

Rapport annuel 2016-2017



- Rapport de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services
- Rapport des médecins examinateurs
- Rapport du président du comité de révision

Présenté au comité de vigilance et de la qualité des services le 5 juin 2017
Adopté par le conseil d'administration le 20 juin 2017

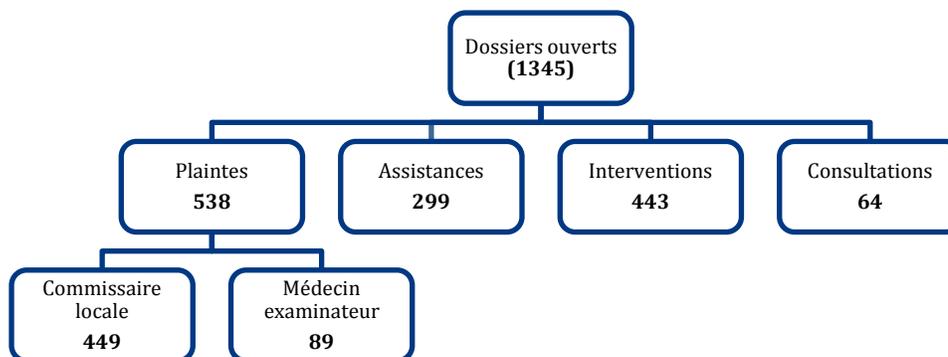
TABLE DES MATIÈRES

Faits saillants	1
Chapitre 1 : Rapport de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services	2
Chapitre 2 : Rapport des médecins examinateurs.....	13
Chapitre 3 : Dossiers à l'étude au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)	17
Chapitre 4 : Rapport du président du comité de révision	18
Conclusion	20
Lexique	21

FAITS SAILLANTS

- Le nombre de dossiers de plaintes générales est le même que l'année dernière. Le motif le plus récurrent concerne l'aspect financier;
- Les plaintes médicales ont diminué de 3%, et le principal motif concerne les soins et services dispensés;
- Les interventions ont augmenté de 78%, et le motif le plus récurrent concerne l'accessibilité. L'augmentation significative s'explique en partie par le fait que certains types de situations ont été documentés en assistance par le passé, alors qu'ils auraient dû être documentés en interventions;
- Les demandes d'assistance ont diminué de 33%. Le motif principal demeure l'accessibilité;
- Les consultations ont augmenté de 48%. Elles proviennent surtout des chefs de service et des intervenants;
- Le nombre total de tous les dossiers traités durant l'année a augmenté de 5,5% par rapport à l'année précédente.

La répartition des dossiers ouverts :



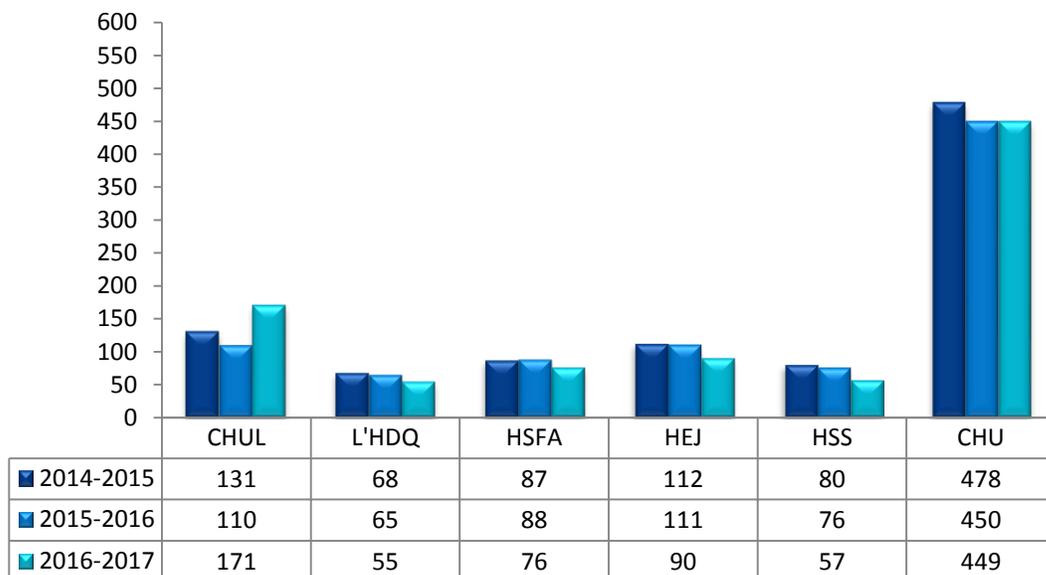
Dossiers	2014-2015	2015-2016	2016-2017	Écart
Plaintes générales	478	450	449	0%
Plaintes médicales	177	92	89	↓ 3%
Demandes d'assistance	422	447	299	↓ 33%
Interventions	291	249	443	↑ 78%
Consultations	84	37	65	↑ 48%
Nombre total de dossiers traités	1452	1275	1345	↑ 5,5%

CHAPITRE 1

Rapport de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

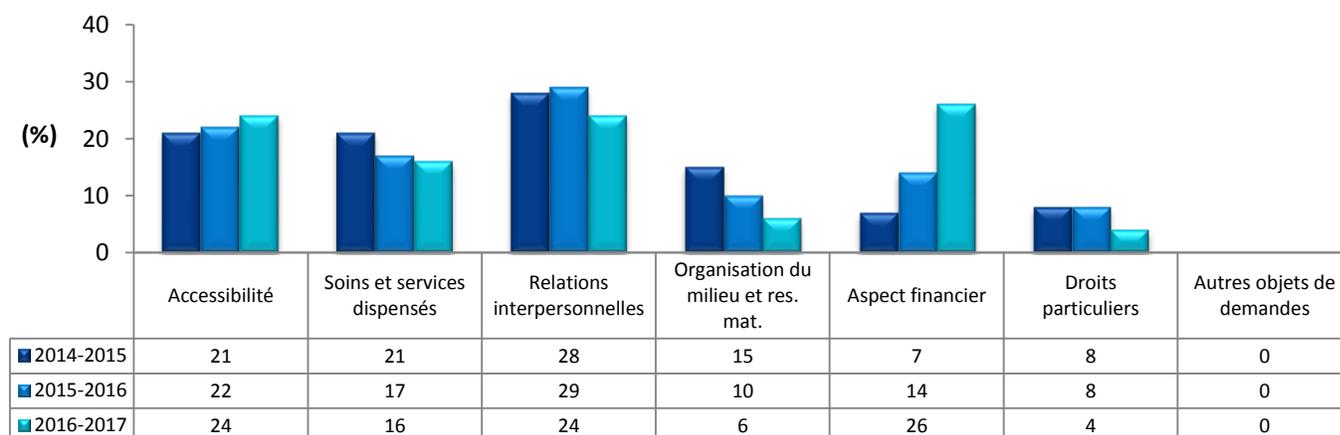
LES PLAINTES GÉNÉRALES

1.1 Évolution et répartition des plaintes reçues pour chacun des hôpitaux



1 dossier de plainte de moins qu'en 2016-2017

1.2 Évolution et répartition en pourcentage des motifs de plainte et quelques éléments d'information



On note que 79% des plaintes proviennent de l'utilisateur, alors que 21% proviennent de son représentant ou d'un tiers. Vous trouverez ci-dessous les motifs de plaintes, par ordre d'importance :

➤ **Aspect financier**

Une augmentation de 12% de ce type de plainte est observée par rapport à l'année dernière. Les principaux motifs d'insatisfaction sont :

- La facturation des frais de chambre;
- La facturation à des non-résidents canadiens;
- Les frais concernant le matériel de soins.

