

Rapport annuel 2017-2018



- 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 le 4 juin 2018
Adopté par le conseil d'administration le 19 juin 2018

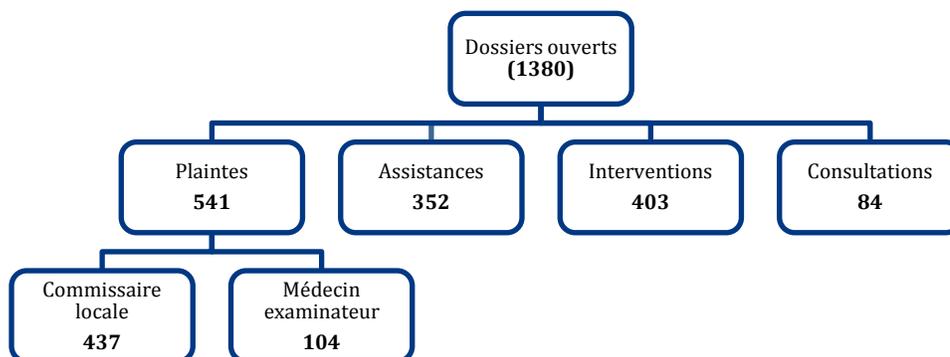
TABLE DES MATIÈRES

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.....	14
Chapitre 3 : Dossiers à l'étude au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)	18
Chapitre 4 : Rapport du président du comité de révision	19
Conclusion	21
Lexique	22

FAITS SAILLANTS

- Le nombre de plaintes générales a légèrement diminué de 3%. Les deux motifs principaux sont les soins et services dispensés et les relations interpersonnelles;
- Les plaintes médicales ont augmenté de 17%, et le principal motif concerne les soins et services dispensés;
- Les interventions ont diminué de 9%, et le motif le plus récurrent concerne l'accessibilité;
- Les demandes d'assistance ont augmenté de 18%. Le motif principal demeure l'accessibilité;
- Les consultations ont augmenté de 29%. Elles proviennent surtout des chefs d'unité et des intervenants;
- Le nombre total de tous les dossiers traités durant l'année a augmenté de 3% par rapport à l'année précédente.

La répartition des dossiers ouverts :



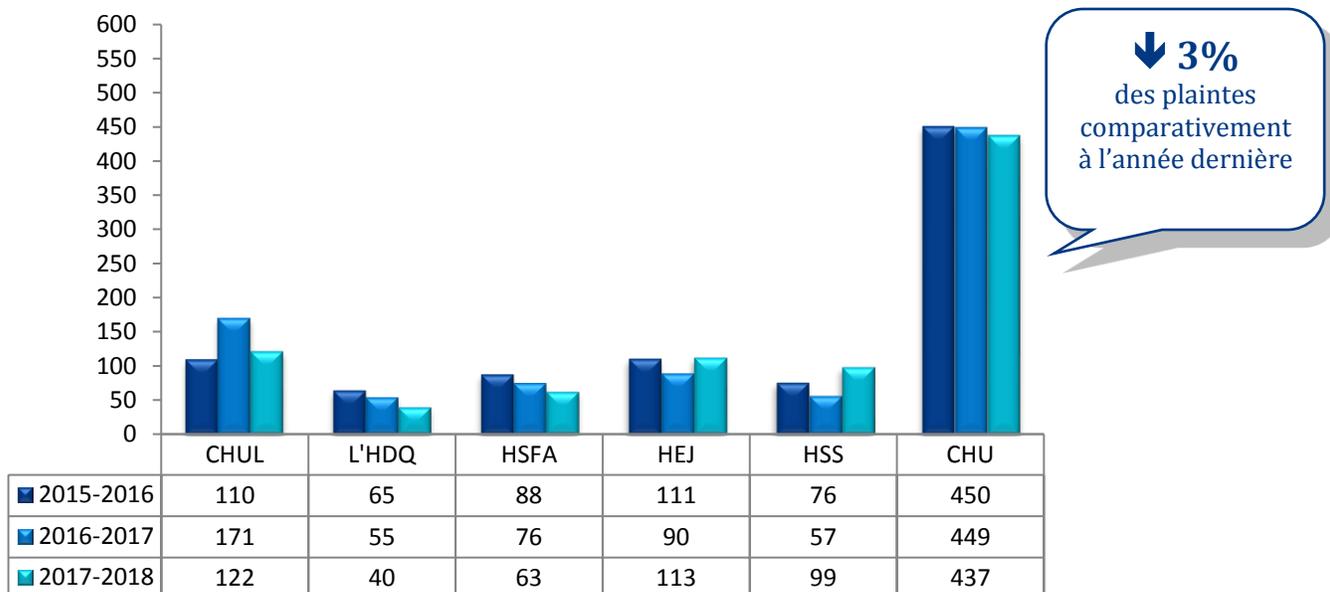
Dossiers	2015-2016	2016-2017	2017-2018	Écart
Plaintes générales	450	449	437	↓ 3%
Plaintes médicales	92	89	104	↑ 17%
Demandes d'assistance	447	299	352	↑ 18%
Interventions	249	443	403	↓ 9%
Consultations	37	65	84	↑ 29%
Nombre total de dossiers traités	1275	1345	1380	↑ 3%

