

**Rapport annuel 2016-2017
Sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et
l'amélioration de la qualité des services**

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Saguenay-
Lac-Saint-Jean**

Québec 

Production

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
du Saguenay-Lac-Saint-Jean

Rédaction

Sylvie Mailhot, commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Édition et correction

Martine Pilote, attachée administrative, Commissariat aux plaintes et
à la qualité des services

Adopté par le conseil d'administration du Centre intégré universitaire
de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean
le 21 juin 2017

Droit d'auteur : CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean

Dépôt légal-Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017

ISSN 2371-6525 (Imprimé)

ISSN 2371-6533 (En ligne)

Ce document a été imprimé en quantité limitée. Il est disponible en version électronique
sur le site Internet du CIUSSS : www.santesaglac.com



**Rapport annuel 2016-2017
Sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et
l'amélioration de la qualité des services**

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	7
MOT DE LA COMMISSAIRE	8
CHAPITRE 1 – LE RÉGIME D’EXAMEN DES PLAINTES	10
LES ACTEURS DU RÉGIME D’EXAMEN DES PLAINTES	10
NOS VALEURS ET NOS PRINCIPES DIRECTEURS.....	12
LEXIQUE	13
DÉFINITIONS DES MOTIFS DE PLAINTÉ	13
L’accessibilité.....	13
Les soins et services dispensés	13
Les relations interpersonnelles	13
L’organisation du milieu et des ressources matérielles	13
L’aspect financier.....	13
Les droits particuliers	13
DÉFINITIONS DES TYPES DE DOSSIERS	14
Plainte	14
Plainte à caractère médical.....	14
Intervention.....	14
Assistance	14
DÉFINITIONS SE RAPPORTANT AU PROCESSUS DE TRAITEMENT DES DOSSIERS.....	14
Traitement non complété ou complété	14
Dossiers conclus ou fermés.....	14
Mesures à portée individuelle ou systémique	15
CHEMINEMENT D’UNE PLAINTÉ OU D’UNE INSATISFACTION.....	16
CHAPITRE 2 - FAITS SAILLANTS POUR L’EXERCICE DU 1 ^{ER} AVRIL 2016 AU 31 MARS 2017.....	17
CHAPITRE 3 -RAPPORT D’ACTIVITÉS DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES	20
Demandes reçues du 1 ^{er} avril 2016 au 31 mars 2017	20
Répartition des dossiers	21
Origine des dossiers d’intervention.....	23
Délai de traitement.....	23
Motifs de plainte	24
Répartition des motifs avec ou sans mesures correctives.....	25
Mesures correctives et recommandations	26
Dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires.....	27
Demandes d’assistance	28
Dossiers au protecteur du citoyen.....	28
Accompagnement et assistance	29
Autres activités du commissariat aux plaintes et à la qualité des services	29

CONCLUSION	31
CHAPITRE 4 -RAPPORT D'ACTIVITÉS DES MÉDECINS EXAMINATEURS	32
Mot des médecins examinateurs	32
Le régime d'examen des plaintes à caractère médical	32
Bilan des plaintes à caractère médical pour la période 2016-2017	33
Répartition des plaintes à caractère médical selon l'étape et la mission	34
Motifs des plaintes à caractère médical avec ou sans mesure corrective.....	35
Dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires.....	36
Recommandations émises par les médecins examinateurs.....	36
Délai de traitement.....	37
Accompagnement et assistance	37
CHAPITRE 5 - RAPPORT DU COMITÉ DE RÉVISION	38
Mot de la présidente du comité de révision	38
Composition et mandat du comité de révision	38
Membres du comité de révision	39
Nombre de rencontres du comité de révision	39
Nombre de dossiers étudiés par le comité de révision.....	39
Motifs des demandes de révision	40
Conclusions et recommandations du comité de révision	41
Délai de traitement des plaintes.....	41
Qualité de l'assistance extérieure au commissariat.....	42
Annexe I - Exemples de mesures d'amélioration réalisées ou en cours de réalisation basées sur les catégories de motifs d'insatisfaction formulées à la suite de l'examen des plaintes générales et des dossiers d'intervention.	
Annexe II - Exemples de mesures d'amélioration réalisées ou en cours de réalisation basées sur les catégories de motifs d'insatisfaction formulées à la suite de l'examen des plaintes à caractère médical	

TABLEAUX ET GRAPHIQUES

RAPPORT D'ACTIVITÉS DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

- TABLEAU 1 - Bilan comparatif des nouveaux dossiers au cours de l'exercice
- TABLEAU 2 - Répartition des différents types de dossiers reçus au cours de l'exercice selon l'étape de l'examen
- TABLEAU 3 - Répartition des plaintes générales selon les missions ou les instances visées
- TABLEAU 4 - Répartition des dossiers d'intervention selon les missions ou les instances visées
- TABLEAU 5 - Répartition des dossiers de plainte générale et d'intervention selon les missions ou les instances visées
- TABLEAU 6 - Origine de l'intervention dans les dossiers d'intervention
- TABLEAU 7 - Délai de traitement des dossiers de plainte générale conclus au cours de l'exercice
- TABLEAU 8 - Répartition des plaintes générales et des dossiers d'intervention conclus au 1^{er} palier selon le motif
- TABLEAU 9 - État des dossiers de plainte générale conclus au 1^{er} palier selon le niveau de traitement et le motif
- TABLEAU 10 - État des dossiers d'intervention conclus au 1^{er} palier selon le niveau de traitement et le motif
- TABLEAU 11 - Types de mesures selon la catégorie de motifs pour les dossiers de plainte générale dont l'examen a été conclu au 1^{er} palier
- TABLEAU 12 - Types de mesures selon la catégorie de motifs pour les dossiers d'intervention dont l'examen a été conclu au 1^{er} palier
- TABLEAU 13 - État des dossiers de plainte générale et d'intervention transmis pour étude à des fins disciplinaires
- TABLEAU 14 - Demandes d'assistance
- TABLEAU 15 - État des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu au 2^e palier selon le niveau de traitement et le motif
- TABLEAU 16 - Qualité de l'assistance extérieure au commissariat
- TABLEAU 17 - Sommaire des autres fonctions de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services et de son équipe
- GRAPHIQUE 1 - Répartition des nouveaux dossiers de plainte générale et d'intervention selon les missions ou les instances visées

GRAPHIQUE 2 - Répartition des plaintes générales et des dossiers d'intervention conclus au 1^{er} palier selon le motif

RAPPORT D'ACTIVITÉS DU MÉDECIN EXAMINATEUR

TABLEAU 18 - Bilan comparatif des plaintes à caractère médical selon l'étape de l'examen

TABLEAU 19 - Répartition des plaintes médicales selon l'étape de l'examen et la mission

TABLEAU 20 - État des dossiers de plainte médicale conclus au 1^{er} palier selon le niveau de traitement et le motif

TABLEAU 21 - État des dossiers de plainte à caractère médical transmis pour étude à des fins disciplinaires

TABLEAU 22 - État des dossiers de plainte médicale dont l'examen a été conclu au 1^{er} palier selon le motif et la mesure

TABLEAU 23 - Délai de traitement des plaintes médicales conclues au cours de l'exercice

TABLEAU 24 - État des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu selon le type d'assistant

GRAPHIQUE 3 - Répartition des nouveaux dossiers de plainte médicale selon les missions

GRAPHIQUE 4 - Répartition des plaintes médicales dont le traitement a été complété au 1^{er} palier selon le motif

RAPPORT D'ACTIVITÉS DU COMITÉ DE RÉVISION

TABLEAU 25 - Bilan des dossiers orientés au comité de révision selon l'étape de l'examen

TABLEAU 26 - État des dossiers de plainte orientés au comité de révision dont l'examen a été conclu au 1^{er} palier selon le niveau de traitement et le motif

TABLEAU 27 - Conclusions et recommandations du comité de révision

TABLEAU 28 - État des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu selon le délai d'examen

TABLEAU 29 - Qualité de l'assistance extérieure au commissariat

INTRODUCTION

Ce rapport annuel, portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services pour l'exercice 2016-2017, s'inscrit dans une perspective de reddition de comptes au conseil d'administration du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Saguenay–Lac-Saint-Jean conformément aux dispositions applicables de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS). Ainsi, le présent rapport traduit ce qui a été accompli par l'équipe du commissariat aux plaintes et à la qualité des services au cours de la période du 1^{er} avril 2016 au 31 mars 2017. Il témoigne du traitement des plaintes, des interventions et des assistances effectuées au cours de l'exercice. Vous y trouverez également le détail des plaintes traitées durant la même période visant un médecin, un dentiste, un pharmacien ou un résident, ainsi que les dossiers acheminés pour examen en deuxième instance au Protecteur du citoyen et au comité de révision. Des tableaux statistiques apportent d'autres précisions comme la répartition des dossiers selon les missions ou les instances, la répartition des dossiers selon les motifs de plainte et le niveau de traitement, le nombre de dossiers qui se sont conclus avec ou sans mesure, ceux transmis pour étude à des fins disciplinaires, ainsi que les délais de traitement.

Afin de faciliter sa compréhension, nous avons inclus le schéma du processus de traitement d'une plainte ainsi qu'un lexique qui précise les différentes terminologies utilisées dans ce rapport. Lorsque la commissaire aux plaintes et à la qualité des services (CPOS) est citée dans ce document, elle inclut d'office les commissaires adjoints aux plaintes et à la qualité des services (CAPQS).

Le rapport se divise en cinq chapitres. Le premier porte sur les principales composantes du régime d'examen des plaintes. Le deuxième fait un survol de l'exercice à l'étude et y expose les faits saillants des résultats pour l'Établissement. Les chapitres trois et quatre comportent des rapports détaillés des activités réalisées par la commissaire et les médecins examinateurs dans leurs fonctions. Le cinquième présente les résultats des dossiers soumis au comité de révision. Enfin, des exemples de mesures d'amélioration sont fournis en annexe.

Ce rapport a été préparé à partir des données fournies par le logiciel de Système d'information sur la gestion des plaintes et l'amélioration de la qualité des services (SIGPAQS) qui permet l'uniformisation de la présentation des données statistiques des différents établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean étant à sa deuxième année d'opération, il nous a été possible de comparer les résultats du présent exercice avec ceux de l'année antérieure, soit 2015-2016.

MOT DE LA COMMISSAIRE

Pour Malherbe, l'éthique, c'est « le travail que nous consentons à faire les uns avec les autres pour réduire, autant que faire se peut, l'inévitable écart entre nos valeurs pratiquées et nos valeurs affichées »¹. C'est en définitive le sens que nous nous sommes donné dans notre travail : celui de contribuer à faire la différence, celui de laisser une trace positive par nos actions. Ce travail, nous ne pourrions toutefois le faire sans la contribution de plusieurs acteurs que nous côtoyons au quotidien.

À commencer par les usagers, qui en plus d'être notre raison d'être et le centre de nos préoccupations, s'avèrent nos partenaires les plus importants par leur apport d'information. Je tiens à leur exprimer toute ma gratitude, ainsi qu'à leurs représentants, de prendre la peine de nous signaler leurs insatisfactions. Je tiens aussi à remercier l'ensemble du personnel du CIUSSS, tant les directeurs, les chefs de programmes et d'unités, les intervenants, les médecins et tout le personnel soignant et de soutien pour leur collaboration à l'analyse de ces situations et à la mise en place des mesures d'amélioration. Nos enquêtes et nos conclusions ne pourraient être aussi rigoureuses sans la disponibilité et la transparence de ces précieux collaborateurs. Leur contribution est essentielle à la poursuite des actions et des mesures correctives qui peuvent être nécessaires afin d'éviter la récurrence de situations ou de comportements problématiques. C'est à travers l'implication de tout un chacun dans l'objectif commun d'offrir la meilleure qualité de services et de s'assurer de la satisfaction de la clientèle que le travail du commissariat aux plaintes et à la qualité des services prend son véritable sens au sein de l'Établissement.

Je tiens aussi à souligner l'apport très important des médecins examinateurs au sein de notre équipe. Je les remercie pour leur écoute et leur collaboration à bonifier les réflexions cliniques des membres de l'équipe. Le médecin examinateur s'avère un puissant levier de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans l'exercice de son rôle. Par ses conclusions motivées, voire ses recommandations, il peut interpeller les médecins à tous les niveaux de l'organisation, depuis le chef de département jusqu'au conseil d'administration en passant par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP). D'autre part, « l'obligation pour le médecin examinateur de déposer ses conclusions motivées dans le dossier professionnel d'un médecin membre du CMDP faisant l'objet d'une plainte confirme, hors de tout doute, l'importance que le législateur accorde à l'autorégulation par la profession médicale. »²

Et que dire de l'engagement indéfectible des membres de mon équipe, commissaires adjoints, professionnels de recherche et personnel administratif, à faire en sorte que le régime d'examen des plaintes demeure un des leviers significatifs permettant l'amélioration continue de la qualité des services au sein de l'Établissement. Ce présent rapport atteste de leur contribution et de leur souci constant à assurer à tous les usagers et à leurs familles le respect de leurs droits et la qualité des services auxquels ils peuvent légitimement s'attendre.

Merci aux membres des comités des usagers et des résidents qui dirigent à l'occasion la clientèle vers nos services, qui contribuent de multiples façons à la promotion du régime d'examen des plaintes et qui, tout comme notre équipe, se sont dévoués à la cause du respect des droits des usagers et à viser l'amélioration de la qualité des soins et des services.