L'augmentation significative est principalement reliée à une information erronée qui a circulé sur les médias sociaux concernant la gratuité de la chambre lors de l'accouchement. La plupart de ces plaintes étaient non fondées. Pour les autres dossiers, le manque d'information reçue est la raison majeure invoquée par les usagers.

Plusieurs recommandations ont été émises dans les secteurs concernés, afin de s'assurer de référer les usagers aux services des admissions ou de la perception. Ainsi, les usagers peuvent recevoir la bonne information par le personnel qui connaît les règles en cette matière.

➤ **L'accessibilité aux soins et services**

Une augmentation de 2% de ce type de plainte est observée par rapport à l'année 2015-2016. Ces plaintes, classées selon le degré d'importance, concernent, entre autres, le délai d'attente pour :

- obtenir un premier rendez-vous avec un médecin spécialiste;
- voir un médecin dans les services d'urgence;
- obtenir un rendez-vous de suivi avec un médecin spécialiste;
- obtenir la ligne téléphonique pour un rendez-vous ou un service.

Une vérification de la priorisation de l'utilisateur est faite selon sa condition de santé, et des explications lui sont données concernant la gestion de la liste d'attente. Dans certains secteurs, des mesures ont été prises pour revoir les critères d'accès à un médecin spécialiste, et certains types de clientèles ont été transférés au médecin de famille pour un suivi en première ligne.

➤ **Relations interpersonnelles**

Une diminution de 5% est à noter pour ce motif de plainte, comparativement aux deux dernières années. Ces situations concernent :

- les propos inappropriés;
- le manque d'empathie;
- le manque de politesse;
- le manque d'écoute;
- le manque de respect.

Des rencontres individuelles ont eu lieu avec les employés concernés, et des objectifs d'amélioration ont été fixés en lien avec les conduites attendues décrites dans le code d'éthique. Il est à noter que trois dossiers ont été transmis à la Direction des ressources humaines pour étude à des fins disciplinaires.

Plusieurs rencontres d'équipes ont eu lieu durant l'année, afin de sensibiliser les intervenants à développer une approche empathique et humaine. Ces rencontres sont très appréciées et contribuent à améliorer l'expérience patient. La capsule de sensibilisation du code d'éthique en ligne est maintenant disponible, et les intervenants sont invités à la visionner.

➤ Soins et services dispensés

Une légère diminution de 1% de ce type de plainte est observée par rapport à l'année dernière. Ces situations concernent, entre autres:

- la difficulté de maintenir la continuité des soins lors de transferts interservices ou lors des retours à domicile;
- le jugement et les décisions cliniques;
- la qualité des traitements ou des interventions;
- les compétences techniques des intervenants.

Ces situations touchent l'aspect clinique du travail des intervenants, les connaissances, le jugement et le leadership professionnel, ainsi que l'expérience qui est mise à profit dans la prise en charge des patients hospitalisés ou ambulatoires.

Le rappel de l'application de protocoles de soins, de politiques, de procédures ou de règlements dans l'établissement est la mesure qui est appliquée le plus souvent dans ce genre de situations. La formation additionnelle et l'actualisation des compétences cliniques sont parfois d'autres éléments suggérés, tant individuellement qu'en équipe.

L'amélioration de l'information donnée par les intervenants aux usagers ou aux membres de la famille est un autre aspect traité dans les mesures correctives à apporter. Les questionnaires sont très impliqués avec les membres de leur équipe dans la recherche de solutions.

➤ Organisation du milieu et ressources matérielles

Une diminution de 4% de ce type de plainte est observée par rapport à l'année 2015-2016. Ces situations concernent :

- le confort et la commodité des lieux;
- l'adaptation des lieux pour les personnes à mobilité réduite;
- le bris ou la désuétude de certains équipements et matériel de soins;
- l'hygiène et la salubrité;
- la perte ou le vol de biens personnels.

Des rappels sont faits aux membres du personnel soignant concernant le bruit et la luminosité trop intense en période de repos pour les usagers. Des ajustements concernant l'adaptation des lieux ont été effectués, en tenant compte des ressources disponibles. Des efforts supplémentaires

ont été faits concernant l'hygiène et la salubrité des lieux communs durant les périodes très achalandées.

D'autres mesures correctives concernent l'entretien ou le remplacement d'équipement, ou l'achat de matériel clinique. Les chefs de service sont impliqués dans la résolution des problèmes rencontrés à ce niveau.

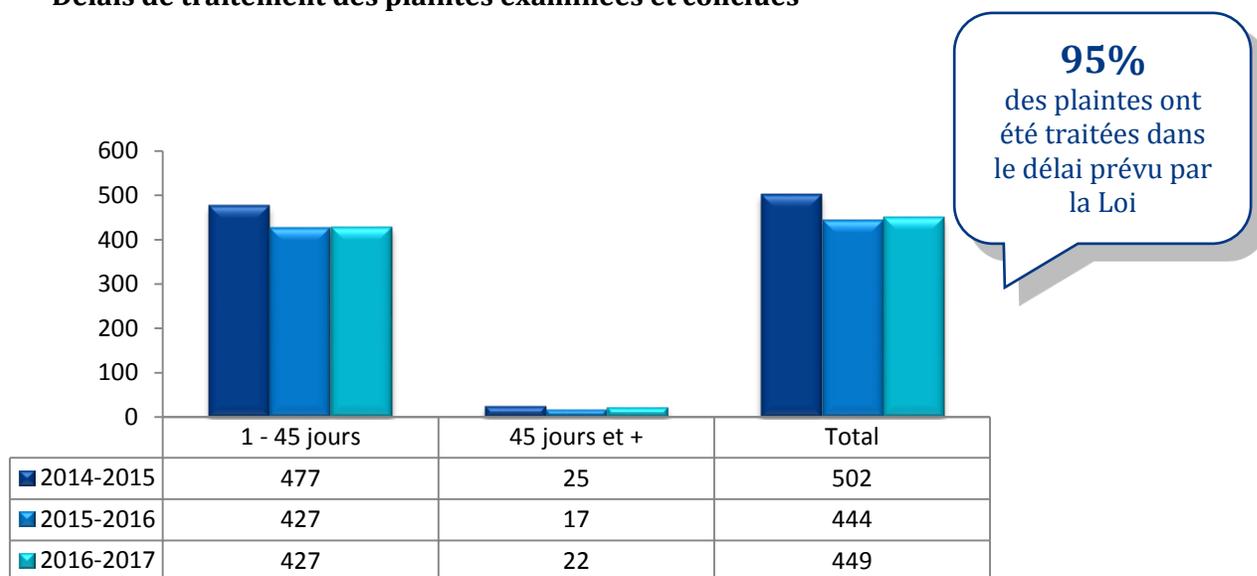
➤ Droits particuliers

Une diminution de 4% de ce type de plainte est observée par rapport à l'année 2015-2016. Ces situations concernent :

- le droit à l'information;
- le droit à la confidentialité;
- le droit d'être accompagné;
- le consentement éclairé;
- le droit à l'accommodement raisonnable.

