensemble du personnel de la radiologie une formation sur la prévention des chutes;
- établir un corridor de service entre la radiologie et l'urgence afin que la condition médicale des usagers victimes d'accident sur le département soit immédiatement évaluée;
- en collaboration avec la Direction de soutien aux personnes âgées, effectuer un rappel aux équipes de réadaptation et de soins quant à l'importance d'informer un membre de la famille lors de l'attribution d'une marchette à un usager présentant des difficultés cognitives; étudier la problématique d'identification des marchettes et mettre en place les mesures appropriées.

La Direction des services professionnels s'engage à :

- rappeler au personnel infirmier du Département de chirurgie l'importance de bien accueillir et régulièrement réassurer les usagers en attente de l'appel pour la salle d'opération; s'assurer de mettre en tout temps la cloche d'appel à portée de main du patient;
- faire un rappel aux infirmières attirées au triage à l'urgence sur l'attitude attendue, sur l'importance de transmettre à l'utilisateur les informations pertinentes et de façon à le réassurer, sur les règles de la profession entourant les notes au dossier de l'utilisateur;
- suite à une erreur de médicaments, revoir l'événement et instaurer un plan d'action afin d'en éviter la récurrence;
- mettre en place des mesures visant à améliorer la gestion des requêtes médicales du service d'ORL afin d'assurer la fluidité des suivis; s'assurer d'une meilleure communication auprès des partenaires impliqués; faire les démarches nécessaires pour que l'enregistrement des demandes de consultations soit fait dès réception.

La Direction des soins infirmiers s'engage à :

- rappeler au personnel les attentes de l'organisation en termes de crédibilité à accorder à la clientèle oxygène-dépendante à domicile, d'empathie et de respect en tout temps; aviser qu'aucun propos menaçant n'est et ne sera toléré; enfin, lors de situation difficile, rappeler de référer immédiatement le client au gestionnaire;
- s'assurer que les mesures nécessaires soient prises afin que, dorénavant lors de tout transfert hors région, l'utilisateur ou sa famille reçoive les coordonnées de l'organisation qui prendra la relève;

- améliorer les modes de communication avec le service régional d'admission de Montréal afin de s'assurer de l'efficacité des processus pour la clientèle.

La Direction des services techniques s'engage à :

- réviser les méthodes de travail de lavage et d'entretien des vitres et moustiquaires du centre d'hébergement Fernand-Larocque;
- procéder à un nouvel appel d'offres et assurer un suivi plus serré auprès de l'entrepreneur choisi;
- procéder à la réfection du trottoir et l'installation de rampes d'accès pour les personnes à mobilité réduite au centre ambulatoire régional.

10. Recommandations du Bureau du commissaire

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 que plusieurs usagers 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.

Au cours de l'année, 12 recommandations ont été acheminées aux directions concernées.

Ces dernières se résument comme suit :

À l'égard d'un organisme communautaire subventionné par le CISSS de Laval :

À défaut par les résidents d'utiliser les services d'aide à la gestion budgétaire offerts par le CISSS de Laval, élaborer une procédure claire et formelle de dépôt ou de garde de sommes d'argent par le surintendant et la diffuser aux résidents.

À l'égard du service d'oncologie :

Suite au constat d'absence de coordination entre certains services, réviser le fonctionnement de façon transversale quant aux références de services.

À l'égard du soutien à domicile aux personnes handicapées :

Revoir l'ensemble des pénalités imposées aux usagers et leur famille à l'intérieur du programme de soutien à la famille, afin que celles-ci soient plus de l'ordre d'un frais administratif abordable plutôt que d'une lourde pénalité de façon à éviter la privation d'ententes de répit et repos tant attendu.

À l'égard des résidents de ressources d'hébergement :

Élaborer une procédure de communication dans le cadre d'une fermeture de ressource et de transfert d'usagers.

Consigner cette procédure dans le Guide Qualité ressources du CRDITED de Laval.

À l'égard du service de radiologie :

Réviser les pratiques encadrant la réalisation d'examen en radiologie afin d'inclure l'implication des parents/tiers à titre de partenaires soignants.

Procéder à une revue de l'approche thérapeutique des soins aux personnes âgées et à mobilité réduite relativement aux mesures de sécurité et de prévention des chutes, et prendre les mesures correctives nécessaires, le cas échéant.