CHAPITRE 1

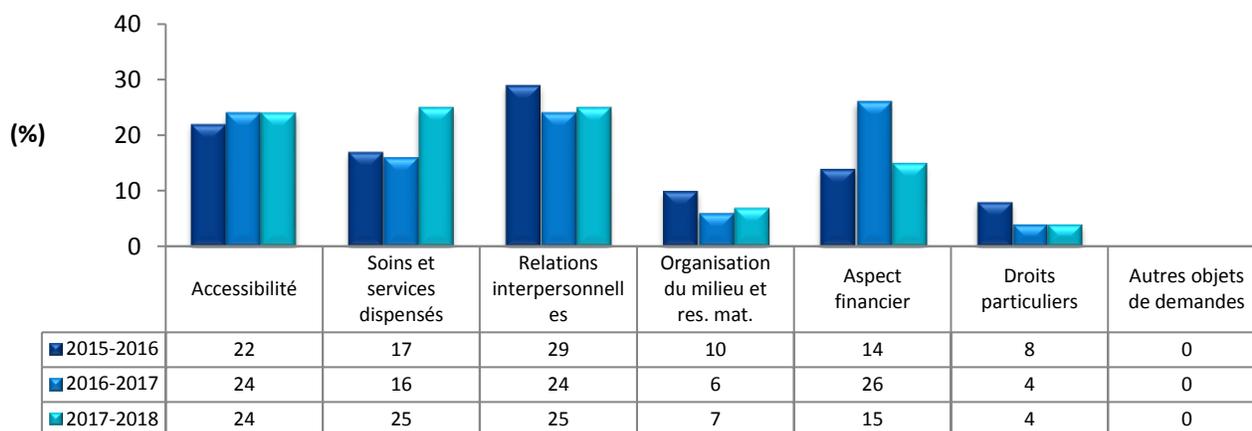
Rapport de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

LES PLAINTES GÉNÉRALES

1.1 Évolution et répartition des plaintes reçues pour chacun des hôpitaux



1.2 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 :

➤ Soins et services dispensés

Les plaintes concernant les soins et services ont connu une augmentation de 9% par rapport à l'année dernière. Ces situations concernent, entre autres:

- le jugement et les décisions cliniques;
- la qualité des interventions ou des traitements donnés;
- les compétences techniques et professionnelles;
- la continuité des soins dans le processus de transfert.

Ces situations touchent l'aspect clinique du travail des intervenants, principalement dans les unités de soins. Bien que les protocoles, les procédures et les techniques de soin existent et sont connus par l'ensemble des équipes, leur mise en application peut parfois faire défaut.

La formation continue concernant les protocoles de soins, les politiques, les procédures ou les règlements dans l'établissement est la mesure qui est appliquée le plus souvent, afin d'améliorer la qualité des soins. L'évaluation et la mise à niveau des compétences cliniques sont d'autres éléments suggérés, tant individuellement qu'en équipe.

Les gestionnaires, les conseillères cliniques et les infirmières cliniciennes sont très impliqués avec les membres de leurs équipes dans la recherche de solutions et d'amélioration. L'implantation du système de gestion a permis aux gestionnaires et à leurs équipes de soutien d'être au cœur des activités de soins et d'assurer la vigilance nécessaire, pour maintenir et améliorer la sécurité et la qualité des soins dispensés.

➤ Relations interpersonnelles

Une augmentation de 1% est à noter pour ce motif de plainte, comparativement à l'année dernière. Ces situations concernent :

- les commentaires inappropriés;
- le manque d'empathie;
- le manque d'écoute;
- le manque de respect;
- le refus de s'identifier.

Ces plaintes concernent des attitudes et comportements d'employés à l'égard de la clientèle. Des rencontres individuelles ont eu lieu avec les employés concernés, et des objectifs d'amélioration ont été fixés concernant les conduites attendues décrites dans le code d'éthique. Il est à noter que 12 dossiers ont été transmis à la Direction des ressources humaines pour étude à des fins disciplinaires.

Durant l'année 2017-2018, les commissaires ont fait beaucoup d'activités de sensibilisation concernant le professionnalisme, dans le but d'améliorer l'expérience patient. Plusieurs rencontres d'équipes ont eu lieu en collaboration avec les gestionnaires, et différents thèmes concernant l'approche empathique et humaine ont été abordés.