Des explications sont données aux usagers au sujet de l'application des lois entourant l'accès au dossier de l'utilisateur et le consentement éclairé. Des rappels et des correctifs sont apportés dans les services, afin que ces aspects soient respectés par tous.

1.3 Délais de traitement des plaintes examinées et conclues



Le pourcentage de dossiers traités dans le délai de 45 jours prévu par la Loi est de 95%, comparativement à 96% l'année dernière.

1.4 Suites données aux plaintes examinées par la commissaire locale selon le motif

Catégorie de motif	Abandonné	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	Traitement complété	
					Avec mesures identifiées	Sans mesures identifiées
Accessibilité	5	1	0	1	28	88
Aspect financier	0	1	0	3	28	102
Droits particuliers	0	0	0	1	12	9
Organisation du milieu et ressources matérielles	0	1	0	0	15	13
Relations interpersonnelles	3	4	0	0	98	20
Soins et services dispensés	3	2	0	3	35	42
Autres objets de demandes	0	0	0	0	0	0
Total	11	9	0	8	216	274
GRAND TOTAL				518		

Ce tableau présente les suites données aux motifs de plainte examinés.

On observe que parmi tous les motifs de plainte examinés, 274 motifs (53%) n'ont entraîné aucune mesure corrective. Pour la plupart de ces dossiers, les motifs de plainte n'étaient pas fondés et des explications concernant les règlements, les politiques ou les procédures de l'établissement ont été fournies aux plaignants.

Des mesures correctives ont été proposées pour les 216 autres motifs (42%) examinés, incluant des recommandations pour améliorer les soins et les services dispensés. Le détail des recommandations figure à la section 1.5.

À noter que 65% des mesures correctives ont été appliquées sur une base individuelle, alors que 35% l'ont été sur une base systémique.

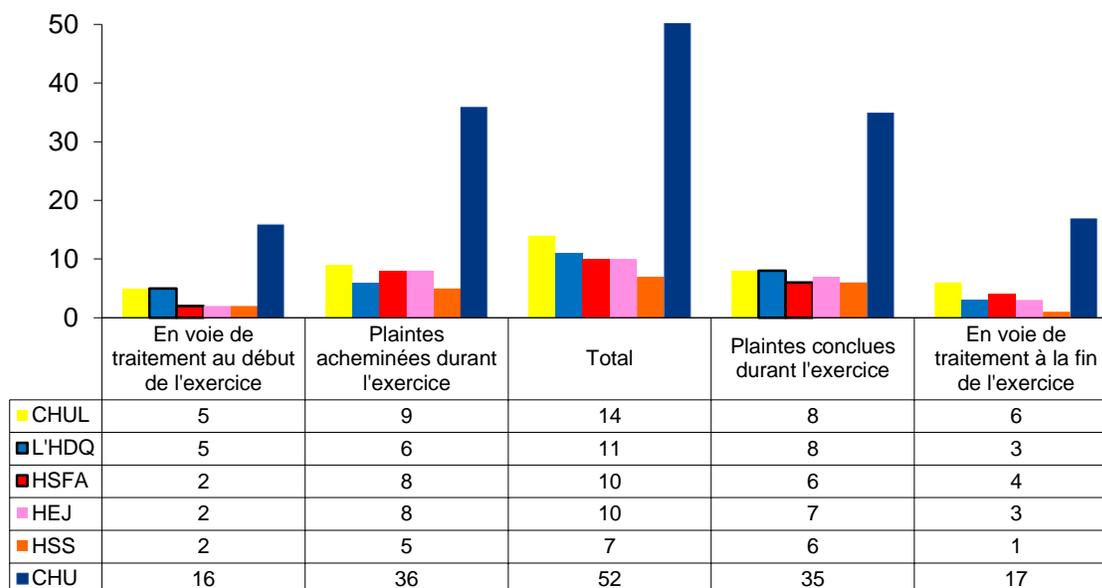
Le nombre de plaintes et de recommandations :

Année	Nombre de plaintes	Nombre de recommandations
2014-2015	478 plaintes	15 recommandations
2015-2016	450 plaintes	15 recommandations
2016-2017	449 plaintes	20 recommandations

1.5 Suivi des recommandations

Toutes les recommandations ont fait l'objet d'un suivi aux quatre rencontres du comité de vigilance et de la qualité du conseil d'administration. Celles-ci ont été accueillies favorablement par les instances et les gestionnaires concernés, qui ont démontré une très bonne collaboration pour y donner suite. En fin d'année, 16 recommandations avaient obtenu un suivi sous la forme d'une démarche d'amélioration ou d'un plan d'action établi, et les autres dossiers étaient en cours de réalisation.

1.6 L'examen des plaintes en seconde instance au Protecteur du citoyen



Au début de l'année 2016-2017, 16 dossiers demeuraient à l'étude au Protecteur du citoyen. Au cours de l'année, 36 nouvelles demandes ont été reçues.

Pour les 52 dossiers à l'étude, les motifs concernaient :

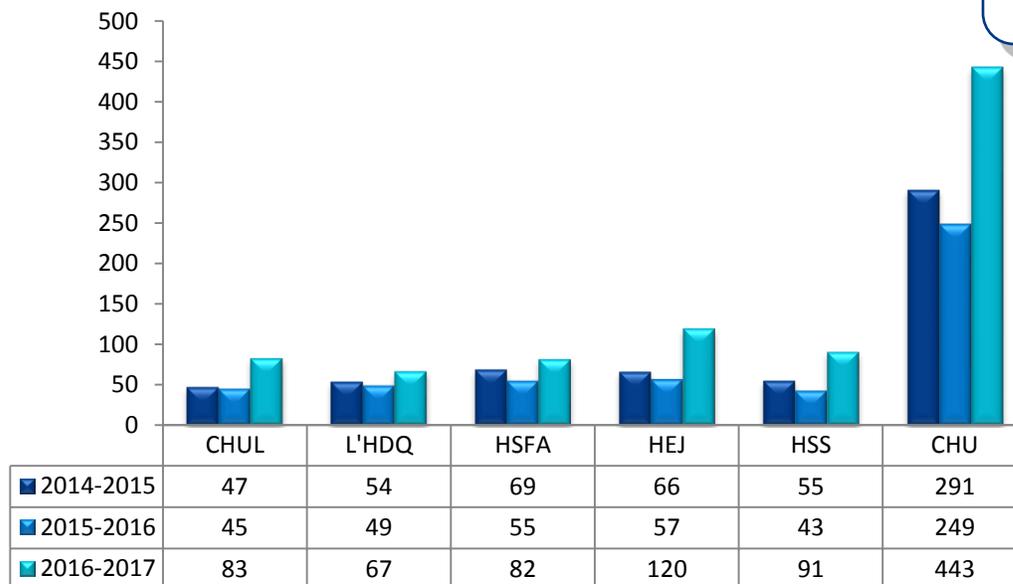
- l'aspect financier (32);
- les soins et services dispensés (11);
- l'accessibilité (5);
- les relations interpersonnelles (3);
- l'organisation du milieu et les ressources matérielles (1).