¹ Malherbe, J.F. (2007). *Sujet de vie ou objet de soins ? Introduction à la pratique de l'éthique clinique*. Montréal, QC : Fides.

² Le Collège des médecins leur a dédié un article en septembre 2015 : Le médecin examinateur : acteur important de l'autorégulation médicale dans les établissements de santé (<http://www.cmg.org/nouvelle/fr/medecin-examinateur-acteur-important-autoregulation-medicale-dans-etablissements-de-sante.aspx>).

En terminant, je tiens à remercier madame Martine Couture, présidente-directrice générale, qui s'est assurée d'apporter tout le support et la collaboration nécessaires aux fonctions de commissaire, et ce, en tout respect de l'indépendance du rôle. Je remercie les membres du conseil d'administration et du comité de vigilance et de la qualité pour leur intérêt en faveur de la qualité des services et du respect des droits des usagers, ainsi que la confiance et le soutien qu'ils nous accordent. Un immense merci également aux membres du comité de révision pour leur disponibilité et leur engagement à traiter avec diligence et professionnalisme en deuxième instance les dossiers de plainte à caractère médical qui leur sont confiés.

Nous vous invitons à prendre connaissance du portrait de l'année 2016-2017 qui se veut le reflet le plus fidèle possible du regard critique que portent les citoyens sur les services qui leur sont rendus.

A handwritten signature in black ink that reads "Sylvie Mailhot".

« Vivre bien, avec et pour autrui, dans des institutions justes ».

Paul Ricœur

CHAPITRE 1 – LE RÉGIME D’EXAMEN DES PLAINTES

La Loi sur les services de santé et les services sociaux consacre les chapitres III à VII de la partie I au régime d’examen des plaintes. Elle détaille le contexte, le mécanisme d’examen, les rôles et fonctions du commissaire et du médecin examinateur, les possibilités d’assistance pour l’usager, ainsi que la tenue des dossiers et le dépôt des rapports.

Ce régime permet à l’usager ou à son représentant insatisfait des services qu’il a reçu ou aurait dû recevoir de s’adresser directement aux commissaires aux plaintes et à la qualité des services. De plus, il offre un deuxième recours à l’usager non satisfait des conclusions obtenues au premier palier ou s’il n’a pas reçu de conclusion dans les délais prévus à la loi (45 jours).

LES ACTEURS DU RÉGIME D’EXAMEN DES PLAINTES

En vertu des pouvoirs qui lui sont dévolus par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, la commissaire aux plaintes et à la qualité des services (CPQS) est responsable envers le conseil d’administration du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leur plainte. Dans ce cadre, la commissaire³ doit assister tout usager qui désire formuler une plainte. Elle accueille toutes les plaintes des usagers concernant les services de santé et les services sociaux qu’ils ont reçus, reçoivent, requièrent ou auraient dû recevoir. Elle a également la responsabilité de traiter les insatisfactions dans les ressources intermédiaires (RI), les ressources d’hébergement de type familial (RTF), les résidences privées pour aînées (RPA), les services préhospitaliers d’urgence (SPU) et les organismes communautaires.⁴ De plus, la commissaire peut intervenir de sa propre initiative si elle a des motifs raisonnables de croire que les droits d’une personne ou d’un groupe de personnes ne sont pas respectés.

Les autres fonctions de la commissaire portent principalement sur la promotion du régime d’examen des plaintes auprès des différents groupes, la promotion de l’indépendance de son rôle, la promotion des droits et des obligations des usagers et sur le code d’éthique.

Lorsqu’une plainte concerne les services rendus par un médecin, un dentiste, un pharmacien ou un résident, la commissaire reçoit la plainte écrite ou verbale et la transfère aux médecins examinateurs pour que ceux-ci la traitent. Le conseil d’administration se doit de prendre les mesures pour préserver en tout temps l’indépendance des médecins examinateurs et éviter toute situation de conflit d’intérêts dans l’exercice de leurs fonctions.

Le régime d’examen des plaintes prévoit une disposition permettant au plaignant, 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 Loi sur les services de santé et les services sociaux, de déposer une plainte auprès du Protecteur du citoyen. Le Protecteur du citoyen reprend alors l’analyse de l’ensemble des motifs d’insatisfaction exprimés par le plaignant. Au terme de l’examen de deuxième instance, il peut émettre ses propres recommandations à l’Établissement et il s’assure de leur réalisation.

³ Lorsque la commissaire aux plaintes et à la qualité des services est citée dans ce document, elle inclut d’office les commissaires adjoints aux plaintes et à la qualité des services (CAPOS).

⁴ Étant donné que le CIUSSS est maintenant un centre intégré, il est de la responsabilité de la commissaire d’examiner les plaintes visées à l’article 60 de la LSSSS conformément aux dispositions des articles 29 à 59 LSSSS.

Pour les plaintes médicales, la LSSSS prévoit une disposition permettant au plaignant en désaccord avec les conclusions du médecin examinateur à la suite du traitement de la plainte ou à l'expiration du délai de 45 jours prescrit par la LSSSS, de s'adresser au comité de révision mis en place par l'Établissement. Ce comité dispose de 60 jours pour donner son avis.

Le comité de vigilance et de la qualité (CVQ) relève du conseil d'administration de l'Établissement. Son mandat s'inscrit dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des services offerts. Ainsi, l'une des responsabilités du CVQ est de s'assurer, auprès du conseil d'administration du CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean, du suivi des recommandations des commissaires et de celles du Protecteur du citoyen consécutives au traitement des plaintes ou aux interventions effectuées. De plus, le CVQ veille à ce que le conseil d'administration s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités en matière de qualité des services, notamment en ce qui concerne la qualité, la sécurité et l'efficacité des services dispensés, le respect des droits des usagers et le traitement diligent de leurs plaintes.

Pour couvrir l'ensemble du territoire, le commissariat aux plaintes et à la qualité des services du Saguenay-Lac-Saint-Jean compte une commissaire, deux commissaires adjoints, trois professionnels et deux agentes administratives. Bien qu'une présence est assurée hebdomadairement dans plusieurs installations de l'Établissement, les principaux ports d'attache des membres du commissariat se situent dans les hôpitaux de Chicoutimi, de Roberval et d'Alma, ainsi qu'au Centre de protection et de réadaptation de la jeunesse à Chicoutimi. Pour le volet médical du traitement des plaintes, une équipe de six médecins examinateurs se partagent la tâche sur l'ensemble du territoire.

Commissariat aux plaintes et à la qualité des services

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services	Sylvie Mailhot
Commissaire adjoint aux plaintes et à la qualité des services	Martin Bouchard
Commissaire adjointe aux plaintes et à la qualité des services	Julie Fortin
Agente de recherche et de traitement aux plaintes	Caroline Gobeil
Agent de recherche et de traitement aux plaintes	Claude Poitras
Agente de recherche et de traitement aux plaintes	Isabelle Bouchard
Agente administrative	Martine Pilote
Agente administrative	Synthia Parisi/Élisabeth Girard

Médecins examinateurs⁵

Docteur Hans McLelland	Docteur Bernard Gilbert
Docteure Nathalie Lapierre	Docteur Réjean Delisle
Docteure Marie-Claude Gagnon	Docteur Frédéric Fortin
Docteur André Bergeron	

⁵ Un médecin examinateur a toutefois choisi de se retirer au cours de la période, soit D^r Hans McLelland.

Comité de révision

Présidente :	Christiane Bérubé
Présidente substitut :	Guylaine Dubé
Médecin :	Docteure Sylvie Audet
Médecin :	Docteur Yvon-Jacques Lavallée
Médecin substitut :	Docteur Jean-Jacques Dallaire
Agente administrative :	Josée Tremblay/Marie-Josée Tremblay

NOS VALEURS ET NOS PRINCIPES DIRECTEURS

Collaboration

Communication
Confiance

Bienveillance

Respect de l'autre
Souci de l'autre

Excellence

Courage
Dépassement
Rigueur

L'équipe du commissariat s'est aussi donné des principes directeurs pour mener à bien sa mission :

- **La qualité des services est une responsabilité partagée par tous**
La qualité des soins et services relève de la responsabilité de toute personne œuvrant au sein de l'Établissement.
- **Le respect des usagers et du personnel impliqué**
Le traitement des insatisfactions doit toujours se faire dans le plus grand respect de toutes les personnes impliquées, qu'elles soient usager, employé, gestionnaire, médecin ou tout autre partenaire directement ou indirectement concerné par l'utilisateur.
- **L'utilisateur, notre raison d'être et notre partenaire**
L'Établissement voit, dans l'expression du droit des usagers d'adresser leurs insatisfactions au commissaire aux plaintes et à la qualité des services, une contribution positive et essentielle au développement d'un établissement toujours plus humain et mieux adapté à leurs besoins. Le respect de leurs droits est fondamental.
- **L'amélioration continue des soins et services**
Le plaignant est accueilli positivement dans l'insatisfaction qu'il exprime et tout est mis en œuvre pour améliorer sa satisfaction des soins et services reçus, qu'il aurait dû recevoir, reçoit ou requiert.

LEXIQUE

DÉFINITIONS DES MOTIFS DE PLAINTE

L'accessibilité

Cette catégorie vise à identifier les problèmes structurels reliés principalement à l'accessibilité et à la continuité des services. Elle permet également de faire état des difficultés concernant les modalités, les mécanismes d'accès ou les conditions qui doivent être présentes pour mettre en application le droit aux services. Des délais, des reports, des refus de services spécialisés, l'absence de services sont des exemples constituant cette catégorie.

Les soins et services dispensés

Cette catégorie fait référence aux habiletés techniques et au jugement professionnel. Les soins et les services touchent l'application des connaissances, du savoir-faire et des normes de pratique.

Les relations interpersonnelles

Cette catégorie renvoie aux caractéristiques sociopsychologiques de la relation intervenant/usager ou, autrement dit, à l'attitude et au savoir-être des professionnels et des intervenants. Ceux-ci sont appelés à établir une relation d'aide, d'assistance et de soutien conforme à l'éthique professionnelle, au code d'éthique du milieu dans le respect de la dignité, des valeurs, des droits et libertés, des attentes et des aspirations légitimes de l'utilisateur.

L'organisation du milieu et des ressources matérielles

Cette catégorie concerne les insatisfactions reliées à l'organisation du milieu de vie, soit l'alimentation, l'organisation des lieux, l'organisation spatiale, l'hygiène et la salubrité, le confort et la commodité, les règles et procédures du milieu de vie, la sécurité et la protection, l'équipement et le matériel, le stationnement, etc.

L'aspect financier

Cette catégorie concerne un déboursé financier dans le cadre de services, par exemple, les frais de chambre, la contribution au placement ou à l'hébergement, les frais de déplacement ou de transport, les frais de médicament, etc.

Les droits particuliers

Cette catégorie réfère plus spécifiquement aux droits reconnus à l'utilisateur, notamment au niveau de l'information, de la participation, du consentement aux soins, du consentement à l'expérimentation, du droit de recours et du droit de porter plainte.

DÉFINITIONS DES TYPES DE DOSSIERS

Plainte

Une plainte est une insatisfaction exprimée verbalement ou par écrit par un usager ou son représentant légal ou héritier si décès, au commissaire ou aux commissaires adjoints aux plaintes et à la qualité des services, concernant les services que l'usager a reçus, aurait dû recevoir, reçoit ou requiert d'un établissement ou d'une ressource à laquelle l'Établissement recourt.

Plainte à caractère médical

Une plainte médicale est une insatisfaction exprimée auprès de la commissaire relativement à la conduite, au comportement ou à la compétence d'un médecin, d'un dentiste, d'un pharmacien ou d'un résident. Il peut également s'agir d'une insatisfaction quant à la qualité d'un acte relevant de l'activité professionnelle de ces personnes.

Intervention

Une intervention est une action effectuée par la commissaire pouvant comprendre une recommandation à toute direction ou responsable d'un service ou, selon le cas, à la plus haute autorité de qui relèvent les services pouvant faire l'objet d'une plainte, y compris au conseil d'administration, visant l'amélioration de la qualité des services dispensés ainsi que la satisfaction de la clientèle et le respect de ses droits. Les dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux au chapitre des plaintes prévoient le pouvoir pour le commissaire et les commissaires adjoints aux plaintes et à la qualité des services, d'intervenir de leur propre initiative lorsqu'ils ont des motifs raisonnables de croire que les droits des usagers ne sont pas respectés.

Assistance

Demande d'aide et d'assistance formulée par un usager, son représentant ou un tiers qui vise généralement à obtenir l'aide du commissaire ou des commissaires adjoints aux plaintes et à la qualité des services pour l'expression d'une insatisfaction, d'une plainte ou l'obtention d'aide concernant un soin ou un service.

DÉFINITIONS SE RAPPORTANT AU PROCESSUS DE TRAITEMENT DES DOSSIERS

Traitement non complété ou complété

Le traitement d'un dossier peut être interrompu pour les raisons suivantes : la démarche a été abandonnée par le plaignant, cessée, refusée ou rejetée à la suite de l'examen sommaire pour en évaluer la recevabilité.