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

Nous avons eu le même pourcentage que l'année dernière pour ce motif de plainte. Ces plaintes, classées selon le degré d'importance, concernent, entre autres, le délai d'attente pour :

- obtenir un premier rendez-vous aux consultations externes;
- voir un médecin dans les services d'urgence;
- obtenir un résultat ou un rapport par un médecin spécialiste;
- obtenir un rendez-vous de suivi par un médecin spécialiste.

Dans la dernière année, beaucoup de travaux d'amélioration ont eu lieu par le biais des grands projets institutionnels. Un vaste projet de déploiement de centres de rendez-vous (CRV) pour les consultations externes spécialisées est en cours, et un premier centre a vu le jour en dermatologie. De plus, un projet de centralisation des rendez-vous pour les cinq sites est également en déploiement en imagerie médicale, afin d'optimiser le temps d'attente, selon la condition de santé de l'utilisateur.

Au niveau régional, un centre de répartition des demandes de services (CRDS) a été mis en place, afin de regrouper les premières demandes de consultation à un médecin spécialiste. Dans la phase 1 du projet, 9 spécialités ciblées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ont été déployées et la phase 2 est à venir.

Il est à noter que dans chacun des dossiers traités par les commissaires, des vérifications sont faites, afin de s'assurer que les patients sont bien inscrits sur les listes d'attente, et que leur priorisation correspond à leur condition de santé, selon les critères établis par les équipes médicales.

➤ **Aspect financier**

Une diminution de 11% 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.

Beaucoup d'efforts ont été faits afin d'améliorer l'information donnée aux usagers lorsqu'ils font le choix d'une chambre privée ou semi-privée. Chacune des directions-clientèle a mis en place des mesures correctives, pour que les usagers soient référés au service des admissions ou de la perception, afin de recevoir la bonne information au moment de faire leur choix. La Direction des services professionnels a également pris des mesures similaires auprès de tous les médecins.

➤ **Organisation du milieu et ressources matérielles**

Une augmentation de 1% de ce type de plainte est observée par rapport à l'année 2016-2017. Ces situations concernent :

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

De la sensibilisation est faite par les gestionnaires aux membres du personnel soignant, concernant le bruit et la luminosité trop intense en période de repos pour les usagers. Des efforts constants sont faits concernant l'hygiène et la salubrité des lieux communs durant les périodes très achalandées. Des projets sont en cours afin de réaménager des salles de toilettes pour les personnes handicapées.

D'autres mesures correctives sont mises en application concernant l'entretien ou le remplacement d'équipement et de matériel clinique. Les chefs de service et leurs équipes de soutien sont très impliqués dans la résolution des problèmes à ce niveau.

➤ **Droits particuliers**

Le même pourcentage de plainte est observé par rapport à l'année dernière. Ces situations concernent :

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

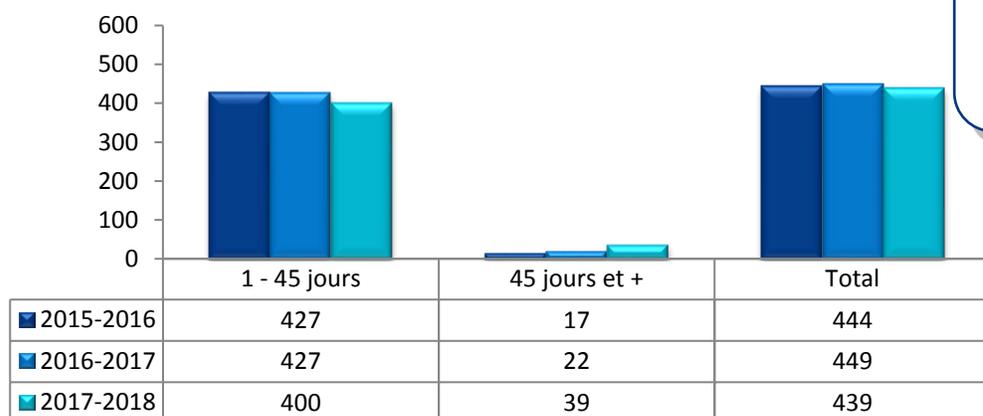
Des explications sont données aux usagers au sujet de l'application des lois entourant l'accès au dossier de l'utilisateur et le consentement éclairé. Des rappels et des correctifs sont apportés dans les services, afin que ces aspects soient respectés par tous.

Plaintes et signalements concernant la maltraitance

L'article 14 de la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité* mentionne que le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services doit prévoir, dans son rapport annuel, une section traitant spécifiquement des plaintes et des signalements qu'il a reçus concernant des cas de maltraitance.