Parmi les 35 dossiers conclus au cours de l'année, 9 dossiers ont fait l'objet de recommandations de la part du Protecteur du citoyen et des mesures ont été mises en place afin d'appliquer ces recommandations, à leur satisfaction. Le suivi pour un dossier de recommandations était toujours en attente d'une réponse finale par le Protecteur du citoyen en fin d'année.

À la fin de l'année 2016-2017, 17 dossiers demeuraient en cours d'analyse par le Protecteur.

LES INTERVENTIONS

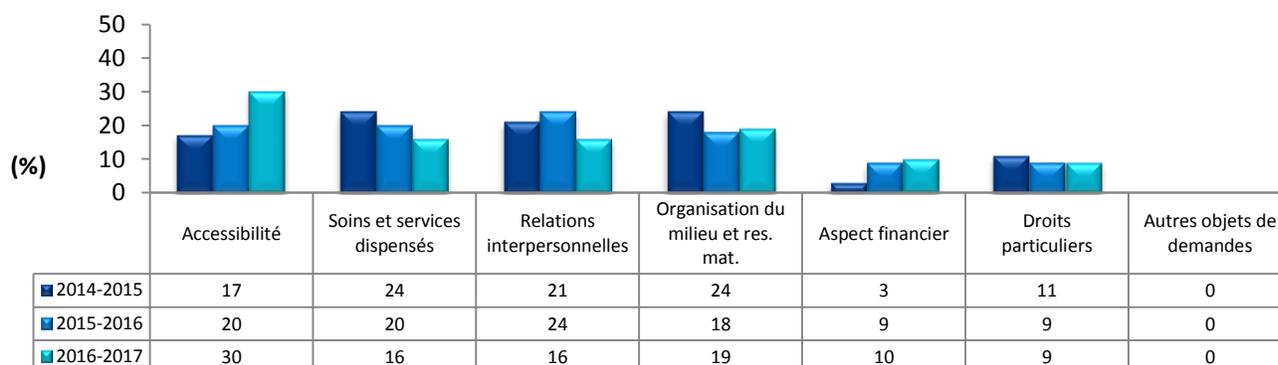
1.7 Répartition du nombre d'interventions réalisées par hôpital



La Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) mentionne que la commissaire peut intervenir de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'elle a des motifs raisonnables de croire que les droits d'un usager ou de plusieurs usagers ne sont pas respectés.

L'augmentation significative s'explique par le fait que certains types de situations ont été documentés en assistance par le passé, alors qu'ils auraient dû être documentés en interventions.

1.8 Évolution et répartition en pourcentage des motifs d'interventions



Pour les 443 dossiers d'interventions, des mesures correctives ont été apportées dans différents services et les gestionnaires ont fait preuve d'une très bonne collaboration dans l'application de ces mesures. Il est à noter qu'un dossier d'intervention peut comporter plus d'un motif.

Voici quelques exemples de situations, par ordre d'importance, pour lesquelles les commissaires sont intervenues :

Accessibilité

- Le délai pour obtenir un rendez-vous;
- Le délai pour obtenir un résultat ou un rapport;
- Les difficultés d'accès téléphonique;
- Les reports de chirurgie;
- Les difficultés d'accès aux soins ou aux services;
- Le temps d'attente pour voir un médecin dans les services d'urgence.

Organisation du milieu et ressources matérielles

- L'hygiène, la salubrité et la désinfection des lieux;
- Le confort et les commodités (le bruit et la température des locaux, le confort des chambres ou des lits, etc.);
- Les règles et les procédures du milieu (heures de visite, organisation des services);
- L'équipement et le matériel de soins (matériel défectueux ou non disponible, etc.);
- L'organisation spatiale (l'adaptation, l'accessibilité et la désuétude des lieux);
- La sécurité et la protection des usagers (mécanisme de prévention des infections, la protection des biens personnels, les systèmes d'appels, etc.);
- La protection des biens personnels;
- La compatibilité des clientèles.

Relations interpersonnelles

- Les commentaires inappropriés;
- Le manque d'empathie;
- Les comportements inappropriés;
- Le manque d'écoute;
- Le manque d'information;
- Le manque de politesse.

Il est à noter que quatre dossiers ont été transmis à la Direction des ressources humaines pour étude à des fins disciplinaires.

Soins et services dispensés

- La continuité des soins (absence de suivi, orientation inappropriée, mauvaise information);
- La préparation du transfert interétablissements ou du retour à domicile;
- Le jugement et les décisions cliniques;
- Les traitements et interventions cliniques;
- Les soins lors des transports (transport adapté, avion-ambulance).

Aspect financier

- La facturation des frais de chambre;
- La facturation des soins pour les non-résidents canadiens;
- Les frais reliés au transport et au stationnement.

Droits particuliers

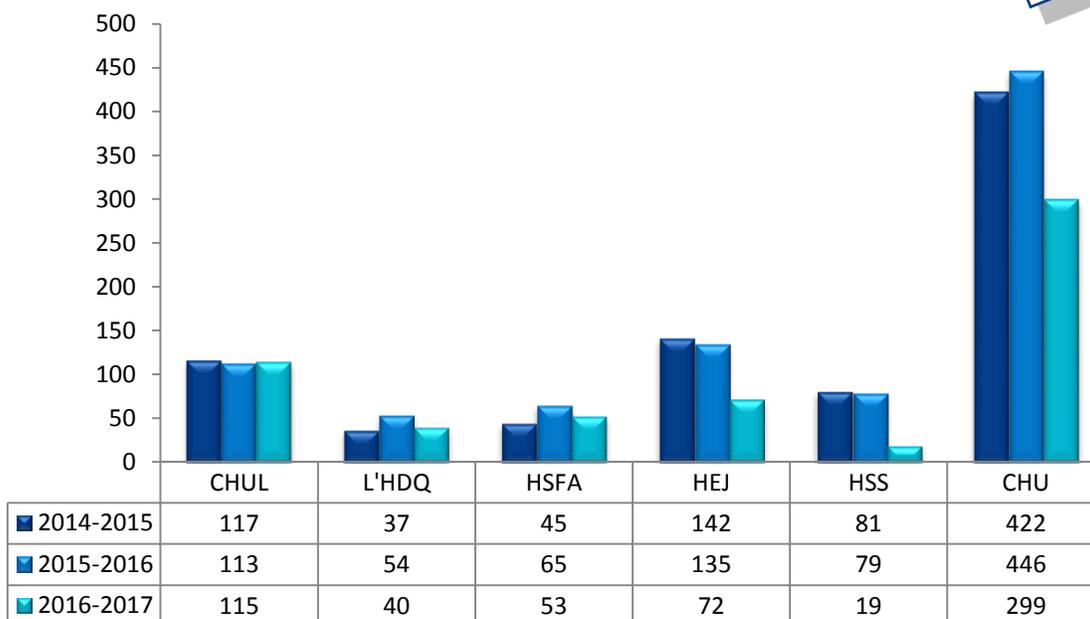
- Le droit d'accès au dossier de l'utilisateur;
- Le droit à la confidentialité;
- Le droit à l'information;
- Le droit d'être accompagné;
- Le choix de l'établissement;
- Le consentement libre et éclairé.