À l'égard du Département de l'urgence :

Juillet 2015

Rappeler au personnel de toujours transmettre, lors du congé, la feuille sommaire complétée par le médecin, de toujours consigner cette information au dossier, en s'assurant d'inscrire l'identité de la personne à qui ce document est remis.

Lorsqu'un entretien a lieu entre le personnel de l'urgence et la résidence pour personnes âgées où demeure un usager, inscrire au dossier le nom de la personne de la résidence avec qui le contact a été fait, de même que son titre.

Décembre 2015

Revoir l'ensemble des modalités entourant les congés de nuit des personnes âgées à l'urgence de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé.

Élaborer une procédure claire déterminant les rôles et les responsabilités de chaque intervenant, précisant les modalités des communications avec la famille de l'usager et les partenaires et assurant un retour à domicile personnalisé et sécuritaire, dans le respect de leur dignité, leur autonomie et leurs besoins.

11. *Recommandations du Protecteur du citoyen*

Le Protecteur a acheminé 25 recommandations au conseil d'administration de l'établissement au cours de l'année.

Chacune de ces recommandations a fait l'objet d'une étude par la/les direction(s) concerné(es) et a donné lieu à la mise en place de mesure(s) corrective(s) et/ou d'amélioration de la qualité des soins et services offerts.

En outre, fût recommandé :

- d'améliorer la qualité des pratiques d'évaluation des besoins et comportements des usagers afin de s'assurer que ceux-ci soient orientés vers un milieu d'hébergement qui correspond à leur situation; de fournir le soutien requis auprès des usagers qui doivent vivre une démarche d'intégration en milieu d'hébergement de type ressource intermédiaire.
- de rétablir le principe de gratuité des services d'aide domestique pour les usagers dont la situation correspond aux critères établis par la politique de soutien à domicile « *Chez soi : le premier choix* ».
- de réévaluer le besoin de l'utilisateur de recevoir des services d'aide domestique et rétablir le cas échéant, la gratuité de ce service.
- de procéder à la mise à jour du plan de soins d'un jeune hébergé en centre jeunesse, établir un calendrier de ses sorties et objectifs; clarifier le mandat et les rôles des différents intervenants / établir une coordination formelle des services dans le cadre du processus de révision du plan; prendre les moyens requis afin de s'assurer d'une continuité des services, notamment par une plus grande stabilité du personnel assigné à ce dossier.
- de s'assurer que le personnel du service d'endoscopie de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé informe les usagers de l'heure réelle des rendez-vous, mais aussi des raisons pour lesquelles ils doivent se présenter plus tôt; effectuer, avec le personnel concerné, une analyse rétrospective des événements en lien avec la colonoscopie subie par l'utilisateur.
- de donner au personnel infirmier de l'unité du RC nord-est de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé la formation prévue au regard de la gestion de la douleur.
- d'annuler la facture relative aux frais d'hébergement ainsi qu'aux frais de chambre facturés à des usagers; mettre en place une procédure écrite encadrant le personnel à l'accueil concernant les informations nécessaires à transmettre aux usagers ou leurs représentants lorsqu'ils effectuent un choix de chambre; s'assurer que le personnel de l'accueil remplit le formulaire approprié et informe adéquatement les usagers non couverts qui se présentent à l'urgence de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé des frais à acquitter même s'ils refusent de faire le dépôt; faire les modifications nécessaires indiquant la marche à suivre au document de

la norme de pratique de gestion lorsque les usagers non couverts refusent de faire le dépôt.

- d'élaborer, tel qu'indiqué au Guide d'accompagnement du MSSS, un plan de travail pour déploiement de l'accès priorisé aux services spécialisés (APSS) ainsi qu'un échéancier de réalisation.
- de rappeler aux technologues en imagerie médicale de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé de s'assurer que le questionnaire devant être rempli avant un examen l'est adéquatement et qu'il est signé par l'utilisateur; vérifier avec l'utilisateur, l'exactitude des données inscrites sur l'ordonnance afin d'y relever toute erreur et, s'il y a lieu, de prendre les mesures pour obtenir les données manquantes; consulter le dossier médical d'un usager avant d'effectuer tout examen qu'il doit subir; inscrire toute information pertinente au dossier de l'utilisateur en imagerie médicale relative à la préparation à l'examen, à l'administration des médicaments ou substances, au déroulement de l'examen et aux réactions de l'utilisateur; être alerte à toute situation d'urgence et d'interrompre le dispositif d'injection automatique dès l'apparition de symptômes allergiques; collaborer avec les autres intervenants et d'échanger avec eux les renseignements pertinents pour le bien de l'utilisateur; inscrire dans les plus brefs délais toute réaction allergique au dossier de l'utilisateur en imagerie médicale.
- de rappeler au personnel des services de l'urgence et de l'imagerie médicale de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé de déclarer tout incident ou accident le plus tôt possible après l'avoir constaté en utilisant le formulaire Rapport de déclaration d'incident ou d'accident.