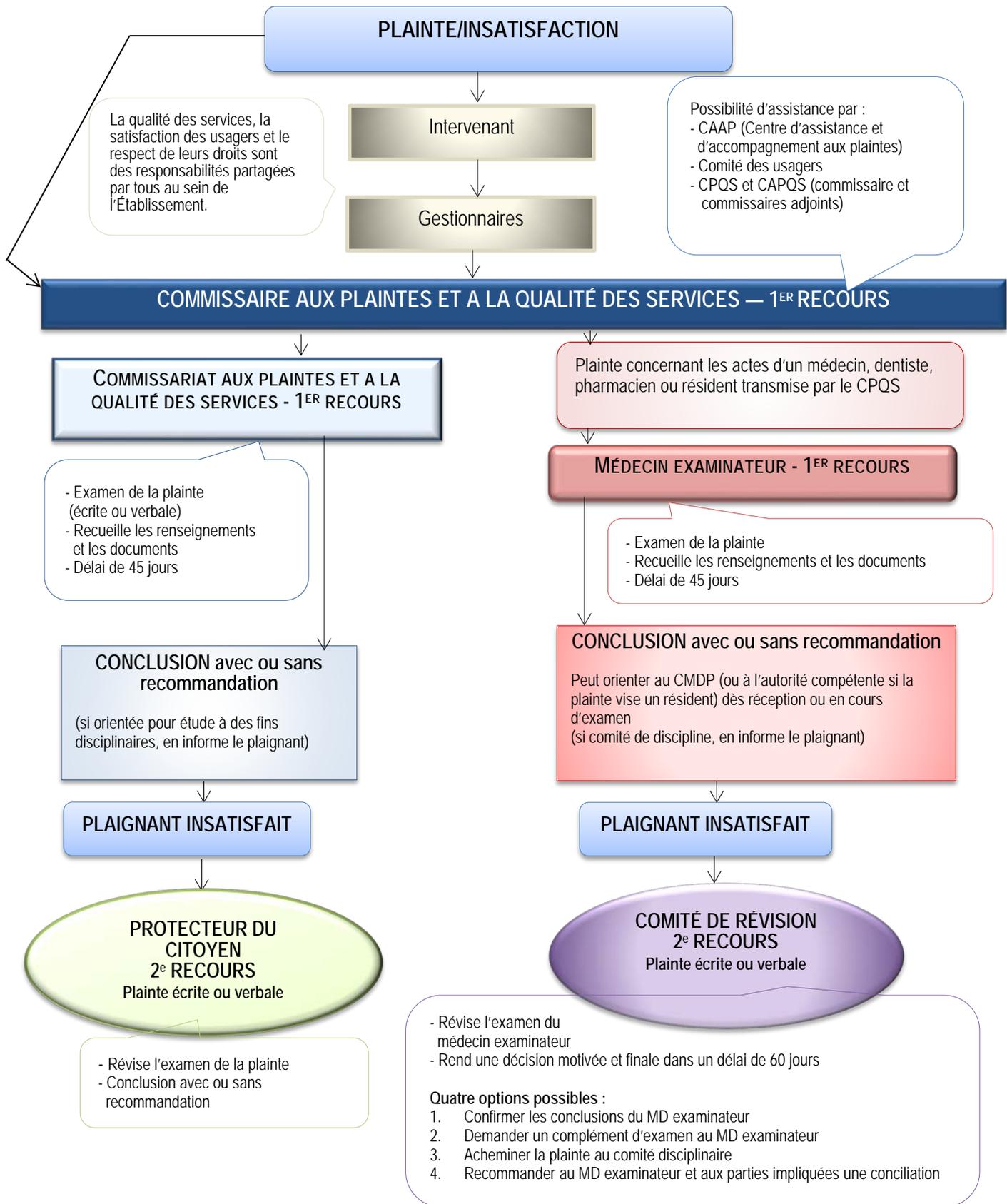
Dossiers conclus ou fermés

Un dossier est conclu lorsque les conclusions ont été transmises par la commissaire, les commissaires adjoints ou par les médecins examinateurs au plaignant. Un dossier est fermé lorsque les mesures convenues ont été réalisées.

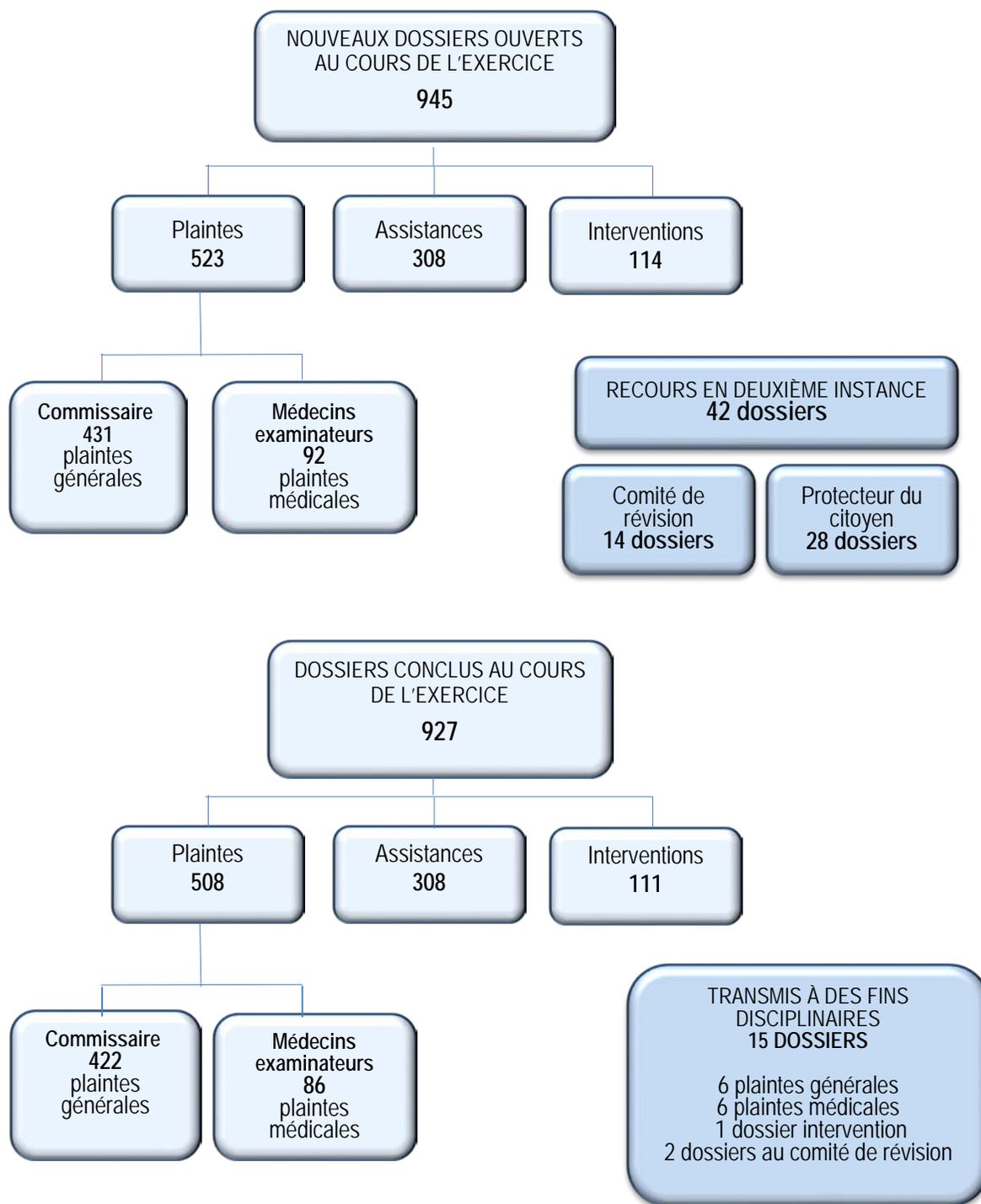
Mesures à portée individuelle ou systémique

Les mesures correctives et les recommandations peuvent se situer à deux niveaux, soit à portée individuelle ou à portée systémique. Parmi celles à portée individuelle, on trouve, à titre d'exemple, des ajustements financiers relatifs aux frais de transport, à la perte de biens personnels et aux frais de chambre. Parmi les mesures systémiques, on trouve des recommandations en lien avec l'élaboration de procédures ou encore l'application de politiques en vigueur dans l'établissement.

CHEMINEMENT D'UNE PLAINE OU D'UNE INSATISFACTION



CHAPITRE 2 ~ FAITS SAILLANTS POUR L'EXERCICE DU 1^{ER} AVRIL 2016 AU 31 MARS 2017



Nous avons procédé à l'ouverture de **945** nouveaux dossiers au cours du présent exercice : **431** plaintes générales, **92** plaintes médicales, **114** dossiers d'intervention, **308** assistances. Nous avons finalisé l'examen dans **927** dossiers. Un total de **100** dossiers se trouvaient toujours en cours de traitement à la fin de la période. Nous observons une augmentation significative des volumes au niveau des plaintes médicales et des assistances, si on compare à la dernière année. En revanche, les volumes au niveau des interventions et des plaintes générales ont connu une diminution. Par ailleurs, **28** plaintes générales ont fait l'objet d'une demande de réexamen au Protecteur du citoyen par les plaignants et **14** plaintes médicales ont été acheminées au comité de révision, soit par les plaignants, soit par les professionnels visés, selon le cas, pour un total global de **42** dossiers orientés au deuxième palier.

Pour l'ensemble du CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean, les plaintes et les interventions dont l'examen a été conclu par le commissariat aux plaintes et à la qualité des services ont porté sur **753** motifs de plainte répartis en **7** catégories. Nous observons que **33 %** des motifs de plainte générale et d'intervention sont reliés aux soins et services dispensés. Les autres motifs de plainte se retrouvent dans des proportions moindres : les relations interpersonnelles **19 %**, l'aspect financier **13 %**, l'accessibilité **15 %**, l'organisation du milieu et les ressources matérielles **12 %**, les droits particuliers **8 %** et la rubrique autre moins de **1 %**.

Les plaintes générales traitées et conclues ont fait l'objet de **403** recommandations ou mesures d'amélioration. Ces mesures peuvent se situer à deux niveaux, soit à portée individuelle ou à portée systémique. Parmi celles à portée individuelle, on trouve, à titre d'exemple, des ajustements financiers relatifs aux frais de transport, à la perte de biens personnels et aux frais de chambre. Parmi les mesures systémiques, on retrouve des recommandations en lien avec la révision de procédures, la tenue d'audits cliniques ou encore l'application de politiques en vigueur dans l'établissement. Bref, parmi les mesures d'amélioration qui découlent des plaintes générales, **184** mesures ont une portée individuelle et **219** mesures ont une portée systémique. Les dossiers d'intervention ont pour leur part fait l'objet de **116** recommandations, soit **41** mesures à portée individuelle et **75** mesures à portée systémique. Chacune des recommandations, ainsi que son suivi, a été présentée au comité de vigilance et de la qualité.

En ce qui a trait aux plaintes à caractère médical dont l'examen a été traité et conclu par les médecins examinateurs, un total de **86** dossiers totalisant **109** motifs de plaintes répartis en quatre catégories : les deux principaux motifs de plainte à caractère médical concernent la qualité des soins et des services dispensés avec **68** motifs de plainte pour **62 %** et les relations interpersonnelles avec **26** motifs de plainte pour **24 %**. S'ensuivent, dans des proportions moindres, les droits particuliers avec **11** motifs pour **10 %** et l'accessibilité avec **4** motifs pour **4 %**. Les plaintes à caractère médical traitées et conclues au cours de la présente période ont fait l'objet de **36** recommandations, soit **19** mesures à portée individuelle pour **53 %** et **17** mesures à portée systémique pour **47 %**.

Le délai de traitement des plaintes générales se situe en moyenne à **43** jours alors qu'il était de **50** jours dans le précédent exercice 2015-2016. **40 %** des dossiers ont été conclus dans un délai supérieur à celui prescrit par la Loi. Bien que nous ayons multiplié les efforts pour diminuer ces délais, la complexité de certains dossiers qui nous ont été soumis au cours de l'exercice a contribué à ce que seulement **60 %** des dossiers de plaintes générales soient traités à l'intérieur du délai prescrit de 45 jours. Il est important de préciser que même si le volume de plaintes reçues nous oblige à traiter les plaintes par ordre d'arrivée et à tenir une liste d'attente, en tout temps, nous nous réservons le droit de traiter en priorité les situations qui présentent un caractère d'urgence ou qui pourraient causer un préjudice sérieux à la personne.

Concernant les plaintes à caractère médical, le délai moyen de traitement est actuellement de **89** jours et ce sont **44 %** des dossiers dans cette rubrique dont l'examen s'est finalisé à l'intérieur du délai prescrit. Nous n'avons pas de liste attendue au niveau des plaintes médicales, les dossiers sont confiés à un médecin examinateur dans les jours suivant leur réception.

Ce sont **15** dossiers (**6** plaintes générales, **6** plaintes médicales, **1** dossier d'intervention et **2** dossiers en provenance du comité de révision) qui ont fait l'objet d'une référence pour étude plus approfondie sur des questions d'ordre disciplinaire.