Les mesures correctives appliquées sont les mêmes que dans les dossiers de plaintes. Les gestionnaires et les employés font preuve de collaboration et d'initiative dans la recherche de solutions d'amélioration. Le nombre total de dossiers de plaintes générales et d'interventions est de 892 dossiers.

LES DEMANDES D'ASSISTANCE

1.9 Répartition des demandes d'assistance reçues par hôpital

↓ **33%**
des demandes par
rapport à l'année
dernière

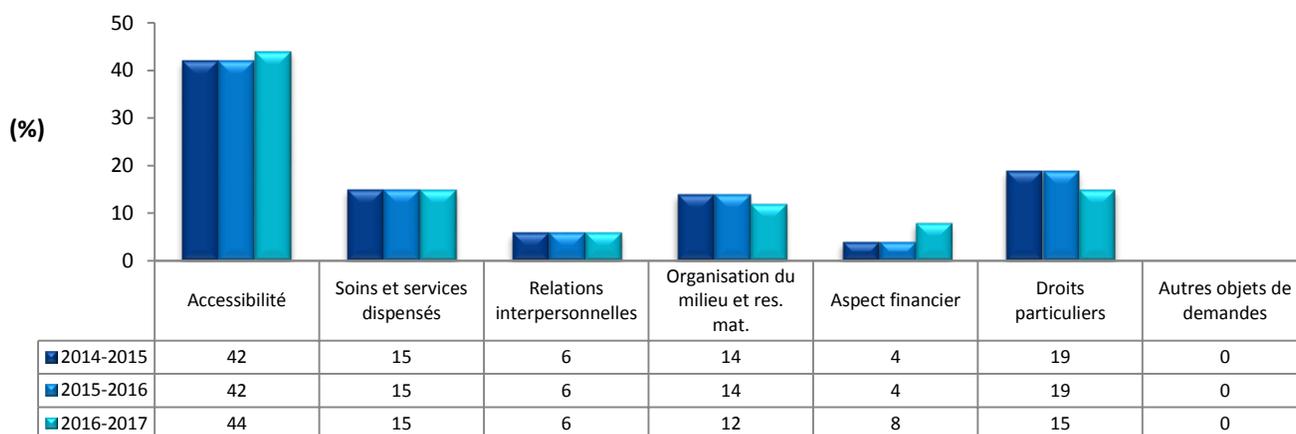


Les demandes d'assistance proviennent d'un usager ou de l'un de ses proches qui souhaitent obtenir l'aide de la commissaire. Dans certains cas, de l'information est donnée sur le processus de plainte, tel que décrit par la LSSSS. Dans d'autres cas, les personnes sollicitent notre aide pour obtenir un soin ou un service parce qu'ils ont une méconnaissance de l'organisation des milieux de soins, ou lorsque l'accessibilité est difficile.

Les demandes d'assistance peuvent, dans certains cas, devenir des dossiers de plainte lorsque le plaignant n'obtient pas satisfaction à sa demande. Les commissaires peuvent également être sollicités afin d'aider l'utilisateur dans l'élaboration de la plainte.

Parmi les demandes d'assistance, 91% concernaient un besoin d'aide afin d'obtenir un soin ou un service, alors que 9% étaient des demandes d'aide à la formulation d'une plainte.

1.10 Évolution et répartition en pourcentage des motifs liés aux demandes d'assistance et quelques éléments d'information

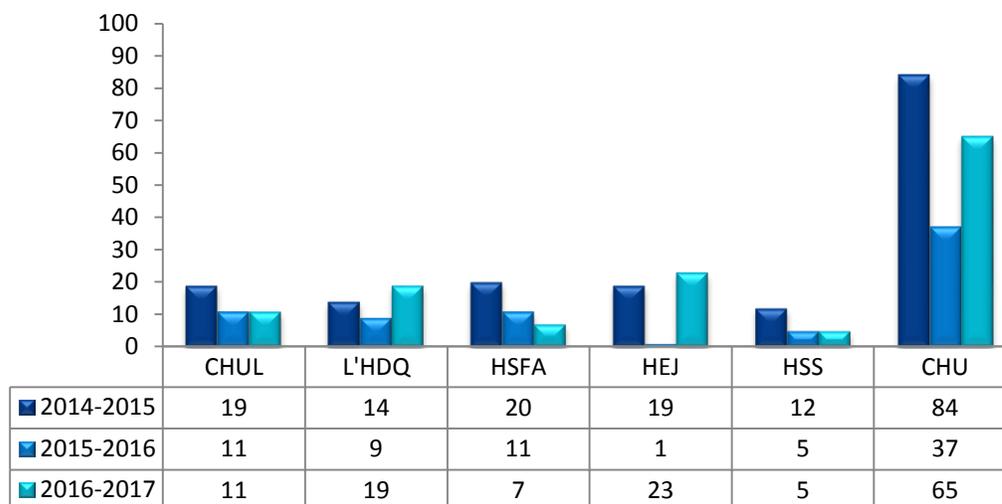


Pour l'année 2016-2017, 44 % des demandes d'assistance concernaient l'accessibilité aux soins et aux services, ce qui représente une légère augmentation de 2% par rapport à l'année précédente. Les droits des usagers, ainsi que les soins et services dispensés, sont les deux autres motifs d'assistance, représentant au total 30% des dossiers traités. Les motifs touchant l'organisation du milieu, les relations interpersonnelles et les aspects financiers sont, la plupart du temps, traités en plainte ou en intervention, ce qui explique leur nombre moins élevé.

Le délai moyen de réponse aux demandes d'assistance est de quatre jours.

LES CONSULTATIONS

1.11 Répartition du nombre de consultations par hôpital



↑ **48%**
des consultations
comparativement à
l'année dernière

Les consultations proviennent des chefs de départements, des chefs de service cliniques ou des intervenants, qui ont besoin de l'avis des commissaires concernant le respect des droits des usagers ou certaines situations ayant une composante éthique. Voici quelques exemples de sujets abordés :

- Les responsabilités des usagers au sujet de certaines règles et procédures;
- Le droit de consentir ou de refuser des soins;
- Le droit à l'information;
- Le droit d'accès au dossier de l'utilisateur;
- Le droit d'être accompagné.