Il faut donc mentionner que durant l'année 2017-2018, le Bureau de la commissaire a reçu deux signalements. Le premier concernait une suspicion de négligence pour les soins que l'utilisateur aurait dû recevoir de la part du personnel de la résidence où il habitait. Le dossier a été transféré à la commissaire concernée par cette résidence. Le deuxième signalement concernait un risque d'abus financier envers les usagers de la part d'un membre du personnel. Ce dossier a été transféré au responsable des ressources humaines pour des fins d'analyse.

1.3 Délais de traitement des plaintes examinées et conclues



91%
des plaintes ont
été traitées dans
le délai prévu par
la Loi

Le pourcentage de dossiers traités dans le délai de 45 jours prévu par la Loi est de 91%, comparativement à 95% 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	0	1	0	2	38	97
Aspect financier	0	0	0	0	26	58
Droits particuliers	0	0	0	1	6	17
Organisation du milieu et ressources matérielles	0	0	0	2	22	14
Relations interpersonnelles	0	1	0	1	116	25
Soins et services dispensés	0	0	0	6	48	91
Total	0	2	0	12	256	302
GRAND TOTAL				572		

On observe que parmi tous les motifs de plainte examinés, 302 motifs (53%) n'ont entraîné aucune mesure corrective. Pour ces dossiers, les motifs de plainte n'étaient pas fondés et des explications concernant l'organisation, les règlements, les politiques ou les procédures de l'établissement ont été fournies aux plaignants.

Des mesures correctives ont été proposées pour les 256 autres motifs examinés (45%), incluant 13 recommandations, pour améliorer les soins et les services dispensés. Le détail des recommandations figure à la section 1.5.

À noter que 60% des mesures correctives ont été appliquées sur une base individuelle, alors que 40% l'ont été sur une base systémique.

Le nombre de plaintes et de recommandations :

Année	Nombre de plaintes	Nombre de recommandations
2015-2016	450 plaintes	15 recommandations
2016-2017	449 plaintes	20 recommandations
2017-2018	437 plaintes	13 recommandations

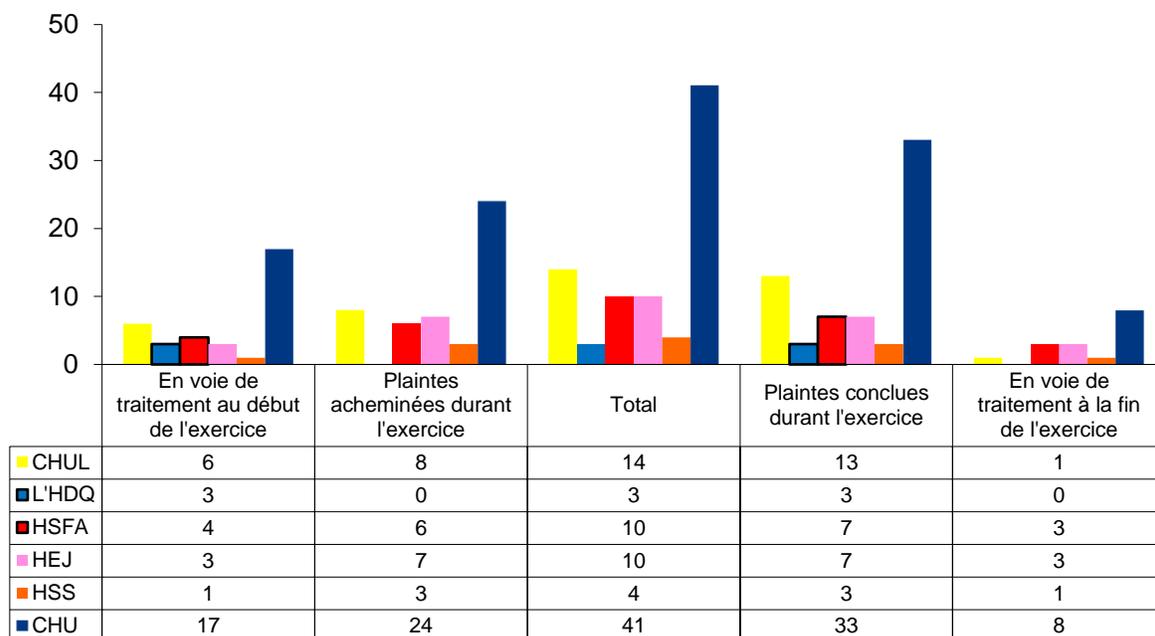
1.5 Suivi des recommandations

Les recommandations concernaient, entre autres, les motifs suivants :

- Le respect de l'intimité des lieux occupés par les usagers;
- Le respect de la confidentialité lors des consultations médicales;
- La protection de la médication personnelle des usagers lors de leur hospitalisation;
- L'évaluation des compétences de certains professionnels;
- L'information transmise au sujet des aspects financiers.