Dans **148** dossiers (**98** plaintes générales, **8** interventions, **36** plaintes médicales et **6** dossiers au comité de révision) dont l'examen s'est conclu au cours de la période, le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP) a agi en qualité d'assistant. Le comité des usagers a pour sa part assisté **17** plaignants (plaintes générales) au cours de cette même période.

En plus des fonctions reliées à l'application de la procédure d'examen des plaintes, plusieurs activités font aussi partie intégrante de la fonction de commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Les membres de l'équipe ont multiplié les visites dans l'ensemble des installations de l'Établissement. Ces rencontres se sont réalisées en étroite collaboration avec les comités des résidents, les comités des usagers et le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes de la région 02. Les membres de l'équipe se sont impliqués dans des tables sectorielles, dont celle portant sur la maltraitance envers les aînés. Ils ont participé à plusieurs comités de travail, rédigé deux articles pour le journal « Le Lien » de l'Établissement et participé à de multiples activités avec les résidents et leurs familles à différents moments de l'année.

Par ailleurs, dans une perspective d'amélioration, la commissaire et les commissaires adjoints ont participé à quatre rencontres du comité de vigilance et de la qualité du CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Ces rencontres ont notamment permis aux membres de recevoir le bilan des différents dossiers traités par l'équipe de la commissaire et faire état du suivi des recommandations.

CHAPITRE 3 ~ RAPPORT D'ACTIVITÉS DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

DEMANDES REÇUES DU 1^{ER} AVRIL 2016 AU 31 MARS 2017

TABLEAU 1 – Bilan comparatif des nouveaux dossiers au cours de l'exercice

Exercice	plaintes générales	Plaintes médicales	Assistance	Interventions	Total
<i>2016-2017</i>	431	92	308	114	945
<i>2015-2016</i>	457	84	238	139	918

Nous avons procédé à l'ouverture de **945** dossiers au cours de cet exercice : **431** plaintes générales, **92** plaintes médicales, **308** assistances et **114** interventions. À ce nombre, s'ajoutent **82** dossiers qui étaient en traitement au 1^{er} avril 2016, pour un total de **1 027** dossiers. Par ailleurs, **100** dossiers se trouvaient toujours en cours de traitement au 31 mars dernier, c'est-à-dire non conclus.

- 431 plaintes générales (diminution de 6 % comparativement à l'exercice 2015-2016)
- 92 plaintes médicales (augmentation de 10 % comparativement à l'exercice 2015-2016)
- 308 demandes d'assistance (augmentation 29 % comparativement à l'exercice 2015-2016)
- 114 dossiers d'intervention (diminution de 18 % comparativement à l'exercice 2015-2016)
- **945** dossiers au total (augmentation globale de 3 % comparativement à l'exercice 2015-2016)

TABLEAU 2 - Répartition des différents types de dossiers reçus au cours de l'exercice selon l'étape de l'examen

Exercice 2016-2017	En cours d'examen au début de l'exercice	Reçus durant l'exercice	Conclus durant l'exercice	En cours d'examen à la fin de l'exercice	Transmis au 2 ^e palier
<i>Plaintes générales</i>	52	431	422	61	28
<i>Plaintes médicales</i>	17	92	86	23	14
<i>Interventions</i>	13	114	111	16	Ne s'applique pas
<i>Demandes d'assistance</i>	0	308	308	0	
Total	82	945	927	100	42

Ce sont **42** dossiers qui ont fait l'objet d'un recours en deuxième instance :

- **28** dossiers de plainte générale ont fait l'objet d'une demande de réexamen par les plaignants au Protecteur du citoyen. Le nombre de dossiers transférés au Protecteur du citoyen au cours de l'année 2016-2017 a augmenté de **4 %** (28/27) comparativement à l'année précédente.
- **14** dossiers de plainte médicale ont été acheminés au comité de révision, soit par les plaignants ou les professionnels visés par la plainte. Le nombre de dossiers transférés au comité de révision au cours de l'année 2016-2017 a augmenté de **56 %** (14/9). Ainsi, une plus grande proportion de plaignants ou de professionnels visés par les plaintes médicales se sont prévalus de leur droit d'aller en deuxième instance.

RÉPARTITION DES DOSSIERS

TABLEAU 3 - Répartition des plaintes générales selon les missions ou les instances visées ⁶

Mission/ Classe	En cours d'examen au début de l'exercice	Plaintes reçues durant l'exercice		Plaintes conclues durant l'exercice		En cours d'examen à la fin de l'exercice	Transmis au 2 ^e palier
		Nombre	%	Nombre	%		
CHSGS	30	272	63,11	266	63,03	36	18
CHSLD	7	7	1,62	14	3,32	0	1
CLSC	8	43	9,98	41	9,72	10	3
CPEJ	1	63	14,62	57	13,51	7	3
DI-TSA	1	2	,46	3	,71	0	1
CRDP	0	4	,93	4	,95	0	1
CRJDA	3	14	3,25	15	3,55	2	0
RI	1	6	1,39	5	1,18	2	0
RPA	1	10	2,32	10	2,37	1	1
SPU	0	5	1,16	4	,95	1	0
OC	0	5	1,16	3	,71	2	0
Total	52	431	100 %	422	100 %	61	28

TABLEAU 4 - Répartition des dossiers d'intervention selon les missions ou les instances visées

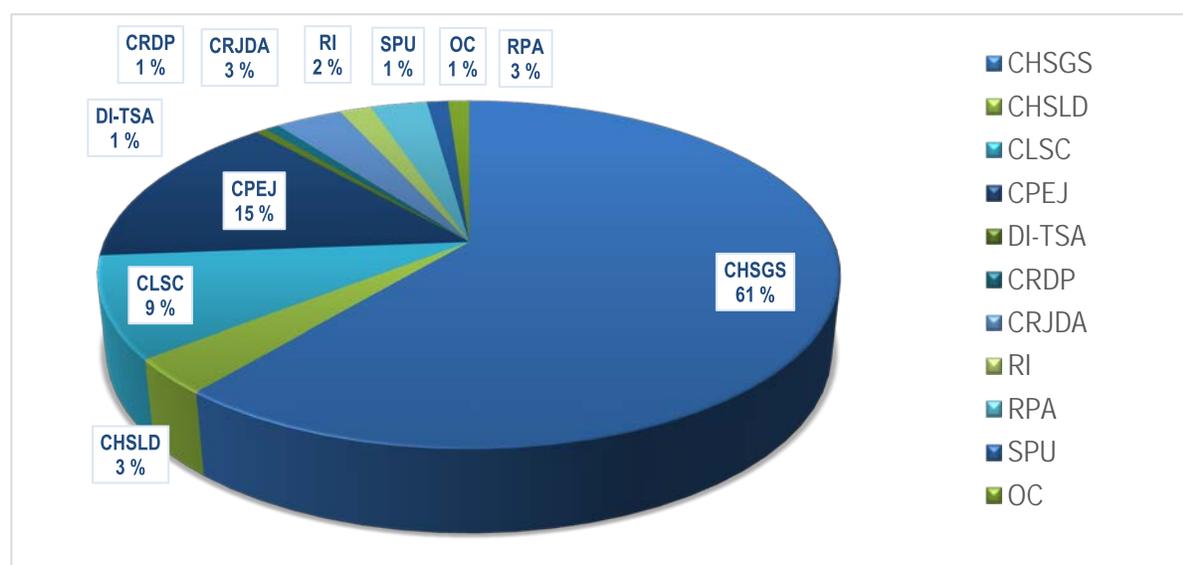
Mission/ Classe	En cours de traitement au début de l'exercice	Dossiers d'intervention amorçés durant l'exercice		Dossiers d'intervention conclus durant l'exercice		En cours de traitement à la fin de l'exercice
		Nombre	%	Nombre	%	
CHSGS	5	61	53,51	57	51,35	9
CHSLD	3	11	9,65	11	9,91	3
CLSC	2	8	7,02	10	9,01	0
CPEJ	1	17	14,91	18	16,22	0
CRDP	0	0	0	0	0	0
DI-TSA	0	1	,88	1	0,90	0
CRJDA	0	5	4,39	5	4,50	0
RI	1	3	2,63	1	0,90	3
RPA	1	6	5,26	6	5,41	1
SPU	0	1	,88	1	0,90	0
OC	0	1	,88	1	0,90	0
Total	13	114	100 %	111	100 %	16

⁶ CHSGS : Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
 CHSLD : Centre d'hébergement et de soins longue durée
 CLSC : Centre local de services communautaires
 CPEJ : Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
 DI-TSA : Déficience intellectuelle et troubles du spectre de l'autisme
 CRDP : Centre de réadaptation en déficience physique
 CRJDA : Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation
 RI : Ressources intermédiaires
 RPA : Résidences privées pour aînés
 SPU : services préhospitaliers d'urgence
 OC : Organisme communautaire

TABLEAU 5 - Répartition des dossiers de plainte générale et d'intervention selon les missions ou les instances visées

Mission/ Classe	En cours d'examen au début de l'exercice	Nouveaux dossiers durant l'exercice		Dossiers conclus durant l'exercice		En cours d'examen à la fin de l'exercice
		Nombre	%	Nombre	%	
CHSGS	35	333	61,10	323	60,60	45
CHSLD	10	18	3,30	25	4,69	3
CLSC	10	51	9,36	51	9,57	10
CPEJ	2	80	14,68	75	14,07	7
DI-TSA	1	3	,55	4	,75	0
CRDP	0	4	,73	4	,75	0
CRJDA	3	19	3,49	20	3,75	2
RI	2	9	1,65	6	1,13	5
RPA	2	16	2,94	16	3,00	2
SPU	0	6	1,10	5	,94	1
OC	0	6	1,10	4	,75	2
Total	65	545	100 %	533	100 %	77

GRAPHIQUE 1- Répartition des nouveaux dossiers de plainte générale et d'intervention selon les missions ou les instances visées



Résultats les plus significatifs

Plus de 61 % des 545 dossiers de plainte ou d'intervention reçus au cours de la période 2016-2017 visent les centres hospitaliers (CHSGS). Les insatisfactions portant sur les services reçus dans les Centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) viennent au second rang avec près de 15 % des dossiers. Les Centres locaux de services communautaires (CLSC) occupent le troisième rang avec 9 % des dossiers. Les autres secteurs se partagent moins de 15 % dans des proportions variant de 1 à 3 %.

ORIGINE DES DOSSIERS D'INTERVENTION

TABLEAU 6 - Origine de l'intervention dans les dossiers d'intervention

Origine de l'intervention	Nombre	%
<i>Sur constat par le commissaire</i>	3	2,70
<i>Sur signalement au commissaire</i>	108	97,30
Total	111	100 %

DÉLAI DE TRAITEMENT

TABLEAU 7 - Délai de traitement des dossiers de plainte générale conclus au cours de l'exercice

Délai d'examen	Moyenne	Nombre	%
<i>Moins de 3 jours</i>	1	21	4,98
<i>4 à 15 jours</i>	9	81	19,159
<i>16 à 30 jours</i>	22	89	21,09
<i>31 à 45 jours</i>	38	58	13,714
Sous-total	20	249	59,00
<i>46 à 60 jours</i>	51	63	14,93
<i>61 à 90 jours</i>	73	67	15,88
<i>91 à 180 jours</i>	115	42	9,95
<i>181 jours et plus</i>	202	1	0,24
Sous-total	76	174	41,00
Total	43	422	100 %

Le processus d'examen des plaintes exige que la plainte soit traitée avec diligence. La loi prévoit un délai de 45 jours. Le délai écoulé, l'utilisateur peut présumer d'une réponse négative et s'adresser directement en deuxième instance, soit au bureau du Protecteur du citoyen. L'utilisateur est avisé du retard, s'il y a lieu, et il est habituellement convenu d'un délai additionnel afin de finaliser la démarche d'examen.

Il est aussi important de préciser que même si le volume de plaintes reçues nous oblige à traiter les plaintes par ordre d'arrivée et à tenir une liste d'attente, en tout temps, nous nous réservons le droit de traiter en priorité les situations qui présentent un caractère d'urgence ou qui pourraient causer un préjudice sérieux à la personne.

Le pourcentage de plaintes générales traitées dans le délai prescrit est demeuré stable (59,00 %/59,76 %), tandis que le délai moyen de traitement a diminué passant de 50 jours pour l'année 2015-2016 à 43 jours pour l'année 2016-2017.