Les activités de promotion du code d'éthique et du régime d'examen des plaintes ont grandement contribué à faire connaître le rôle de la commissaire dans l'établissement. De plus, l'arrivée de nouveaux gestionnaires dans les services peut aussi expliquer l'augmentation des consultations.

LES ACTIVITÉS DE LA COMMISSAIRE

En plus du traitement des dossiers, la commissaire locale et les commissaires adjointes ont réalisé 42 activités de promotion concernant le respect des droits des usagers et le régime d'examen des plaintes.

Une capsule de sensibilisation du code d'éthique est maintenant accessible en ligne via la plate-forme Multi-Accès, et ce, pour tous les intervenants. Une campagne de promotion ayant pour thème le professionnalisme a été lancée en janvier 2017, et se poursuivra toute l'année.

Les commissaires ont également participé à trois activités de réseautage au niveau provincial et offert du soutien à d'autres commissaires locaux et partenaires du réseau, et ce, à plusieurs occasions.

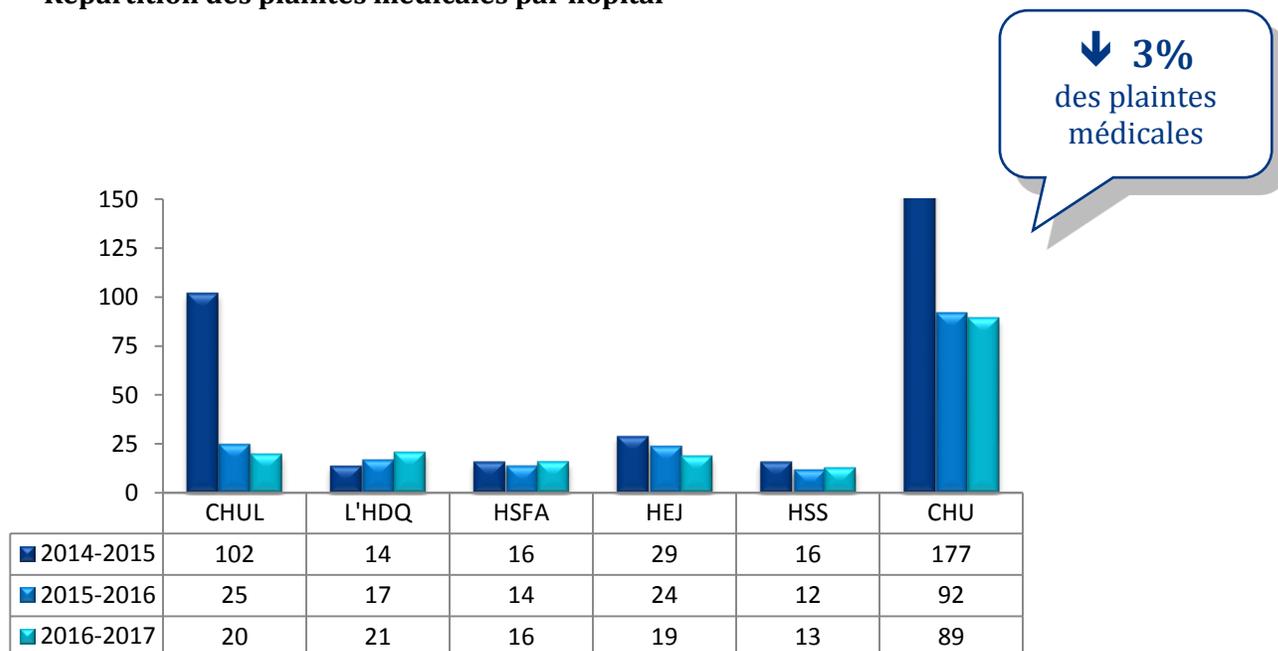
CHAPITRE 2

Rapport des médecins examinateurs

Le mandat du médecin examinateur consiste à analyser toute plainte concernant un médecin, un dentiste, un pharmacien ou un résident en médecine du CHU de Québec-Université Laval.

Durant l'année 2016-2017, les plaintes médicales ont diminué de 3%. Au total, 89 dossiers de plainte ont été reçus. À la fin de cette période, 11 dossiers demeuraient en traitement.

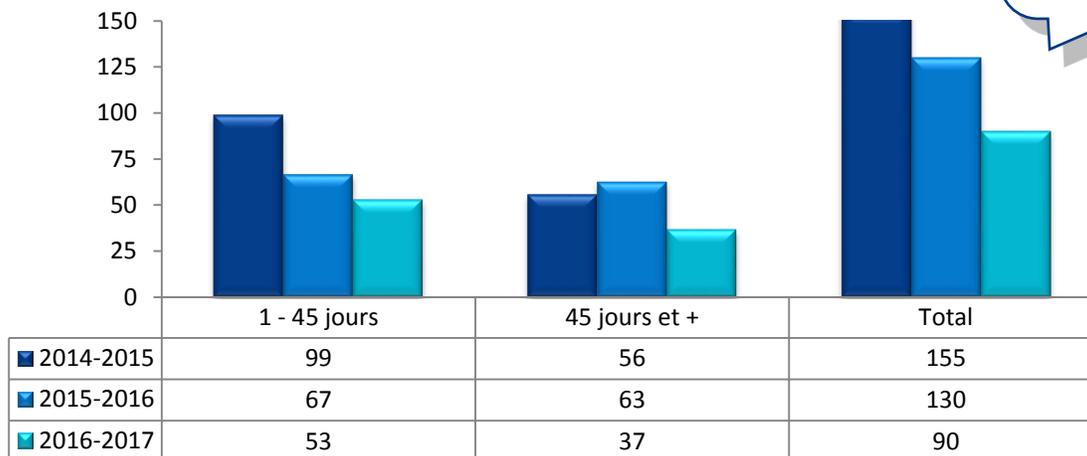
2.1 Répartition des plaintes médicales par hôpital



Les statistiques indiquent que 57% des plaintes médicales sont déposées par l'utilisateur lui-même, 11% par un représentant de l'utilisateur, et 29% par une tierce personne. Dans 27 dossiers, le plaignant était accompagné du Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes.