12. Messages de remerciement

Le réseau de la santé et des services sociaux faisant régulièrement mauvaise presse, il importe à mon avis de faire savoir aux membres du personnel toute appréciation et/ou information formulée par quiconque et visant la qualité de leur travail.

En effet, des commentaires de reconnaissance sont sans aucun doute la plus grande source de motivation et la plus belle récompense qui soit, que ce soit pour un employé, un professionnel, un gestionnaire ou un médecin.

Ainsi, lorsqu'une personne interpelle le Bureau du commissaire à ce sujet, ce dernier se fait un devoir de non seulement lui faire parvenir l'exemple de réponse suivante, mais aussi de transmettre les marques d'appréciation à la personne visée et/ou à son supérieur. Une autre façon de participer à l'amélioration continue de la qualité des services !

Madame, Monsieur,

Je vous remercie d'avoir eu l'amabilité de nous faire part de votre appréciation des soins que vous avez reçus à *nom de l'installation*. Les commentaires d'usagers constituent un élément essentiel d'encouragement.

La satisfaction de la clientèle se situe au cœur des préoccupations de tous les membres du personnel de notre organisation. En effet, c'est grâce à un effort concerté de l'ensemble du personnel que le CISSS de Laval s'assure d'offrir à ses usagers les meilleurs soins et services possible.

Sachant que des commentaires de reconnaissance comme le vôtre constituent sans aucun doute la plus grande source de motivation et la plus belle récompense qui soit, je m'empresse de le transmettre à l'employé(e) concerné(e) et à son supérieur immédiat.

Veuillez recevoir, Madame, Monsieur, nos cordiales salutations,

Hélène Bousquet
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

CONCLUSION DE LA COMMISSAIRE

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

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

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

Je tiens à remercier Mme France Dumont, commissaire-adjointe, pour le soutien indéfectible apporté, ainsi que l'ensemble de mon personnel pour la qualité de leur travail, leur assiduité et leur loyauté malgré l'ambiguïté entourant le régime d'examen des plaintes.

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



Hélène Bousquet
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

PARTIE 2.

RAPPORT ANNUEL DES MÉDECINS EXAMINATEURS



RAPPORT ANNUEL des médecins examinateurs

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

2015-2016

Élisabeth Azuelos
Médecin examinateur
Août 2016

TABLE DES MATIERES

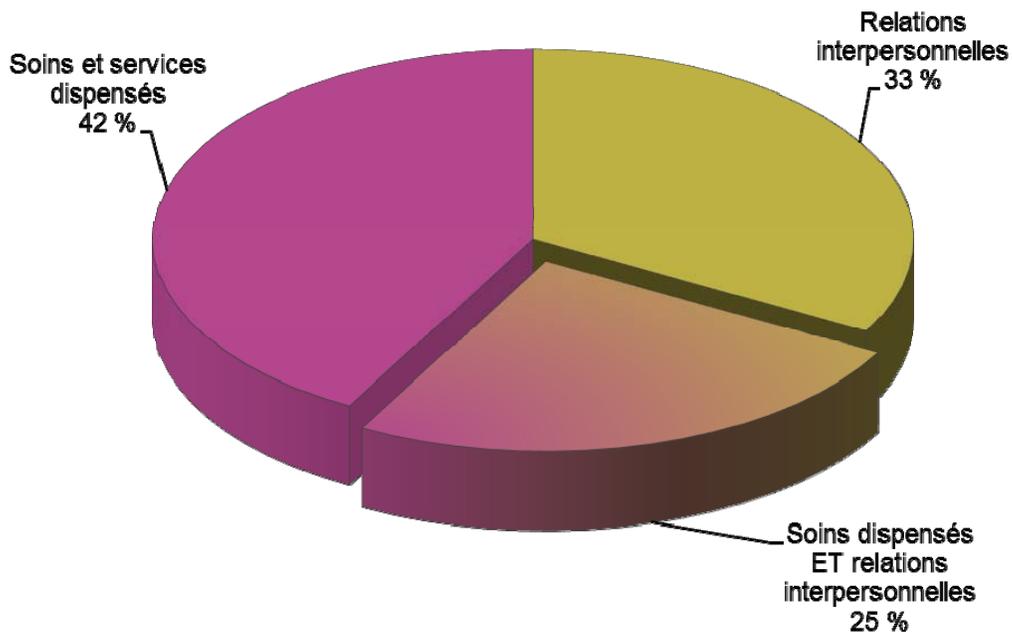
| | |
|--|----|
| FAITS SAILLANTS..... | 32 |
| PRINCIPAUX MOTIFS DE PLAINTES MÉDICALES | 32 |
| RECOMMANDATIONS ET MESURES CORRECTIVES | 33 |
| ENQUÊTES PAR PROGRAMME | 37 |
| ÉVOLUTION DU NOMBRE DE PLAINTES MÉDICALES REÇUES | 38 |
| DÉLAIS D'EXAMEN DES PLAINTES MÉDICALES | 38 |
| INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES..... | 38 |
| PARTICULARITÉS 2015-2016 | 39 |
| PERSPECTIVES 2016-2017 | 39 |