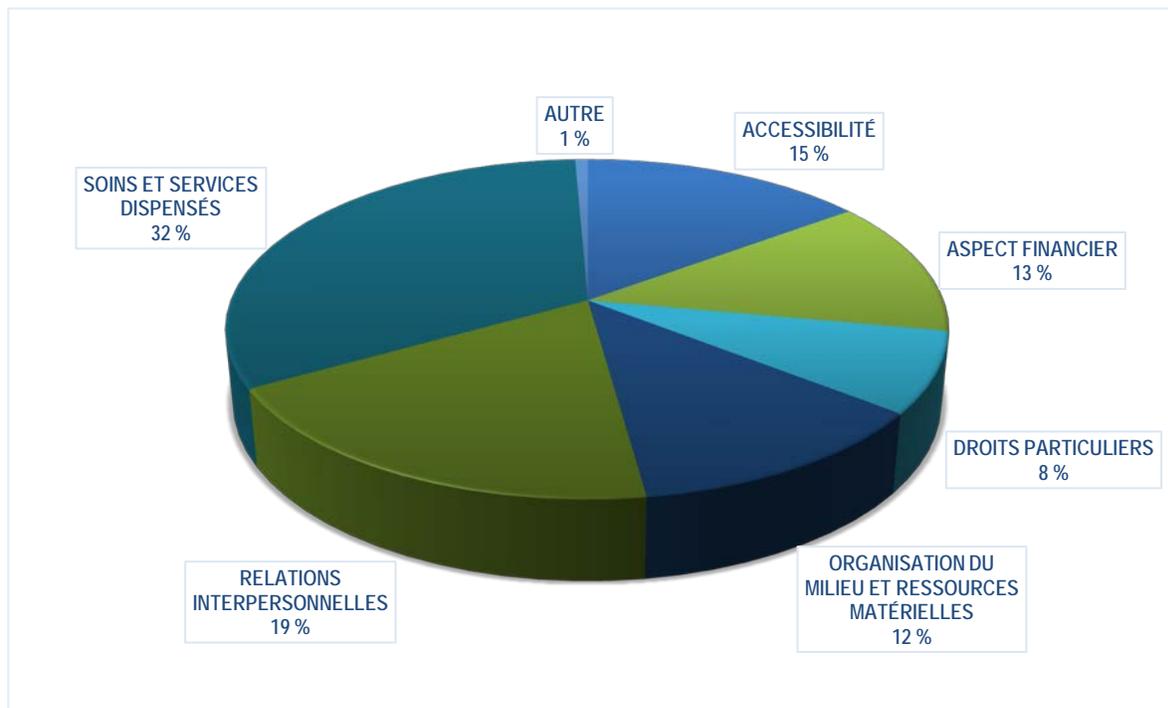
MOTIFS DE PLAINTE

TABLEAU 8 - Répartition des plaintes générales et des dossiers d'intervention conclus au 1^{er} palier selon le motif

Motifs	Plaintes générales		Interventions		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
<i>Accessibilité</i>	89	14,86	23	14,94	112	14,87
<i>Aspect financier</i>	90	15,03	8	5,19	98	13,01
<i>Droits particuliers</i>	44	7,35	14	9,09	58	7,70
<i>Organisation du milieu et ressources matérielles</i>	64	10,68	28	18,18	92	12,22
<i>Relations interpersonnelles</i>	111	18,53	32	20,78	143	18,99
<i>Soins et services dispensés</i>	198	33,06	47	30,52	245	32,54
<i>Autre</i>	3	0,50	2	1,30	5	,66
Total	599	100 %	154	100 %	753	100 %

Une même plainte peut comporter plusieurs éléments d'insatisfaction que nous traduisons en termes de motifs de plainte. Au global, 753 motifs pour les plaintes générales et les dossiers d'intervention, lesquels se trouvent répartis en 7 catégories : soins et services dispensés 32,54 %, les relations interpersonnelles 18,99 %, l'accessibilité 14,87 %, l'aspect financier 13,01 %, l'organisation du milieu et les ressources matérielles 12,22 %, les droits particuliers 7,70 % et autre moins de 1 %.

GRAPHIQUE 2 - Répartition des plaintes générales et des dossiers d'intervention conclus au 1^{er} palier selon le motif



RÉPARTITION DES MOTIFS AVEC OU SANS MESURES CORRECTIVES

TABLEAU 9 - État des dossiers de plainte générale conclus au 1^{er} palier selon le niveau de traitement et le motif

Motif/ Niveau de traitement	Traitement non complété					Traitement complété				
	Abandonné par l'usager	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	Sous-total	Avec mesure	Sans mesure	Sous-total	TOTAL	% Total par motif
<i>Accessibilité</i>	2	1	0	0	3	49	37	86	89	14,86
<i>Aspect financier</i>	0	0	0	0	0	36	54	90	90	15,03
<i>Droits particuliers</i>	0	0	1	0	1	30	13	43	44	7,35
<i>Organisation du milieu et ressources matérielles</i>	0	0	0	0	0	39	25	64	64	10,68
<i>Relations interpersonnelles</i>	1	0	0	0	1	84	26	110	111	18,53
<i>Soins et services dispensés</i>	4	1	0	1	6	117	75	192	198	33,06
<i>Autre</i>	0	0	0	1	1	1	1	2	3	0,50
Total	7	2	1	2	12	356	231	587	599	100 %

TABLEAU 10 - État des dossiers d'intervention conclus au 1^{er} palier selon le niveau de traitement et le motif

Motif/ Niveau de traitement	Traitement non complété					Traitement complété				
	Abandonné par l'usager	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	Sous-total	Avec mesure	Sans mesure	Sous-total	TOTAL	% Total par motif
<i>Accessibilité</i>	0	0	0	0	0	14	9	23	23	14,94
<i>Aspect financier</i>	0	0	0	0	0	4	4	8	8	5,19
<i>Droits particuliers</i>	0	0	0	0	0	8	6	14	14	9,09
<i>Organisation du milieu et ressources matérielles</i>	0	0	0	0	0	24	4	28	28	18,18
<i>Relations interpersonnelles</i>	0	0	0	0	0	21	11	32	32	20,78
<i>Soins et services dispensés</i>	0	1	0	0	1	34	12	46	47	30,52
<i>Autre</i>	0	0	0	0	0	1	1	2	2	1,30
Total	0	1	0	0	1	106	47	153	154	100 %

Le traitement des dossiers de plainte ou d'intervention n'a pas été complété pour 13 motifs (moins de 2 %). La raison justifiant ce fait est que la démarche a été abandonnée par les plaignants.

Par ailleurs, seuls deux motifs ont été rejetés à la suite de l'examen sommaire du dossier. En contrepartie, le traitement a été complété pour 740 motifs (plus de 98 %). C'est dans une proportion de 61 % (462/753) que les motifs pour lesquels le traitement a été complété ont généré des mesures d'amélioration.

MESURES CORRECTIVES ET RECOMMANDATIONS

TABLEAU 11 – Types de mesures selon la catégorie de motifs pour les dossiers de plainte générale dont l'examen a été conclu au 1^{er} palier

Mesure/Motif	Accessibilité	Aspect financier	Droits particuliers	milieu et ressources matérielles	Relations interpersonnelles	Soins et services dispensés	Autre	TOTAL	% Par mesure
À portée individuelle									
Adaptation des soins et services	15	0	9	2	38	21	0	85	21,09
Adaptation du milieu et de l'environnement	0	0	1	4	0	0	0	5	1,24
Ajustement financier	0	28	0	1	0	1	0	30	7,44
Conciliation/intercession/médiation/liaison/précision	9	2	1	0	16	15	0	43	10,67
Obtention de services	2	1	0	0	0	2	0	5	1,24
Respect des droits	0	0	3	0	2	1	0	6	1,49
Autre	0	0	3	0	1	5	1	10	2,48
Sous-total	26	31	17	7	57	45	1	184	45,66
À portée systémique									
Adaptation des soins et services	4	0	0	0	4	11	0	19	4,70
Ajout de services ou de ressources humaines	2	0	0	0	0	1	0	3	0,74
Amélioration des communications	2	1	4	2	4	11	0	24	5,94
Collaboration avec le réseau	0	0	0	2	0	1	0	3	0,74
Élaboration/révision/application	4	0	1	5	1	9	0	20	4,95
Encadrement des intervenants	2	1	1	1	10	10	0	25	6,19
Évaluation des besoins	0	0	0	3	0	2	0	5	1,24
Information et sensibilisation des intervenants	4	0	6	7	16	19	0	52	12,8
Réduction du délai	1	0	0	0	0	1	0	2	0,50
Autre	1	0	0	0	0	1	0	2	0,50
Adaptation du milieu et de l'environnement	3	0	1	10	1	0	0	15	3,72
Adoption/révision/application de règles et procédures	4	0	1	8	0	27	0	40	9,93
Ajustement financier	0	3	0	0	0	0	0	3	0,74
Communication/promotion	0	1	0	0	0	1	0	2	0,50
Formation/supervision	0	0	0	0	0	1	0	1	0,25
Respect des droits	0	0	1	0	0	0	0	1	0,25
Autre	0	1	0	0	0	1	0	2	0,50
Sous-total	27	7	15	38	36	96	0	219	54,34
Total	53	38	32	45	93	141	1	403	100 %

Les recommandations ou mesures d'amélioration peuvent se situer à deux niveaux, soit à portée individuelle ou à portée systémique. Il est important de préciser que la présence d'une recommandation ne signifie pas qu'il y ait manquement ou encore lésion de droits pour l'utilisateur, elle peut tout simplement être liée à une occasion d'améliorer la qualité des services ou la satisfaction de l'utilisateur.

Les plaintes générales ont fait l'objet de **403** mesures d'amélioration :

- **184** mesures d'amélioration à portée individuelle pour **45,66 %**
- **219** mesures d'amélioration à portée systémique pour **54,34 %**

TABLEAU 12 - Types de mesures selon la catégorie de motifs pour les dossiers d'intervention dont l'examen a été conclu au 1^{er} palier

Mesure/Motif	Accessibilité	Aspect financier	Droits particuliers	Organisation du milieu et ressources matérielles	Relations interpersonnelles	Soins et services dispensés	Autre	TOTAL	% Par mesure
À portée individuelle									
<i>Adaptation des soins et services</i>	3	1	2	1	9	5	0	21	18,08
<i>Adaptation du milieu et de l'environnement</i>	0	0	0	2	0	0	0	2	,72
<i>Ajustement financier</i>	0	1	0	1	0	0	0	2	1,72
<i>Conciliation/intercession/médiation/liaison/précision</i>	0	0	0	0	3	1	0	4	3,45
<i>Information/sensibilisation d'un intervenant</i>	3	1	0	0	5	1	0	10	8,62
<i>Autre</i>	0	0	1	0	0	1	0	2	1,72
Sous-total	6	3	3	4	17	8	0	41	35,34
À portée systémique									
<i>Adaptation des soins et services</i>	11	1	1	9	6	21	0	49	42,24
<i>Adaptation du milieu et de l'environnement</i>	0	0	4	7	0	2	0	13	11,20
<i>Adoption/révision/application de règles procédures</i>	1	0	0	5	0	4	0	10	8,62
<i>Communication/promotion</i>	0	0	0	0	0	1	0	1	0,86
<i>Respect des droits</i>	0	0	0	0	0	1	0	1	0,86
<i>Autre</i>	1	0	0	0	0	0	0	1	0,86
Sous-total	13	1	5	21	6	29	0	75	64,66
Total	19	4	8	25	23	37	0	116	100 %

Les dossiers d'intervention ont fait l'objet de 116 mesures d'amélioration :

- 41 mesures d'amélioration à portée individuelle pour 35,34 %
- 75 mesures d'amélioration à portée systémique pour 64,66 %

DOSSIERS TRANSMIS POUR ÉTUDE À DES FINS DISCIPLINAIRES

TABLEAU 13 - État des dossiers de plainte générale et d'intervention transmis pour étude à des fins disciplinaires

Dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires	Nombre Plaintes générales	Nombre Dossiers intervention	Total
<i>À l'étude</i>	4	0	4
<i>Sans mesure</i>	2	0	2
<i>Avec mesure</i>	0	1	1
Total	6	1	7

L'article 33.5 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux précise que si en cours d'examen, une pratique ou une conduite d'un membre du personnel soulève des questions d'ordre disciplinaire, la commissaire saisit la direction concernée ou le responsable des ressources humaines de l'établissement pour une étude approfondie, le suivi du dossier et la prise des mesures appropriées, s'il y a lieu. Elle peut également faire une recommandation à cet effet dans ses conclusions.

Ce sont 7 dossiers (6 plaintes et 1 intervention), qui ont pris cette voie : 1 dossier s'est conclu avec une mesure disciplinaire, 2 autres dossiers se sont conclus sans mesure et 4 dossiers se trouvaient toujours à l'étude au 31 mars dernier.

DEMANDES D'ASSISTANCE

TABLEAU 14 - Demandes d'assistance

Assistance	Nombre	%
<i>Aide à la formulation d'une plainte</i>	15	4,87 %
<i>Aide concernant un soin ou un service</i>	293	95,13 %
Total	308	100 %

DOSSIERS AU PROTECTEUR DU CITOYEN

TABLEAU 15 - État des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu au 2^e palier selon le niveau de traitement et le motif

Motif/Niveau de traitement	Traitement non complété					Traitement complété				%
<i>Accessibilité</i>	0	0	0	0	0	0	4	4	4	11,43
<i>Aspect financier</i>	0	1	0	0	1	4	7	11	12	34,29
<i>Droits particuliers</i>	0	0	0	0	0	1	2	3	3	8,57
<i>Organisation du milieu/ressources matérielles</i>	0	0	0	0	0	1	0	1	1	2,86
<i>Soins et services dispensés</i>	0	1	0	0	1	4	9	13	14	40
<i>Autre</i>	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2,86
Total	0	2	0	0	2	10	23	33	35	100 %

Au cours de l'année 2016-2017, 28 dossiers ont été transmis au Protecteur du citoyen, ce qui reflète une augmentation de 4 % (28/27) comparativement à l'année précédente. Parmi ces dossiers, 35 motifs ont été retenus par le Protecteur du citoyen.