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, toutes les recommandations avaient obtenu un suivi sous la forme d'une démarche d'amélioration ou d'un plan d'action établi.

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



Au début de l'année 2017-2018, 17 dossiers demeuraient à l'étude au Protecteur du citoyen. Au cours de l'année, 24 nouvelles demandes ont été reçues.

Pour les 41 dossiers à l'étude, les motifs concernaient :

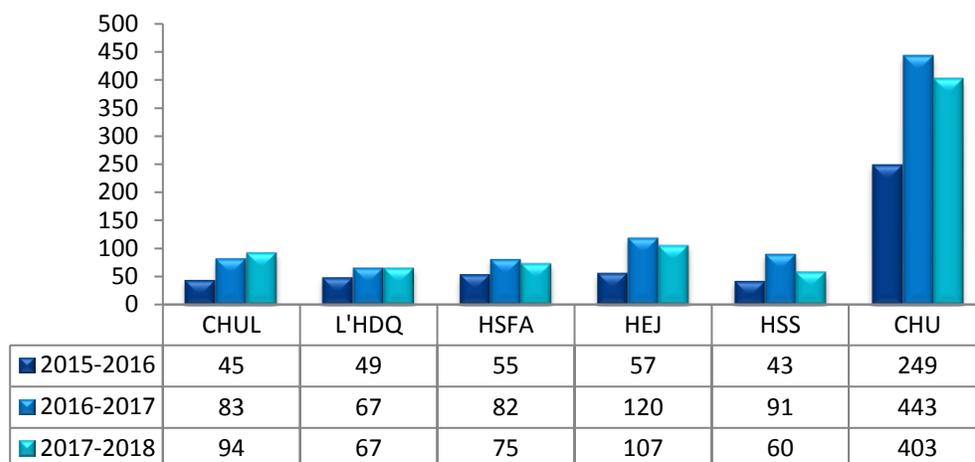
- l'aspect financier (21);
- les soins et services dispensés (11);
- l'accessibilité (3);
- l'organisation du milieu et les ressources matérielles (3);
- les relations interpersonnelles (2);
- les droits particuliers (1).

Parmi les 33 dossiers conclus au cours de l'année, 6 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 2017-2018, 8 dossiers demeuraient en cours d'analyse par le Protecteur.

LES INTERVENTIONS

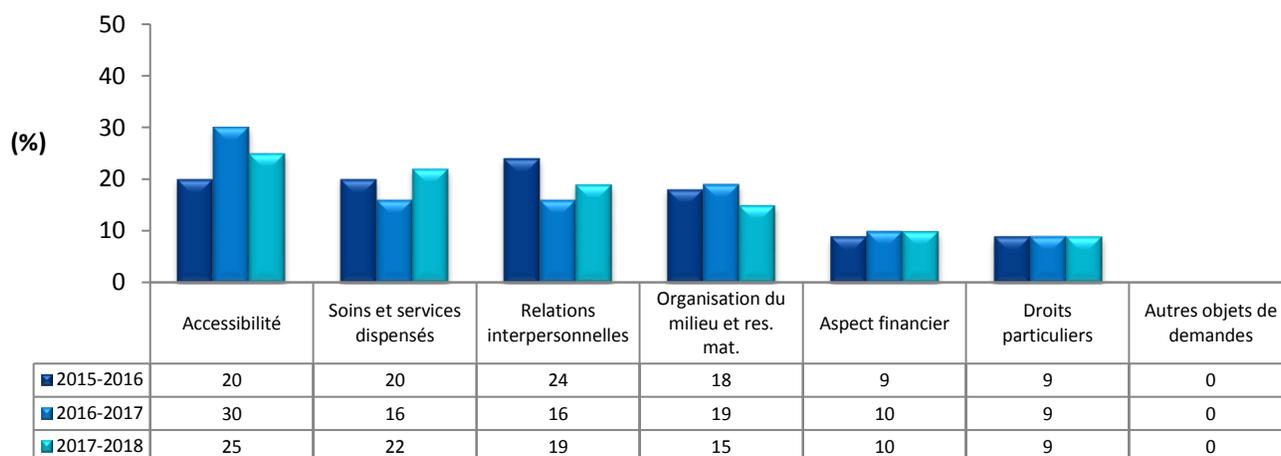
1.7 Répartition du nombre d'interventions réalisées par hôpital



↓ 9%
des interventions
comparativement à
l'année dernière

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.