FAITS SAILLANTS

79 plaintes conclues - 88 enquêtes

- 4 plaintes ont été retirées après discussion avec le médecin examinateur;
- 2 plaintes ont été rejetées;
- 1 plainte était non recevable;
- 1 plainte a été abandonnée;
- 5 plaintes ont été dirigées en discipline;
- 3 dossiers ont fait l'objet d'une demande de révision;
- En mars 2015, 23 plaintes datant de 2014-2015 sont en cours d'examen;
- En mars 2016, 4 plaintes datant de 2015-2016 sont en cours d'examen;
- 40 % des enquêtes comportent plus d'un objet de plainte.

PRINCIPAUX MOTIFS DE PLAINTES MÉDICALES



RECOMMANDATIONS ET MESURES CORRECTIVES

- 14 recommandations individuelles ont été déposées dans les dossiers professionnels de 13 médecins. 1 médecin a reçu 2 plaintes avec des recommandations associées;
 - 5 étaient en lien avec la qualité des soins dispensés;
 - 5 concernaient l'attitude et le comportement;
 - 4 étaient mixtes (soins et attitude).
- 9 recommandations à portée systémique ont été formulées.

1. Objet : Manque d'informations concernant les risques de complications opératoires

À la suite d'une plainte, nous avons conclu que le patient a présenté une complication opératoire dont il n'a pas été informé en préopératoire. Nous avons recommandé au chef du Département de chirurgie de rappeler à tous ses membres que ceux-ci doivent informer leurs patients de la nature et de la fréquence des risques opératoires. Conformément aux recommandations émises par l'Association canadienne de protection médicale (ACPM), les complications mineures, mais fréquentes ainsi que les complications graves (même lorsque le risque est faible) doivent faire l'objet d'une discussion entre le médecin et son patient lors du consentement opératoire.

2. Objet : Erreur lors de la prescription de la médication

À la suite de l'examen d'une plainte médicale, nous avons conclu que le patient n'avait pas reçu sa médication usuelle. Nous avons recommandé au président du CMDP de rappeler à tous les médecins :

- de réviser attentivement toutes les pages de la liste des médicaments versée dans le dossier médical car il est possible que le même médicament apparaisse en doses fractionnées sur deux pages distinctes et que ces formulations ne soient pas inscrites l'une à la suite de l'autre.
- que la responsabilité de réviser la liste des médicaments incombe à tous les médecins qui interviennent auprès du patient, qu'il s'agisse du médecin traitant ou de médecins consultants.

3. Objet : Lacunes dans la communication interprofessionnelle

À la suite de l'examen d'une plainte médicale, nous avons relevé des lacunes au niveau de la communication entre les médecins impliqués dans le suivi d'une patiente atteinte d'un cancer du sein, dont la condition clinique globale était complexe. Dans ce dossier, le chirurgien avait soumis le cas de sa patiente au comité des tumeurs. L'hématologue traitant, qui n'avait pas été informé de cette initiative de la part du chirurgien, n'a pas assisté à cette réunion et n'en n'a pas obtenu le compte-rendu, incluant les recommandations émises par les médecins présents. En outre, aucun

radiologue n'était présent lors de cette rencontre durant laquelle l'équipe médicale a recommandé des examens d'imagerie de contrôle dans des délais précis. Un résumé fut néanmoins versé dans le dossier médical de la patiente, celle-ci ayant été directement informée par son chirurgien des recommandations émises.