Les dossiers analysés par le Protecteur du citoyen ont généré 10 nouvelles recommandations, dont 4 (40 %) sont liées à l'aspect financier, 4 (40 %) aux soins et services dispensés, 1 (10 %) aux droits particuliers et une dernière (10 %) à l'organisation du milieu et aux ressources matérielles. Parmi les recommandations touchant différents secteurs d'activités du CIUSSS pour lesquelles des travaux sont en cours ou encore ont été exécutés à la satisfaction du Protecteur du citoyen, mentionnons :

- Prendre les moyens appropriés afin de mieux outiller les intervenants face aux situations complexes ou conflictuelles auxquelles ils sont confrontés.
- Rappeler aux intervenants concernés les obligations reliées à la prise de notes détaillées et complètes au dossier de l'utilisateur.
- Rappeler aux intervenants concernés la nécessité d'utiliser des outils cliniques reconnus, selon les champs d'exercice de la profession, et ce, afin d'améliorer la continuité des soins.
- Rappeler les rôles et responsabilités du personnel infirmier responsable dans l'évaluation, le suivi et la surveillance clinique des usagers.
- Clarifier les rôles et responsabilités du personnel infirmier, afin de s'assurer d'une communication efficace avec les familles sur l'évolution de l'état de santé des usagers.

- Dans une situation spécifique « annuler la facturation relative à l'occupation d'une chambre privée à l'hôpital ».
- Facturer les chambres privées et semi-privées de l'hôpital aux usagers qui les occupent seulement à partir de la journée où le formulaire a été signé par l'utilisateur ou son représentant.

Nous avons accueilli favorablement l'ensemble des recommandations reçues au cours de la présente période et des travaux sont toujours en cours pour les actualiser.

ACCOMPAGNEMENT ET ASSISTANCE

TABLEAU 16 - Qualité de l'assistance extérieure au commissariat

Qualité de l'assistant pour les plaintes générales	Nombre	%
<i>Comité des usagers/résidents</i>	17	14,66
<i>Famille</i>	1	0,86
<i>Organisme communautaire désigné (CAAP)</i>	98	84,48
Sous-total	116	100 %
Qualité de l'assistant pour les dossiers d'intervention	Nombre	%
<i>Organisme communautaire désigné (CAAP)</i>	8	100
Sous-total	8	100 %
Total	124	100 %

Toute personne qui désire formuler une plainte auprès d'un établissement de la région peut être assistée par le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes du Saguenay-Lac-Saint-Jean (CAAP), le comité des usagers ou encore toute autre personne de son choix. Le CAAP⁷ et le comité des usagers⁸ se révèlent de précieux alliés pour la commissaire pour mener à bien sa mission.

Dans 106 dossiers (98 plaintes générales, 8 interventions) dont l'examen s'est conclu au cours de la période, le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP) a agi en qualité d'assistant. Le comité des usagers a aussi assisté 17 plaignants au cours de cette même période.

AUTRES ACTIVITÉS DU COMMISSARIAT AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

En plus des fonctions reliées à l'application de la procédure d'examen des plaintes, plusieurs activités font aussi partie intégrante de la fonction de commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Il s'agit d'une partie de notre travail que nous apprécions particulièrement puisque cela nous permet d'aller à la rencontre des usagers, des résidents, de leurs proches, des intervenants sur le terrain et des gestionnaires en présence. Nous avons effectivement été très présents dans les différents milieux et nous avons multiplié les visites dans l'ensemble des installations de l'Établissement au cours de l'année 2016-2017.

⁷ Le CAAP est un organisme communautaire mandaté par le ministre de la Santé et des Services sociaux pour assister l'utilisateur dans toute démarche et l'accompagner pendant toute la durée du recours, et ce, gratuitement. Le CAAP est un partenaire très important puisqu'il informe l'utilisateur sur le fonctionnement du régime d'examen des plaintes, l'aide à clarifier l'objet de la plainte, la rédige au besoin, l'assiste et l'accompagne sur demande, à chaque étape du recours et facilite la conciliation avec toute instance concernée.

⁸ Les comités des usagers ont plusieurs mandats dont celui d'accompagner et d'assister, sur demande, un utilisateur dans toute démarche qu'il entreprend y compris lorsqu'il désire porter une plainte conformément aux sections I, II et III du chapitre III du titre II de la présente loi ou en vertu de la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux (chapitre P-31.1).

Il est important de préciser que ces rencontres se sont réalisées en étroite collaboration avec les comités des résidents, les comités des usagers et le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes de la région 02.

- Présence lors des comptes rendus des visites ministérielles.
- Participation aux assemblées générales annuelles des comités d'usagers et de résidents dans les différentes installations du CIUSSS.
- Présence dans différentes activités impliquant les proches des résidents dans leur milieu de vie.
- Activités de promotion sur le régime d'examen des plaintes, les droits et les responsabilités des usagers dans les différentes installations du CIUSSS, organismes communautaires et ressources intermédiaires.

Les membres de l'équipe se sont impliqués dans des tables sectorielles, dont celle portant sur la maltraitance envers les aînés, ainsi que sur le comité d'éthique. Nous avons aussi rédigé deux articles pour le journal « Le Lien » de l'Établissement, contribué à la mise en forme du Règlement sur le traitement des plaintes à des fins disciplinaires concernant les résidents et participé à plusieurs comités de travail.

- Comité de travail pour réviser les heures de visite en soins critiques.
- Comité de travail régional sur la problématique d'entretien des vêtements personnels des résidents en CHSLD.
- Comité CIUSSS portant sur la production du plan d'action à l'égard des personnes handicapées.
- Participation au Salon des aînés de Saint-Félicien.

Parallèlement au traitement des plaintes, nous avons dressé des tableaux synthèses dans certains secteurs d'activités, ce qui nous a permis de lever des drapeaux rouges et d'adresser les constats mis en lumière aux directions concernées, lesquelles ont porté des actions par la suite.

De plus, dans une perspective d'amélioration, la commissaire et les commissaires adjoints ont participé à quatre rencontres du comité de vigilance et de la qualité du CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Ces rencontres ont notamment permis aux membres de recevoir le bilan des différents dossiers traités par l'équipe de la commissaire et faire état du suivi des recommandations.

CONCLUSION

Deux années se sont écoulées depuis l'entrée en vigueur de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux. Cette loi a engendré une réorganisation complète du système dans l'objectif de favoriser et de simplifier l'accès aux services pour la population, de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et d'accroître l'efficacité et l'efficacéité du réseau. Bien qu'il soit encore trop tôt pour tirer des constats à ce moment-ci et que les défis se révèlent encore nombreux, nous y voyons pour notre part un avantage dans l'actualisation de nos mandats. Nous avons maintenant une vue d'ensemble du continuum de services pour un usager; un commissaire peut examiner tous les éléments portés à son attention, et ce, même si plusieurs instances s'y trouvent impliquées.

Par ailleurs, dans un souci d'amélioration continue au sein même du commissariat aux plaintes et à la qualité des services, nous nous étions donné plusieurs objectifs d'équipe pour l'année 2016-2017. Pour ne citer que les principaux : nous souhaitons être plus présents dans les différentes installations pour faire la promotion du régime d'examen des plaintes et du code d'éthique, améliorer la qualité des entrées de données dans SIGPAQS, revoir l'ensemble de nos processus pour diminuer nos délais tout en maintenant la très grande qualité du travail de notre équipe. Bien que nous soyons très fiers du travail accompli et que nous estimions avoir atteint en bonne partie nos objectifs, nos délais de traitement demeurent une source de préoccupation. C'est pourquoi nous en faisons une priorité pour la prochaine année. Nous planifions revoir toute la trajectoire du traitement des plaintes pour identifier des pistes de solution afin d'en venir à traiter presque la totalité des dossiers à l'intérieur des délais prescrits par la loi tout en maintenant la qualité actuelle. Bien que ce défi soit d'importance, c'est encore avec beaucoup d'enthousiasme et de confiance que nous entreprenons une troisième année comme équipe du commissariat aux plaintes et à la qualité des services.

***AMÉLIORER LA QUALITÉ DES SERVICES :
NOTRE PRÉOCCUPATION CONSTANTE !***

L'équipe du commissariat aux plaintes et à la qualité des services
du CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean

CHAPITRE 4 ~ RAPPORT D'ACTIVITÉS DES MÉDECINS EXAMINATEURS

MOT DES MÉDECINS EXAMINATEURS

Au cours de l'année 2016-2017, quelques médecins examinateurs se sont retirés, d'autres se sont ajoutés à l'équipe par disponibilité et par intérêt pour l'amélioration de la qualité des services au CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean.

Lorsque le plaignant ne s'est pas senti écouté par le médecin consulté, nous, médecins examinateurs, l'avons fait. Lorsqu'il a porté plainte en raison de son incompréhension des soins qu'il a reçus ou lorsqu'il doutait de la qualité de ceux-ci, nous l'avons renseigné et rassuré. Lorsque le médecin qui l'a soigné n'a pas pris le temps nécessaire pour bien l'informer, nous en avons avisé ce médecin. Lorsque le médecin a eu une attitude ou des paroles répréhensibles, nous le lui avons reproché.

De façon systémique, la fonction de médecin examinateur nous permet d'observer certains facteurs déclencheurs d'insatisfaction et de faire des recommandations visant l'amélioration des services médicaux. Dans certains cas, nous devons compter sur la collaboration des gestionnaires et administrateurs, car les solutions requièrent leur intervention. Leur écoute et leurs actions sont importantes pour nous.

Nous sommes fiers du travail accompli au cours de l'année 2016-2017. Les usagers pourront encore compter sur la qualité de notre travail dans la prochaine année.

Cordialement.



Docteur Réjean Delisle, médecin examinateur

MÉDECINS EXAMINATEURS

Docteur Hans McLelland
Docteure Nathalie Lapierre
Docteure Marie-Claude Gagnon
Docteur André Bergeron

Docteur Bernard Gilbert
Docteur Réjean Delisle
Docteur Frédérik Fortin

PLAINTES À CARACTÈRE MÉDICAL

Insatisfaction exprimée auprès de la commissaire, par toute personne, relativement à la conduite ou à la compétence d'un médecin, d'un dentiste, d'un pharmacien ou d'un résident. Il peut également s'agir d'une insatisfaction quant à la qualité d'un acte relevant de l'activité professionnelle de ces personnes.

LE RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES À CARACTÈRE MÉDICAL

La Loi sur les services de santé et les services sociaux consacre les chapitres III à VII de la partie I au régime d'examen des plaintes. Il est précisé qui peut porter plainte et dans quel contexte, les obligations liées à l'examen des plaintes, au dossier de plainte et aux rapports.

Ce régime permet à l'utilisateur ou à son représentant insatisfait des services qu'il a reçus ou aurait dû recevoir de s'adresser directement aux commissaires aux plaintes et à la qualité des services. De plus, il offre un

⁹ Un médecin examinateur a toutefois choisi de se retirer au cours de la période, soit le D^r Hans McLelland.

deuxième recours à l'usager non satisfait des conclusions obtenues au premier palier ou s'il n'a pas reçu de conclusion dans les délais prévus dans la loi (45 jours).

Le médecin examinateur désigné est mandaté pour procéder à l'examen de toute plainte qui concerne un médecin, un dentiste, ou un pharmacien, de même qu'un résident.

La Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit que le médecin examinateur doit transmettre au conseil d'administration et au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, au moins une fois par année, un rapport décrivant les motifs des plaintes examinées depuis le dernier rapport, ainsi que les recommandations ayant notamment pour objet l'amélioration de la qualité des soins ou services médicaux, dentaires et pharmaceutiques dispensés dans l'Établissement. Un exemplaire de ce rapport est également transmis au commissaire aux plaintes et à la qualité des services qui intègre le contenu au rapport visé à l'article 76.10 LSSSS.

La présente partie de ce rapport porte sur l'ensemble des activités des médecins examinateurs pour la période du 1^{er} avril 2016 au 31 mars 2017.

BILAN DES PLAINTES À CARACTÈRE MÉDICAL POUR LA PÉRIODE 2016-2017

TABLEAU 18 - Bilan comparatif des plaintes à caractère médical selon l'étape de l'examen¹⁰

Exercice	En cours d'examen au début de l'exercice		Reçus durant l'exercice		Conclus durant l'exercice ¹¹		En cours d'examen à la fin de l'exercice		Transmis au comité de révision	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
<i>2016 - 2017</i>	17	0 %	92	10 %	86	2 %	23	35 %	14	56 %
<i>2015 - 2016</i>	17		84		84		17		9	

Nous avons procédé à l'ouverture de **92** dossiers de plaintes à caractère médical au cours de l'exercice 2016-2017. Nous avons reçu **84** plaintes médicales en 2015-2016, ce qui représente une augmentation de **10 %** si on compare à l'exercice précédent. À ce nombre s'ajoutent **17** plaintes médicales qui étaient en traitement au 1^{er} avril 2016, pour un total de **109** dossiers. Par ailleurs, **23** plaintes médicales se trouvaient toujours en cours d'examen au 31 mars 2017. Les médecins examinateurs ont finalisé le traitement dans **86** dossiers au cours de l'exercice. De ce nombre, **14** dossiers en provenance des milieux hospitaliers ont été acheminés au comité de révision, soit par les plaignants ou les professionnels visés par la plainte. Le nombre de dossiers transférés au comité de révision au cours de l'année 2016-2017 a augmenté de **56 %** (14/9). Ainsi, une plus grande proportion de plaignants ou de professionnels visés par les plaintes médicales se sont prévalus de leur droit d'aller en deuxième instance.