2.2 Nombre de plaintes examinées et conclues dans le délai :

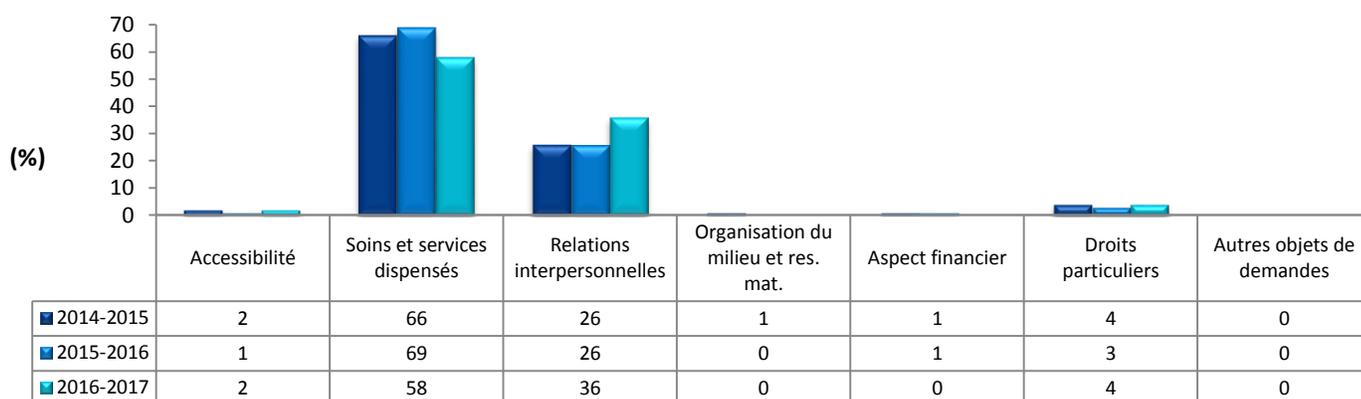
59%
des plaintes ont
été traitées dans le
délai prévu par la
Loi



Le délai de traitement de 45 jours prévu par la Loi demeure un défi pour le traitement des plaintes médicales et est directement lié à la disponibilité des médecins examinateurs ou des médecins visés par les plaintes. Le délai s'est amélioré pour l'année 2016-2017. En effet, 59% des plaintes ont été traitées dans le délai prescrit, alors que ce résultat était de 50% l'année dernière. Des efforts sont déployés afin de continuer d'améliorer le nombre de dossiers traités dans le délai prescrit.

Il faut toutefois mentionner que 71% de tous les dossiers ont été traités dans les 60 jours, et 95% dans les 90 jours suivant le dépôt de la plainte. Dans tous les cas où le délai s'est prolongé au-delà de 45 jours, les usagers ont été avisés et ont accepté la prolongation du délai de traitement de leur plainte.

2.3 Évolution et répartition en pourcentage des motifs liés aux plaintes médicales et quelques éléments d'information



Les situations les plus souvent rencontrées sont, par ordre d'importance :

Soins et services dispensés

- L'évaluation et le jugement clinique;
- Les habiletés techniques lors des interventions de soins;
- Les difficultés dans le suivi et la continuité des soins;
- Le choix des interventions.

Relations interpersonnelles

- Les comportements et les commentaires inappropriés;
- Le manque d'écoute ou d'empathie;
- Le manque d'information;
- Le manque de disponibilité.

Droits particuliers

- Le droit à l'information;
- Le droit au consentement libre et éclairé;
- Le choix du professionnel.

2.4 Suites données aux plaintes examinées par les médecins examinateurs selon le motif

Catégorie de motif	Abandonné	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	Traitement complété	
					Avec mesures identifiées	Sans mesures identifiées
Accessibilité	0	0	0	0	2	0
Aspect financier	0	0	0	0	0	0
Droits particuliers	0	0	0	1	2	2
Organisation du milieu et ressources matérielles	0	0	0	0	0	0
Relations interpersonnelles	1	0	0	2	24	11
Soins et services dispensés	0	1	0	6	18	36
Autres objets de demandes	0	0	0	0	0	0
Total	1	1	0	9	46	49
GRAND TOTAL				105		

Parmi les motifs de plainte examinés, 49 motifs (47%) de plainte n'ont entraîné aucune mesure corrective. Dans la plupart des cas, les explications données aux plaignants par le médecin examinateur ont permis la conciliation.

Des mesures correctives ont été proposées dans 46 motifs (44%) de plainte. Ces mesures visaient à sensibiliser les professionnels concernés, et à les inciter à modifier certains aspects de leur pratique, relativement aux politiques et règlements de l'établissement ainsi qu'au code de déontologie.

Au total, 20 recommandations ont été formulées, dont 8 étaient en attente de suivi à la fin de l'année. Elles concernaient, entre autres :

- L'amélioration de la gestion des listes d'attente pour la chirurgie oncologique;
- Le développement d'une culture de respect entre les intervenants, et ce, dans plusieurs secteurs d'activités;
- Le développement de l'interdisciplinarité entre les intervenants dans les situations de patients instables;
- L'utilisation de matériel sécuritaire pour les patients;
- Le respect des procédures spécifiques de prévention des infections;
- Le développement du suivi des patients en oncologie par les intervenants.

Ces recommandations ont été reçues dans un esprit d'amélioration, et des changements ont été envisagés en ce sens.



Jean-Guy Émond, m.d.
Médecin examinateur



Michel Vallières, m.d.
Médecin examinateur



Denis D'Amours, m.d.
Médecin examinateur



Marc de Blois, m.d.
Médecin examinateur



Richard Bernier, m.d.
Médecin examinateur



Daniel Rizzo, m.d.
Médecin examinateur



Maria-Élissa Picard, m.d.
Médecin examinateur

CHAPITRE 3

Dossiers à l'étude au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

1.1 L'examen des plaintes par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

En début d'année, trois dossiers étaient toujours à l'étude.

Aucun dossier n'a été acheminé au CMDP au cours de l'année 2016-2017. Deux dossiers ont été conclus sans recommandation.

À la fin de l'année, un seul dossier demeurait à l'étude par le CMDP.

CHAPITRE 4

Rapport du président du comité de révision

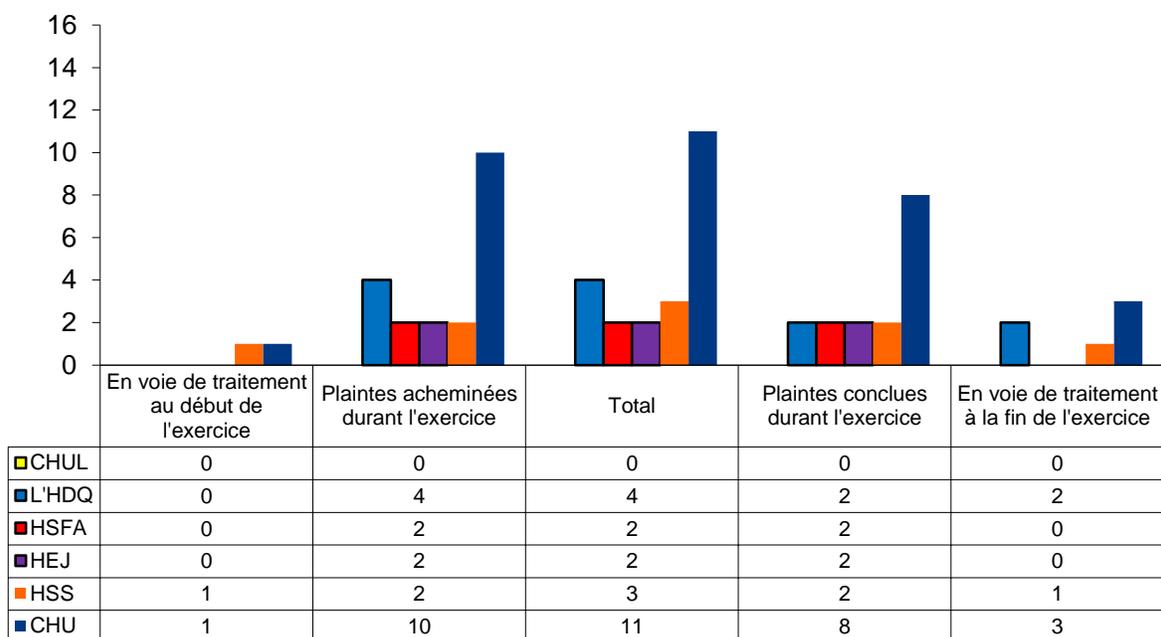
Comme le prévoit la LSSSS, le comité de révision est institué par le conseil d'administration pour procéder spécifiquement, lorsque demandé par un plaignant ou par le médecin faisant l'objet de la plainte, à la révision du traitement accordé par les médecins examinateurs de l'établissement à l'examen d'une plainte. Ce comité est composé d'un président et de deux médecins, ainsi que de deux médecins substitués. Ils sont nommés par résolution du conseil d'administration.