Nous constatons que pour certains cas d'oncologie particulièrement complexes (cliniques et/ou psychosociaux), la communication et la coordination des soins constituent un véritable défi interdisciplinaire en raison, entre autres, du recours à l'expertise de plusieurs médecins et professionnels. Par conséquent, il devient essentiel d'identifier un intervenant responsable, médecin ou infirmière-pivot, qui assurera, en collaboration avec le patient ou son représentant, la coordination de l'ensemble des soins et les explications relatives au plan de traitement.

Par conséquent, nous recommandons au président du CMDP, en collaboration avec les chefs des spécialités concernées et les gestionnaires du CICL, de se pencher sur ces aspects et de réviser le fonctionnement des comités de tumeurs au CICL. Les questions relatives, d'une part, à l'assiduité des médecins à ces réunions et à la représentation de toutes les disciplines pouvant enrichir la discussion des cas soumis au groupe et, d'autre part, aux modalités de transfert des conclusions et des recommandations émises au terme de ces réunions méritent l'attention des chefs cliniques et des gestionnaires responsables de l'organisation de ces rencontres afin d'optimiser leur impact, notamment comme outil d'aide à la décision.

4. Objet : Omission de la part du médecin de consulter les notes du personnel infirmier

Au moment de signer le congé de son patient, le médecin traitant a reconnu avoir omis de consulter les notes du personnel infirmier dûment consignées dans le dossier. Celles-ci indiquaient que le patient présentait une dyspnée sévère. Dans les heures qui ont suivi le congé, le patient est décédé d'une embolie pulmonaire. À suite de cette plainte, nous avons recommandé au président du CMDP de rappeler à l'ensemble des médecins de consulter systématiquement les notes du personnel infirmier.

5. Objet : Traçabilité des appels aux médecins de garde

À la suite d'une plainte, nous avons appris qu'un médecin de garde avait été signalé à plusieurs reprises par l'urgentologue avant de retourner son appel. Le délai entre le premier signalement et le retour d'appel du médecin était d'une heure quinze minutes. Le médecin a évoqué trois hypothèses pour expliquer ce délai : un oubli de porter son téléavertisseur à la ceinture; un signalement erroné de la part de la centrale des messages; une omission de la part des téléphonistes de communiquer le numéro de téléphone complet de l'hôpital, ne transmettant que le numéro de l'extension (sans inscrire le numéro de l'hôpital) alors qu'il était de garde dans trois hôpitaux ce jour-là. Au terme de notre enquête, nous n'avons pu établir la cause de ce délai avec certitude.

Lorsque nous avons interrogé la centrale téléphonique, celle-ci nous a informés qu'il n'était pas possible de retracer tous les appels faits aux médecins, certains étant transmis directement par les différentes unités ou départements de l'hôpital. Nous avons également appris qu'à la demande du CMDP, un comité de téléphonie avait été

formé et des travaux sont en cours afin d'examiner les modalités d'identification des appels et l'harmonisation des procédures. Nous considérons cette démarche essentielle au maintien de la sécurité et de la qualité des soins et des services et souhaitons obtenir du CMDP un suivi.

6. Objet : Chirurgies majeures de cancers ORL au CISSS de Laval

À la suite d'une plainte, il a été conclu que le patient qui venait de subir une chirurgie majeure (17 heures) pour un cancer ORL est décédé des suites d'une complication très rare : une luxation de sa canule trachéale. En vue de nous assurer de la sécurité et de la qualité des soins, nous recommandons à la Direction générale et à la DSP d'évaluer la faisabilité de ces interventions majeures dans un milieu tel l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé. Il convient de déterminer et de maintenir un volume critique de ces patients, d'assurer le respect des standards de la littérature, incluant la durée de la chirurgie et le taux de ses complications, d'assurer la formation donnée à la fois aux médecins concernés et aux professionnels qui traitent cette clientèle, en ciblant particulièrement le personnel de salle d'opération et celui des soins intensifs. Dans le cadre de notre enquête, la coordonnatrice des activités périopératoires nous a informés du volume d'activités de l'établissement en lien avec ces chirurgies ORL majeures. Selon les statistiques des trois dernières années, dix procédures majeures en ORL ont été réalisées.