¹⁰ Le pourcentage est relatif à l'année précédente.

¹¹ Dossiers conclus : un dossier est conclu lorsque les conclusions ont été transmises par les médecins examinateurs à la personne ayant formulé ses insatisfactions. Un dossier est fermé lorsque les mesures convenues ont été réalisées.

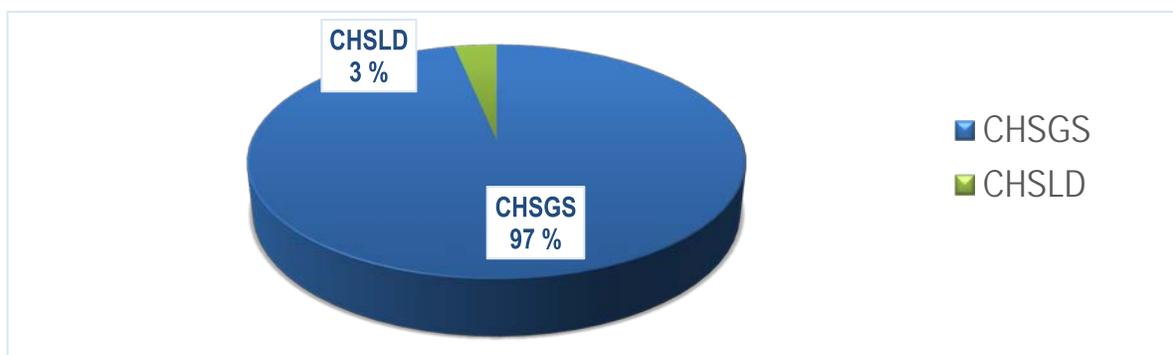
RÉPARTITION DES PLAINTES À CARACTÈRE MÉDICAL SELON L'ÉTAPE ET LA MISSION

TABLEAU 19 - Répartition des plaintes médicales selon l'étape de l'examen et la mission

Mission/ Classe ¹²	En cours d'examen au début de l'exercice	Reçus durant l'exercice		Conclus durant l'exercice		En cours d'examen à la fin de l'exercice	Transmis au comité de révision
		Nombre	%	Nombre	%		
<i>CHSGS</i>	17	89	96,74	84	97,67	22	14
<i>CHSLD</i>	0	3	3,26	2	2,33	1	0
Total	17	92	100 %	86	100 %	23	14

96,74 % des plaintes médicales proviennent des centres hospitaliers et 3,26 % des centres d'hébergement et de soins de longue durée.

GRAPHIQUE 3 - Répartition des nouveaux dossiers de plainte médicale selon les missions



¹² CHSGS : Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée

MOTIFS DES PLAINTES À CARACTÈRE MÉDICAL AVEC OU SANS MESURE CORRECTIVE

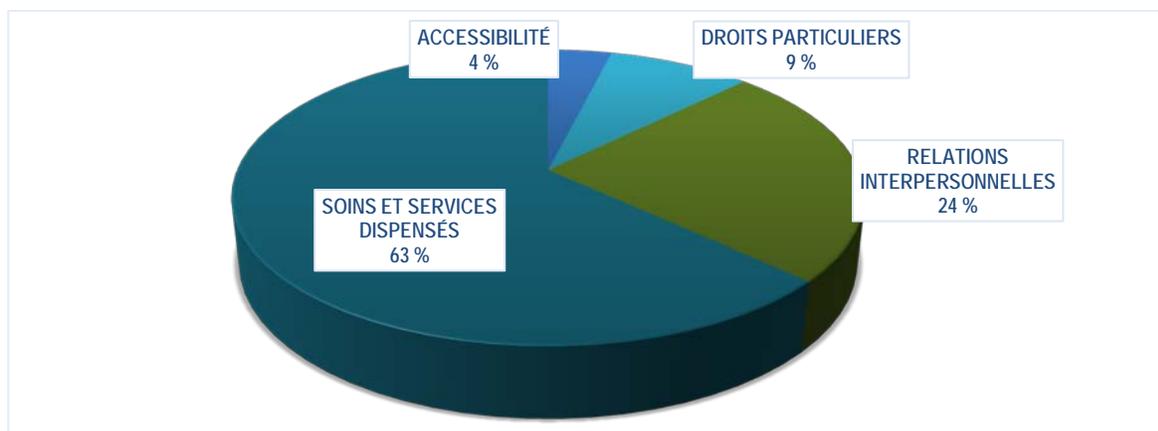
TABLEAU 20 - État des dossiers de plainte médicale conclus au 1^{er} palier selon le niveau de traitement et le motif

Motif/Niveau de traitement	Traitement non complété					Traitement complété				TOTAL	% Total par motif
	Abandonné par l'usager	Cessé	Refusé sommaire	Sous-total	% Par motif/Niveau de traitement	Avec mesure	Sans mesure	Sous-total	% Par motif/Niveau de traitement		
<i>Accessibilité</i>	0	0	0	0	0	1	3	4	3,88	4	3,67
<i>Droits particuliers</i>	1	0	1	0	2	5	4	9	8,74	11	10,09
<i>Relations interpersonnelles</i>	1	0	0	0	1	10	15	25	24,27	26	23,85
<i>Soins et services dispensés</i>	2	0	1	0	3	12	53	65	63,11	68	62,39
Total	4	0	2	0	6	28	75	103	100 %	109	100 %

Rappelons qu'une même plainte peut comporter plusieurs éléments d'insatisfaction que nous traduisons en termes de motifs de plainte. C'est la raison pour laquelle il y a eu au total **109** motifs de plainte pour le traitement de **86** plaintes dites conclues. Les deux principaux motifs des plaintes à caractère médical concernent la qualité des soins et des services dispensés avec **68** motifs de plainte pour **62,39 %** et les relations interpersonnelles avec **26** motifs de plainte pour **23,85 %**. S'ensuivent, dans des proportions moindres, les droits particuliers avec **11** motifs pour **10,09 %** et l'accessibilité avec **4** motifs pour **3,67 %**.

Le traitement n'a pas été complété pour **6** motifs (moins de **6 %**). Les plaignants ont abandonné leurs démarches dans **4** motifs et le médecin examinateur a jugé **2** motifs irrecevables à la suite de l'analyse sommaire. En contrepartie, le traitement a été complété pour **103** motifs (plus de **94 %**). C'est dans une proportion de **27 %** (28/103) que les motifs pour lesquels le traitement a été complété ont généré des mesures d'amélioration.

GRAPHIQUE 4 - Répartition des plaintes médicales dont le traitement a été complété au 1^{er} palier selon le motif



DOSSIERS TRANSMIS POUR ÉTUDE À DES FINS DISCIPLINAIRES

TABLEAU 21 - État des dossiers de plainte à caractère médical pour étude à des fins disciplinaires

Dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires	Nombre
<i>Transmission CMDP ou à l'autorité déterminée par règlement pour les résidents</i>	6

6 dossiers ont été orientés vers le CMDP pour une étude à des fins disciplinaires dans l'année 2016-2017.

RECOMMANDATIONS ÉMISES PAR LES MÉDECINS EXAMINATEURS

TABLEAU 22 - État des dossiers de plaintes médicales dont l'examen a été conclu au 1^{er} palier selon le motif et la mesure

Mesure/Motif	Accessibilité	Aspect financier	Droits particuliers	Organisation du milieu et ressources matérielles	Relations interpersonnelles	Soins et services dispensés	Autre	TOTAL	% Par mesure
À portée individuelle									
Adaptation des soins et services	0	0	0	0	2	2	0	4	11,11
Information/sensibilisation d'un intervenant	0	0	4	0	8	3	0	15	41,67
Sous-total	0	0	4	0	10	5	0	19	52,78
À portée systémique									
Adaptation des soins et services	1	0	9	0	0	6	0	16	44,46
Adoption/révision/application de règles et procédures	0	0	0	0	0	1	0	1	2,78
Sous-total	1	0	9	0	0	7	0	17	47,22
Total	1	0	13	0	10	12	0	36	100

Les recommandations ou mesures d'amélioration peuvent se situer à deux niveaux, soit à portée individuelle ou à portée systémique. Il est important de préciser que la présence d'une recommandation ne signifie pas qu'il y ait manquement ou encore lésion de droits pour l'utilisateur, elle peut tout simplement être liée à une occasion d'améliorer la qualité des services ou la satisfaction de l'utilisateur.

Les **86** plaintes à caractère médical traitées et conclues au cours de la présente période ont fait l'objet de **36** recommandations :

- 19 mesures d'amélioration à portée individuelle pour 53 %
- 17 mesures d'amélioration à portée systémique pour 47 %

DÉLAI DE TRAITEMENT

TABLEAU 23 - Délai de traitement des plaintes médicales conclues au cours de l'exercice

Délai d'examen	Moyenne	Nombre	%
<i>Moins de 3 jours</i>	1	1	1,16
<i>4 à 15 jours</i>	7	3	3,49
<i>16 à 30 jours</i>	23	13	15,12
<i>31 à 45 jours</i>	39	21	24,42
Sous-total	30	38	44,19
<i>46 à 60 jours</i>	52	12	13,95
<i>61 à 90 jours</i>	75	21	24,42
<i>91 à 180 jours</i>	122	9	10,47
<i>181 jours et plus</i>	538	6	6,98
Sous-total	136	48	55,82
Total	89	86	100 %

Le processus d'examen des plaintes exige que la plainte soit traitée avec diligence. La loi prévoit effectivement un délai de 45 jours. Le délai écoulé, l'utilisateur peut présumer d'une réponse négative et s'adresser directement en deuxième instance, soit au comité de révision. L'utilisateur est avisé du retard, s'il y a lieu, et il est habituellement convenu d'un délai additionnel afin de finaliser la démarche d'examen.

48 dossiers de plainte à caractère médical, soit près de 56 % des dossiers ont été traités dans un délai qui excède les 45 jours prescrits par la loi. Ce sont 38 dossiers, soit 44 % des dossiers, dont le traitement s'est finalisé à l'intérieur du délai légal.

Le délai moyen de traitement est passé de 119 jours en 2015-2016 à 89 jours pour la période 2016-2017.

ACCOMPAGNEMENT ET ASSISTANCE

TABLEAU 24 - État des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu selon le type d'assistant

Qualité de l'assistant	Nombre	%
Organisme communautaire désigné (CAAP)	36	100
Total	36	100 %

Le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP) a agi en qualité d'assistant dans 36 dossiers de plaintes médicales, soit près de 42 % des dossiers conclus (36/86).

CHAPITRE 5 ~ RAPPORT DU COMITÉ DE RÉVISION

MOT DE LA PRÉSIDENTE DU COMITÉ DE RÉVISION

C'est avec plaisir que nous vous présentons le deuxième rapport d'activités du comité de révision. À vrai dire, c'est le premier d'une année complète puisque nous avons commencé nos premières rencontres en février 2016.

Le comité de révision a pour fonction de revoir, à la demande soit du ou des plaignants, soit des professionnels concernés, la décision portée par le médecin examinateur au regard d'une plainte formulée concernant des insatisfactions notées à la suite des services reçus par leur médecin.

Les membres se sont fait un devoir d'accueillir avec respect, bienveillance et le plus d'équité possible les personnes qui décident de porter en appel les conclusions du médecin examinateur quant aux éléments de la plainte qu'ils ont déposée. Les membres sont aussi préoccupés de donner suite le plus rapidement possible à toutes les demandes de révision. À cet égard, nous avons complété, entre le 1^{er} avril 2016 et le 31 mars 2017, 15 demandes de révision. À la fin mars 2017, 6 dossiers étaient en analyse, mais non finalisés. Ils apparaîtront dans la compilation de l'an prochain.

À titre de présidente du comité, je tiens à remercier chaleureusement tous les membres du comité pour leur disponibilité, leur professionnalisme et leurs grandes compétences. Le travail du comité en est ainsi facilité.



Christiane Bérubé, présidente du comité de révision

COMPOSITION ET MANDAT DU COMITÉ DE RÉVISION

Le comité de révision a pour fonction de réviser le traitement accordé à l'examen de la plainte de l'utilisateur par le médecin examinateur. À cet effet, il doit prendre connaissance de l'ensemble du dossier de plainte de l'utilisateur, s'assurer que l'examen de la plainte a été effectué de façon appropriée, diligemment et avec équité, et que les motifs des conclusions du médecin examinateur, le cas échéant, se fondent sur le respect des droits et des normes professionnelles. Au terme de sa révision, le comité doit, dans les 60 jours de la réception d'une demande de révision, communiquer par écrit un avis motivé à l'utilisateur, au professionnel concerné, au médecin examinateur et à la commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

Le comité de révision doit transmettre au conseil d'administration de l'établissement, avec copie au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, au moins une fois par année, et chaque fois qu'il le juge nécessaire, un rapport décrivant les motifs des plaintes ayant fait l'objet d'une demande de révision, de ses conclusions ainsi que des délais de traitement de ses dossiers; il peut en outre formuler des recommandations ayant notamment pour objet l'amélioration de la qualité des soins ou services médicaux, dentaires et pharmaceutiques dispensés dans un centre exploité par l'Établissement.