1.8 Évolution et répartition en pourcentage des motifs d'interventions



Pour les 403 dossiers d'interventions, des mesures correctives ont été apportées dans différents secteurs d'activités. Le travail effectué en collaboration avec les gestionnaires est très similaire à celui réalisé lors du traitement des plaintes. 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 temps d'attente pour obtenir un rendez-vous;
- Le délai pour obtenir un résultat ou un rapport;
- Le temps d'attente pour voir un médecin;
- Les reports de chirurgie;
- L'accès téléphonique;

Soins et services dispensés

- La continuité des soins lors du processus de transfert interne ou externe;
- La coordination entre les services;
- Les traitements et interventions cliniques;
- La préparation au départ à domicile;
- Le jugement et les décisions cliniques.

Relations interpersonnelles

- Les commentaires inappropriés;
- Le manque d'empathie;
- Les comportements inappropriés;
- Le manque d'écoute;
- Le manque d'information;
- Le refus de s'identifier.

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

Organisation du milieu et ressources matérielles

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

Aspect financier

- La facturation de matériel de soins;
- La facturation des frais de chambre;
- La facturation des soins pour les non-résidents canadiens;

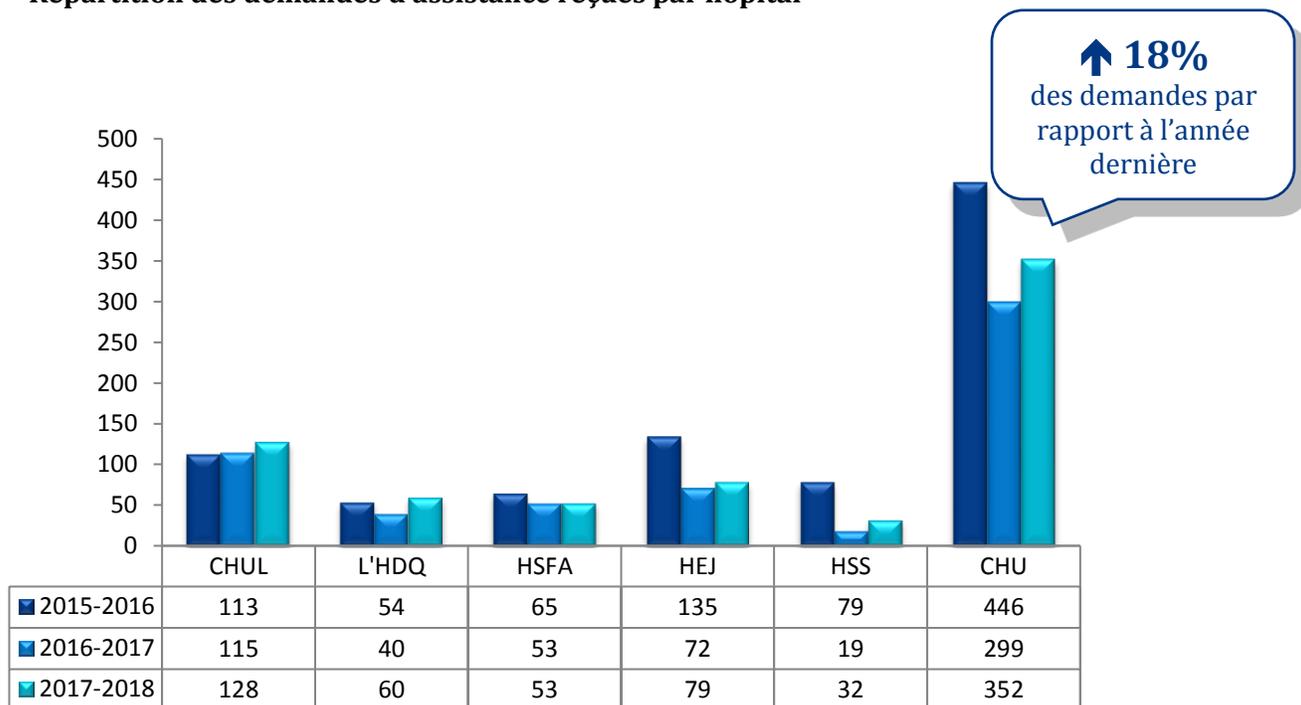
Droits particuliers

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

Les mesures correctives appliquées sont les mêmes que dans les plaintes. Les gestionnaires et les employés font preuve de collaboration et d'initiative dans la recherche de solutions d'amélioration. Le nombre total de plaintes générales et d'interventions est de 840.