7. Objet : Indications du NPO strict

À la suite d'une plainte, nous avons confirmé que la patiente, admise pour une anémie asymptomatique, a présenté dans les heures qui ont suivi la prescription du jeûne strict (NPO), des complications neurologiques sévères consécutives au sevrage du Paxil qu'elle prenait à doses élevées. Nous avons également conclu que la prescription du NPO alimentaire et médicamenteux n'était pas indiquée. Les gastroentérologues interrogés constatent que toute consultation en gastroentérologie émanant de l'urgence est assortie d'une prescription de jeûne strict, incluant la médication usuelle. Les gastroentérologues et les pharmaciens consultés estiment que très peu de conditions cliniques exigent de cesser la médication habituelle des patients.

Par conséquent, et dans le but d'améliorer la qualité des soins, nous recommandons au CMDP qu'un comité ad hoc (incluant urgentologue, pharmacien, gastroentérologue et chirurgien) se penche, d'une part, sur l'indication du jeûne des médicaments, identifiant notamment ceux qui méritent une attention particulière, car leur cessation comporte un risque et, d'autre part, sur les indications du jeûne alimentaire et liquide qui entraîne un inconfort, parfois prolongé et inutile.

8. Objet : Procédure de congé à l'urgence visant la clientèle vulnérable

À la suite d'une plainte, nous avons identifié des lacunes dans la procédure des congés, notamment ceux qui sont donnés de nuit et qui visent les clientèles vulnérables. Le congé du patient a révélé des lacunes majeures au niveau de la communication entre le médecin, le personnel, la famille et la résidence. En outre, nous avons pu constater

qu'il existe un flou au niveau des rôles et des responsabilités du médecin et du personnel infirmier lors du congé donné à l'urgence.

À la suite de cet événement et en tenant compte de l'accroissement considérable de la clientèle très âgée, de sa vulnérabilité et du nombre significatif de congés donnés entre 23 h 00 et 06 h 00, nous estimons que la procédure de congé doit faire l'objet d'une révision pour y inclure le cas spécifique des congés à l'urgence, notamment ceux qui sont donnés au cours de la nuit. Alors que la responsabilité médicale et celle de l'établissement sont distinctes pour les congés des patients admis, il nous paraît souhaitable de se pencher sur la notion de responsabilité partagée pour les patients à l'urgence, surtout lors des congés de nuit chez la clientèle âgée. Puisque ces congés doivent être sécuritaires, il est essentiel d'assurer une parfaite communication entre toutes les parties en cause. Par conséquent, les procédures de congé émanant de l'urgence doivent faire l'objet de mesures spécifiques. À l'instar de la commissaire aux plaintes, nous recommandons à la DSP et au chef du Département de l'urgence de former un comité qui se penchera sur la procédure du congé à l'urgence de même que sur la notion de responsabilité partagée, tout en portant une attention particulière à la clientèle âgée.

9. Objet : Communication entre les médecins de l'urgence lors des transferts, notamment ceux des clientèles vulnérables

À la suite d'une plainte, nous avons identifié des lacunes significatives qui touchent la communication entre les médecins lors des transferts, notamment ceux qui visent les clientèles vulnérables. Dans un contexte où plusieurs urgentologues se succèdent lors d'un épisode de soin, ces médecins détiennent la responsabilité d'assurer une vigilance constante dans leurs communications lors du transfert des patients. Nous recommandons au chef du Département de l'urgence de rappeler à ses membres de bien préciser dans le dossier du patient s'il y a lieu d'obtenir, dans un second temps, des informations complémentaires (auprès d'un proche, du personnel de la résidence, etc.), et ce, dans le but de compléter ou de valider les informations obtenues initialement. En outre, lorsque les informations cliniques semblent incomplètes, les notes des ambulanciers, du personnel infirmier au triage et de celui qui est assigné au patient, doivent être consultées puisqu'elles sont disponibles dans le dossier. Quant au dépôt systématique dans le dossier des informations relatives à la condition du patient et provenant des différents centres ou résidences, il a fait l'objet d'un rappel auprès du chef administratif de l'urgence.

ENQUÊTES PAR PROGRAMME

L'ensemble des plaintes médicales a touché 23 champs de pratique.