LE COMITÉ DE RÉVISION

Le comité de révision est composé de trois membres nommés par le conseil d'administration de l'établissement. La présidente ainsi que son substitut sont nommés par les membres du conseil d'administration qui ne travaillent pas pour le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean ou qui n'y exercent pas leur profession. Les deux autres membres, ainsi que le membre substitut sont nommés par les médecins, dentistes ou pharmaciens qui exercent leur profession au CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Ces nominations sont faites sur recommandation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'Établissement.

MEMBRES DU COMITÉ DE RÉVISION

Les membres du comité de révision pour l'exercice financier 2016-2017 sont :

Présidente :	Christiane Bérubé
Présidente substitut :	Guylaine Dubé
Médecin :	Docteure Sylvie Audet
Médecin :	Docteur Yvon-Jacques Lavallée
Médecin substitut :	Docteur Jean-Jacques Dallaire

Le docteur Jean-Jacques Dallaire, membre substitut, a démissionné en cours d'année et a été remplacé par la docteure Sylvie Pelletier.

Pour compléter l'équipe, le comité est supporté par une adjointe administrative, madame Josée Tremblay, qui a quitté en avril 2017. Cette dernière a été remplacée par madame Marie-Josée Tremblay.

NOMBRE DE RENCONTRES DU COMITÉ DE RÉVISION

Au cours de l'année 2016-2017, les membres du comité de révision se sont rencontrés à 10 reprises : soit les 12,19 et 28 avril, le 8 juin, les 6 et 27 septembre, le 18 octobre et 8 novembre 2016 ainsi que les 31 janvier et 7 février 2017.

NOMBRE DE DOSSIERS ÉTUDIÉS PAR LE COMITÉ DE RÉVISION

TABLEAU 25 - Bilan des dossiers orientés au comité de révision selon l'étape de l'examen

Exercice	En cours d'examen au début de l'exercice	Reçus durant l'exercice	Conclus durant l'exercice	En cours d'examen à la fin de l'exercice
<i>2016-2017</i>	7	14	15	6
<i>2015-2016</i>	2	9	4 ¹³	7

¹³ Le tableau des dossiers orientés au comité de révision que l'on retrouve dans le rapport annuel produit pour la période 2015-2016 indique 5 dossiers conclus alors que les données dans SIGPAQS font état de 4 dossiers conclus durant l'exercice. Cet écart s'explique par le fait que la rencontre du comité de révision s'est tenue au cours de l'exercice 2015-2016 et que la date de la correspondance envoyée au plaignant saisie dans le système informatique est postérieure à cet exercice.

Le comité a reçu 14 nouvelles demandes de révision au cours de la période, ce qui représente une augmentation de 56 % si on compare à l'année antérieure. La totalité de ces demandes provient des centres hospitaliers.

Les membres du comité se sont rencontrés à 10 reprises au cours desquelles ils ont traité 13 dossiers. Cependant, considérant les délais entre la tenue de la rencontre et la rédaction de la décision, ce sont 15 plaignants qui ont reçu la correspondance les informant de la conclusion rendue par le comité de révision au cours du présent exercice.

Les conclusions écrites des séances tenues les 7 et 24 mars 2016 étant datées du 1^{er} et du 24 avril 2016, ces dossiers sont considérés comme ayant été conclus à l'intérieur de la période du 1^{er} avril 2016 au 31 mars 2017.

MOTIFS DES DEMANDES DE RÉVISION

TABLEAU 26 - État des dossiers de plainte orientés au comité de révision dont l'examen a été conclu au 1^{er} palier selon le niveau de traitement et le motif ¹⁴

Motif/Niveau de traitement	Traitement non complété						Traitement complété				TOTAL	% Total par motif
	Abandonné par l'utilisateur	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	Sous-total	% Par motif/Niveau de traitement	Avec mesure	Sans mesure	Sous-total	% Par motif/Niveau de traitement		
<i>Accessibilité</i>	0	0	0	0	0	0	0	1	1	5,26	1	5,26
<i>Droits particuliers</i>	0	0	0	0	0	0	0	1	1	5,26	1	5,26
<i>Relations interpersonnelles</i>	0	0	0	0	0	0	0	3	3	15,79	3	15,79
<i>Soins et services dispensés</i>	0	0	0	0	0	0	2	12	14	73,68	14	73,68
Total	0	0	0	0	0	100 %	2	17	19	100 %	19	100 %

Les motifs des demandes de révision concernent principalement les soins et services dispensés avec 14 motifs pour 73,68 %. Viennent ensuite dans des proportions moindres : les relations interpersonnelles avec 3 motifs pour 15,79 %, les droits particuliers avec 1 motif pour 5,26 % et l'accessibilité avec 1 motif pour 5,26 %.

¹⁴ Ce tableau inclut le nombre de motifs par niveau de traitement et il peut y avoir plus d'un motif pour un même dossier.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS DU COMITÉ DE RÉVISION

TABLEAU 27 - Conclusions et recommandations du comité de révision¹⁵

Processus d'examen	Nombre	%
<i>Confirmations des conclusions du médecin examinateur</i>	9	60,00
<i>Demandes de complément d'examen</i>	4	27,00
<i>Études pour fins disciplinaires</i>	2	13,00
<i>Recommandations de mesures pour réconcilier</i>	0	0,00
TOTAL	15	100,00

Motifs à l'appui, le comité doit conclure à l'une des options suivantes :

- Confirmer les conclusions du médecin examinateur.
- Requérir du médecin examinateur qu'il effectue un complément d'examen dans un délai fixé par le comité et qu'il transmette ses nouvelles conclusions aux parties concernées avec copie au comité ainsi qu'au CPQS.
- Acheminer copie de la plainte médicale et du dossier vers le CMDP ou l'autorité déterminée par règlement lorsque la plainte concerne un résident pour son étude à des fins disciplinaires.
- Recommander au médecin examinateur ou, s'il y a lieu, aux parties elles-mêmes, toute mesure de nature à les réconcilier (art. 52, LSSSS).

Les conclusions du médecin examinateur ont été confirmées dans 9 des dossiers conclus au cours de la période. Il a été demandé un complément d'examen dans 4 dossiers et 2 dossiers ont été orientés pour étude à des fins disciplinaires. Il n'a été recommandé aucune mesure de conciliation.

DÉLAI DE TRAITEMENT DES PLAINTES

TABLEAU 28 - État des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu selon le délai d'examen

Délai d'examen	Moyenne	Nombre	%
<i>Moins de 60 jours</i>	50	5	33,33 %
<i>61 à 90 jours</i>	82	2	13,33 %
<i>91 à 180 jours</i>	123	7	46,67 %
<i>181 jours et plus</i>	269	1	6,67 %
Total	103	15	100 %

Le comité de révision a transmis ses conclusions dans un délai moyen de 103 jours pour les 15 demandes de révision conclues au cours de la période. Le délai de 269 jours pour l'un des dossiers s'explique par le fait que la demande de révision a été reçue le 2 avril 2015 et qu'elle est demeurée en attente le temps que le comité de révision soit institué dans l'Établissement.

¹⁵ Il est à noter que nous avons dû apporter des correctifs à ce tableau puisque celui généré dans SIGPAQS présente des erreurs de saisies de données. En effet, après avoir vérifié chacun des dossiers, il a été constaté que seules 11 conclusions sur 15 avaient été saisies correctement dans le système informatique. Des mesures ont toutefois été prises pour éviter la répétition de ces erreurs et s'assurer de l'exactitude de nos prochaines données statistiques dans cette rubrique.

On se rappellera que le comité de révision du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean a été formé par le conseil d’administration en novembre 2015 et qu’il a pu commencer ses travaux qu’en février 2016, c’est à dire plus de dix mois après la dissolution des comités de révision antérieurs. Un total de 7 dossiers se trouvaient en attente à ce moment. Bien que le comité de révision ait multiplié les rencontres dans une courte période, certains dossiers accusaient déjà un long délai contribuant ainsi à la moyenne de 103 jours. Cependant, ces délais tendent à diminuer pour se rapprocher des délais prescrits.

QUALITÉ DE L’ASSISTANCE EXTÉRIEURE AU COMMISSARIAT

TABLEAU 29 - Qualité de l’assistance extérieure au commissariat

Qualité de l’assistant	Nombre	%
<i>Organisme communautaire désigné (CAAP)</i>	6	100 %
Total	6	100 %

Le Centre d’assistance et d’accompagnement aux plaintes (CAAP) a agi en qualité d’assistant dans 6 dossiers au cours de la présente période.

ANNEXE I

Exemples de mesures d'amélioration réalisées ou en cours de réalisation basées sur les catégories de motifs d'insatisfaction formulées à la suite de l'examen des plaintes générales et des dossiers d'intervention.

Catégories de motifs	Mesures d'amélioration
Accessibilité <i>72 mesures</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Que l'admissibilité d'un usager soit validée par le programme dès l'inscription en liste d'attente afin de permettre à la personne d'explorer d'autres avenues sans délai lorsqu'elle est non admissible. – Prendre les mesures afin de mettre en place un programme d'antibiothérapie ambulatoire pour la clientèle pédiatrique (18 ans et moins).
Aspect financier <i>42 mesures</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Annulation de la facture de frais d'ambulance. – Annulation de la facture de frais de chambre. – Harmoniser la politique sur la gestion des réclamations entre les installations du CIUSSS.
Droits particuliers <i>40 mesures</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Faire un rappel au personnel de soins quant à l'importance d'expliquer à la clientèle en quoi consiste le type de garde et d'expliquer leurs droits. – Améliorer la qualité de la documentation découlant du plan d'intervention interdisciplinaire et favoriser la participation de l'usager ou de son représentant au plan.
Organisation du milieu et ressources matérielles <i>70 mesures</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Regrouper la clientèle fumeuse afin d'offrir un maximum de protection aux non-fumeurs, compte tenu de la superficie totale des lieux et de leurs conditions d'utilisation et d'aération. – Que trois espaces de stationnement pour les personnes à mobilité réduite soient ajoutés à l'Hôpital de Chicoutimi.
Relations interpersonnelles <i>116 mesures</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Faire un rappel au personnel sur la politique exigeant le port de la carte d'identification en tout temps durant la prestation de soins et services. – Faire un rappel à l'infirmière visée de l'aire d'observation de ses obligations déontologiques envers la clientèle (professionnalisme, écoute, respect, etc.) et de son rôle et sa responsabilité en présence de candidate à l'exercice de la profession.
Soins et services dispensés <i>178 mesures</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Mettre en place un système d'audit ou d'autoévaluation des activités de triage pour l'ensemble du personnel infirmier qui exerce cette activité. – Prendre les mesures afin de s'assurer que les évaluations du risque de chute soient effectuées à l'unité de courte durée ainsi que la mise en place des interventions selon le degré du risque. – S'assurer, par des audits de dossiers, que le personnel infirmier évalue les facteurs de risque de chute et mettre en place les moyens nécessaires selon le degré du risque. – Élaborer et diffuser une procédure sur l'utilisation des mesures de contrôle à l'égard des usagers conformément aux modalités prévues à l'article 118.1 de la Loi sur la santé et les services sociaux dans les départements de psychiatrie de l'hôpital de Chicoutimi. – Tenir compte de la problématique d'incontinence et des besoins d'accompagnement aux soins d'hygiène dans l'analyse des problèmes et des besoins de réadaptation des personnes au plan thérapeutique infirmier et au plan d'intervention interdisciplinaire. – Que tous les agents d'intervention reçoivent la formation Omega dans les six mois suivant leur entrée en fonction. – Que les agents d'intervention formés Oméga reçoivent de façon régulière les mises à jour nécessaires à une dispensation de services de qualité.

ANNEXE II

Exemples de mesures d'amélioration réalisées ou en cours de réalisation basées sur les catégories de motifs d'insatisfaction formulées à la suite de l'examen des plaintes à caractère médical

Catégories de motifs	Mesures d'amélioration
Accessibilité <i>1 mesure</i>	<ul style="list-style-type: none">– Qu'une garde régionale pour les urgences en médecine dentaire au Lac-Saint-Jean soit organisée et offerte à notre population mettant à contribution chaque dentiste afin d'offrir une couverture permanente.
Droits particuliers <i>13 mesures</i>	<ul style="list-style-type: none">– Respecter les règles s'appliquant pour l'obtention d'un consentement aux soins et traitements et dans la transmission des informations sur l'état de santé de l'utilisateur en présence d'un mandat homologué.– Sensibiliser le personnel soignant de l'urgence concernant la Loi de la protection de la jeunesse et l'obligation de signalement pour les usagers de moins de 18 ans.
Relations interpersonnelles <i>10 mesures</i>	<ul style="list-style-type: none">– Être plus attentif à détecter les situations qui, par son attitude, peuvent devenir conflictuelles, modifier son comportement et son attitude afin de désamorcer ces situations et éviter l'escalade.– Que le médecin démontre toujours une attitude empathique et professionnelle.
Soins et services dispensés <i>12 mesures</i>	<ul style="list-style-type: none">– Que lorsqu'une prescription téléphonique est faite par un médecin, celui-ci demande à l'infirmière de lui relire l'ordonnance qu'elle vient d'écrire pour s'assurer qu'elle est conforme à ce que le médecin a bien voulu prescrire.– Produire un écrit qui sera versé au dossier comme note tardive pour toute communication téléphonique avec un patient après son départ de l'hôpital.