Au début de l'année 2016-2017, un dossier de l'année précédente était à l'étude. 10 nouveaux dossiers ont été soumis au comité de révision au cours de l'année. Les membres se sont réunis à cinq reprises et ont complété le traitement de 8 demandes de révision. Trois dossiers étaient en cours d'examen à la fin de l'année. Dans tous les cas, les plaignants ont été rencontrés, ce qui a permis aux membres du comité de recevoir leurs commentaires et de leur donner des explications supplémentaires.

En ce qui a trait aux motifs de plainte évoqués, 63% des dossiers examinés concernaient les soins et les services dispensés. Les relations interpersonnelles arrivent en second lieu, avec 27% et l'accessibilité en troisième, avec 10%.

En 2016-2017, le comité a confirmé les conclusions du médecin examinateur dans 80% des dossiers examinés. Une demande de complément d'examen a été acheminée au médecin examinateur et a été répondue par la suite à la satisfaction du comité.

4.1 L'examen des plaintes en seconde instance au comité de révision



4.2 Délais de traitement d'examen des demandes de révision

Tous les dossiers ont été traités dans le délai de 60 jours prévu par la LSSSS.

Préoccupations et recommandations des membres du comité :

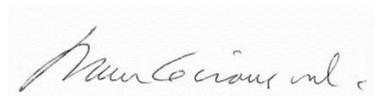
Nous souhaiterions partager à nouveau nos préoccupations avec les membres du CMDP. Nous tenons d'ailleurs à souligner notre appréciation envers le président et les membres de ce conseil, pour leur accueil et leur réceptivité à nos propos.

Selon l'analyse des dossiers de plaintes par le comité de révision, quelques éléments nous apparaissent suffisamment importants pour qu'ils soient mentionnés dans ce rapport. Dans la majorité de ces dossiers, les plaignants remettent en question l'évaluation, le jugement professionnel et les décisions cliniques prises au cours de leur épisode des soins, dans les services ambulatoires ou hospitaliers. De plus, ils déplorent le manque d'information reçue à ce sujet. Selon eux, une information plus complète aurait pu leur permettre de mieux comprendre leur situation.

Il nous apparaît donc important de recommander à vos membres d'avoir en tout temps une bonne communication avec les usagers, par rapport aux décisions cliniques qu'ils prennent et de fournir aux usagers, les explications nécessaires afin de faciliter leur compréhension. L'information comprise par l'utilisateur est un gage de satisfaction pour lui.

En terminant, à titre de président, je tiens à remercier tous les membres du comité ainsi que la commissaire et son adjointe administrative pour leur disponibilité et leur engagement dans le cadre de ce processus visant avant tout à assurer la meilleure qualité de service aux personnes qui sont traitées dans notre établissement.

Le président du comité de révision du CHU de Québec-Université Laval,



Marc Giroux, m.d.

Membres du comité de révision :

D^r Marc Giroux, président et membre du conseil d'administration

D^r Fabien Gagnon, médecin psychiatre

D^r Robert Lauzon, médecin urgentologue

D^{re} Pauline Crête, médecin omnipraticienne, membre substitut

D^r Marc Bergeron, médecin hématologue, membre substitut

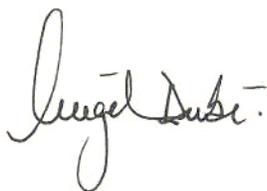
CONCLUSION

Les résultats énoncés dans ce rapport témoignent du souci constant de tous les membres de la direction pour maintenir et améliorer la qualité des soins et services. Toutes les personnes impliquées dans la conciliation et la résolution de problèmes dans les situations rencontrées se sont senties concernées, en proposant des solutions qui ont été mises en place par la suite.

Les efforts continueront afin d'améliorer les aspects financiers, l'accessibilité, les relations interpersonnelles, ainsi que la qualité des soins dispensés aux usagers. Le Bureau de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services prendra une part active dans le soutien à apporter et ce, à différents niveaux, dans la poursuite de ces objectifs.

J'aimerais adresser mes remerciements à tous les membres de la direction ainsi qu'aux gestionnaires, aux adjointes et assistantes des chefs de service, et à tous les intervenants pour leur appui constant dans la recherche de l'amélioration de la qualité des soins et des services.

La commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services du CHU de Québec-Université Laval,



Angèle Dubé

LEXIQUE

Plainte :	Insatisfaction exprimée par un usager ou son représentant sur les services qu'il a reçus, aurait dû recevoir, reçoit ou requiert tant au niveau général que médical. Elle est traitée de la même façon, qu'elle soit verbale ou écrite.
Plainte générale :	Insatisfaction de toute nature pour les soins et services en général.
Plainte médicale :	Insatisfaction concernant un médecin, un dentiste, un pharmacien ou un résident.
Plainte médico-administrative :	Insatisfaction reliée soit à un service ou à un département impliquant le corps médical.
Motif de plainte :	Une même plainte peut comporter plusieurs motifs. Par conséquent, le nombre de motifs de plainte est plus élevé que le nombre de plaintes.
Consultation :	Demande d'avis portant notamment sur l'application du régime d'examen des plaintes, les droits des usagers et l'amélioration de la qualité des services.
Demande d'assistance :	Aide concernant un soin ou un service; aide à la formulation d'une plainte auprès d'une autre instance.
Intervention :	Toute action visant l'amélioration de la qualité des services ainsi que la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits.
Première instance :	Plainte traitée par la commissaire, la commissaire adjointe ou le médecin examinateur.
Deuxième instance :	Recours à un deuxième palier afin que la plainte soit examinée à nouveau, soit par le Protecteur du citoyen pour une plainte ayant été traitée par la commissaire, soit par le comité de révision pour une plainte ayant été traitée par le médecin examinateur.