LES DEMANDES D'ASSISTANCE

1.9 Répartition des demandes d'assistance reçues par hôpital



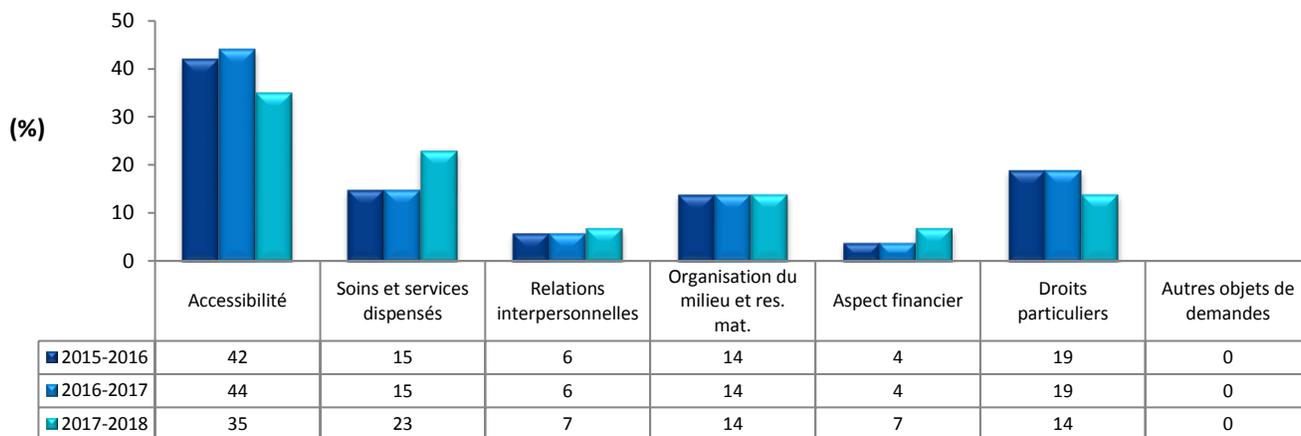
Les demandes d'assistance proviennent d'un usager, ou de l'un de ses proches, qui souhaite obtenir l'aide de la commissaire. Dans certains cas, de l'information est donnée sur le processus de plainte,

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, 76% concernaient un besoin d'aide afin d'obtenir un soin ou un service, alors que 24% 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



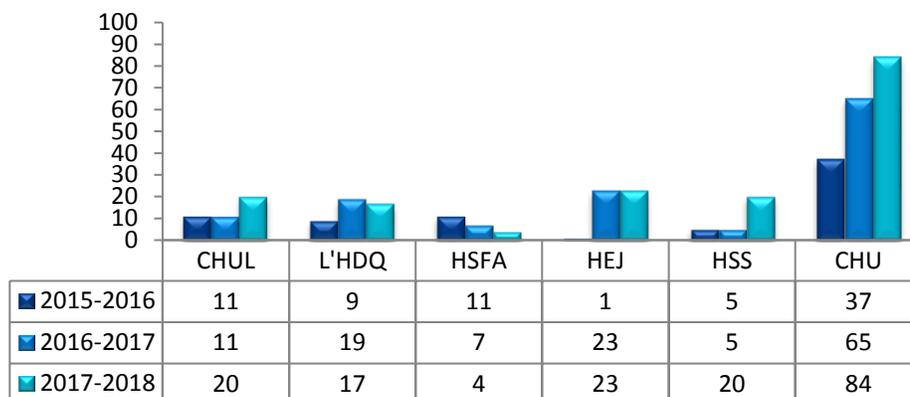
Pour l'année 2017-2018, les demandes d'assistance concernaient :

- l'accessibilité aux soins et aux services;
- les soins et les services dispensés;
- l'organisation du milieu;
- les droits particuliers;
- les relations interpersonnelles;
- l'aspect financier.

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

LES CONSULTATIONS

1.11 Répartition du nombre de consultations par hôpital



↑ 29%
des consultations
comparativement à
l'année dernière

Les consultations proviennent des chefs de départements, des chefs d'unités 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. Les principaux sujets abordés sont:

- 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.

Le nouveau système de gestion amène les gestionnaires à être très présents auprès des usagers et des membres de leurs équipes. Ils reçoivent directement les insatisfactions et demandent conseil auprès du Bureau de la commissaire pour les questions éthiques ou l'application des règles ou politiques de l'établissement. 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, ce qui a amené une collaboration accrue avec les gestionnaires et les intervenants.

LES ACTIVITÉS DE LA COMMISSAIRE

En plus du traitement des dossiers, la commissaire locale et les commissaires adjointes ont réalisé 38 activités de promotion concernant le respect des droits des usagers et le régime d'examen des plaintes. Une campagne de promotion, ayant pour thème le professionnalisme, a été lancée en janvier 2017, et s'est poursuivie toute l'année. De plus, la commissaire a été invitée à participer au *sous-comité Action professionnalisme* de la Faculté de médecine de l'Université Laval, et elle a donné une présentation sur le professionnalisme aux étudiants débutant l'externat.