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

Direction des services professionnels et hospitaliers : 29

- Urgence : 22
- Radiologie : 1
- Médecine générale : 6

Direction Santé physique (chirurgie) : 19

- Anesthésie : 1
- Ophtalmo : 3
- Plastie : 1
- ORL : 1
- Urologie : 1
- Chirurgie générale : 3
- Chirurgie maxillo-faciale : 1
- Gynéco-obstétrique : 5
- Ortho : 3

Direction Santé physique (médecine) : 10

- Cardiologie : 1
- Pneumologie : 1
- Médecine interne : 1
- Oncologie : 2
- Dermatologie : 1
- Gastro : 4

Direction Services généraux et fonction coordination-liaison : 0

Direction Famille - Enfance - Jeunesse : 2

- Obstétrique omnipratique : 1
- Pédiatrie : 1

Direction Soutien à l'autonomie des personnes âgées : 0

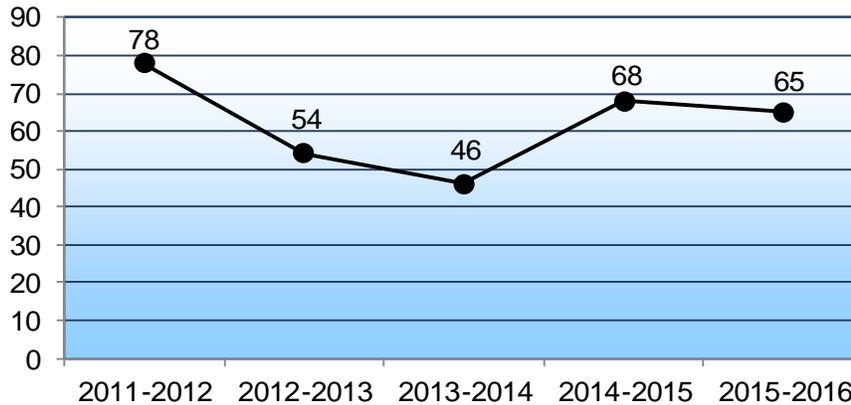
Direction Hébergement : 0

Direction des affaires universitaires, coopératives et de la qualité : 4

- UMF : 1
- CLSC : 3

Direction Santé mentale adulte : 5

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE PLAINTES MÉDICALES REÇUES



DÉLAIS D'EXAMEN DES PLAINTES MÉDICALES

14 % des plaintes ont été traitées à l'intérieur du délai de 45 jours;

8 % des plaintes ont été traitées entre 46 et 60 jours;

19 % des plaintes ont été traitées entre 61 et 90 jours.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

- 13 plaintes ont été déposées à la suite d'une évolution clinique défavorable et de complications majeures.
- 11 plaintes ne visaient aucun médecin. Les plaignants cherchaient à comprendre certains événements et décisions médicales.
- Aucun pharmacien, ni résident n'a fait l'objet d'une plainte.
- 62 médecins ont fait l'objet de plaintes, soit environ 8 % des 757 (d'après le répertoire des membres du CMDP d'avril 2016) médecins exerçants au CISSS de Laval, dont 2 avec 3 plaintes chacun.
- Nous avons recommandé à 2 médecins de suivre la formation du Collège des médecins sur la tenue de dossiers.

- 13 plaintes étaient mixtes, c'est-à-dire qu'elles comportaient un ou des volets non médicaux, lesquels ont été traités par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

PARTICULARITÉS 2015-2016

- Il n'y avait qu'un médecin examinateur à partir de décembre 2015.
- 7 dossiers de plaintes sont actuellement en analyse par les comités de discipline.

PERSPECTIVES 2016-2017

- Présentation du rôle du médecin examinateur aux membres du CMDP.
- Embauche de nouveaux médecins examinateurs afin de stabiliser l'équipe et respecter les délais.

PARTIE 3.

RAPPORT ANNUEL DU COMITÉ DE RÉVISION



RAPPORT ANNUEL du comité de révision

2015-2016

Marie Hélène Desrosiers
Présidente
Août 2016

RAPPORT DU COMITÉ DE RÉVISION

Le comité ayant été démantelé suivant l'adoption 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 (RLRQ, c. O-7.2), ce n'est qu'en début d'année 2016-2017 que le nouveau conseil d'administration du CISSS de Laval a procédé à une nouvelle constitution.

Bien que les membres n'aient pas officiellement siégé durant l'année de référence, plusieurs activités entourant la création et mise en place de ce comité ont eu lieu de façon à en assurer un fonctionnement futur optimal.