Il est à noter qu'une entente concernant le remplacement d'absence de la commissaire de l'Institut de cardiologie et pneumologie de Québec (IUCPQ) a été établie entre les deux établissements. Cette entente permet à la commissaire du CHU de Québec-Université Laval d'assurer la disponibilité d'une personne exerçant en fonction exclusive pour recevoir et examiner les plaintes des usagers à l'IUCPQ.

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.

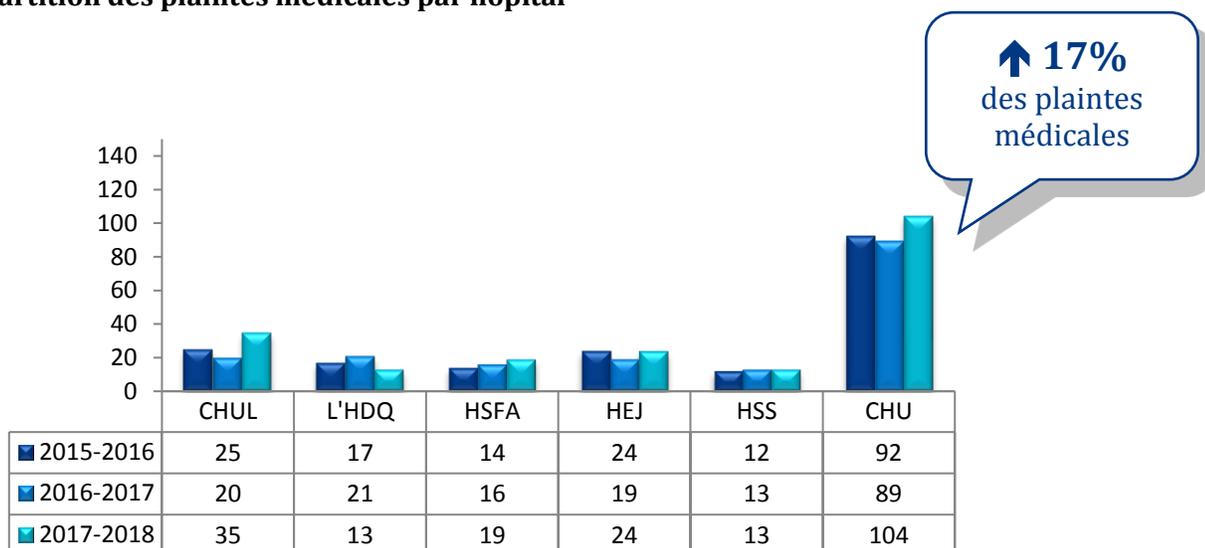
CHAPITRE 2

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.

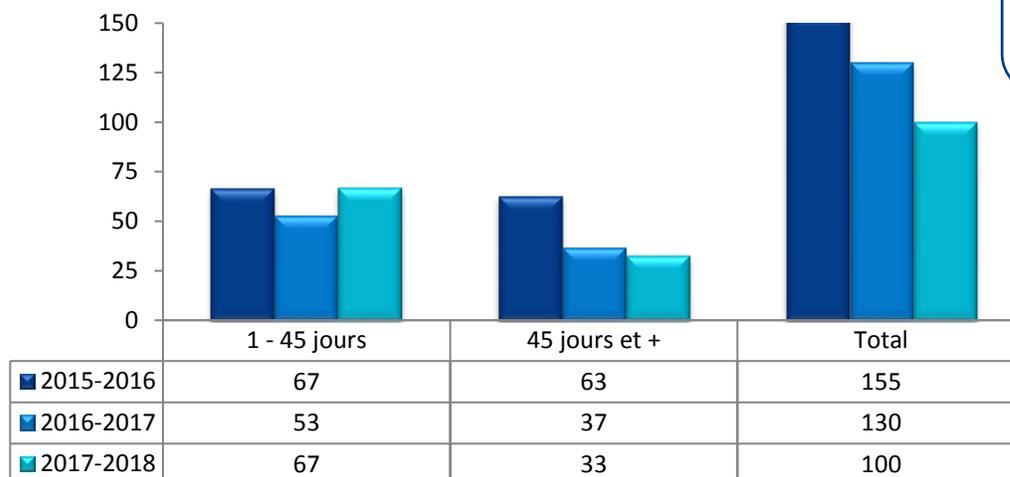
Durant l'année 2017-2018, les plaintes médicales ont augmenté de 17%. Au total, 104 plaintes ont été reçues. À la fin de cette période, 18 dossiers demeuraient en traitement.

2.1 Répartition des plaintes médicales par hôpital



Les statistiques indiquent que 61% des plaintes médicales sont déposées par l'utilisateur lui-même, 4% par un représentant de l'utilisateur, et 34% par une tierce personne. Dans 27 dossiers, le plaignant était accompagné d'un conseiller du Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes.

2.2 Nombre de plaintes examinées et conclues dans le délai :

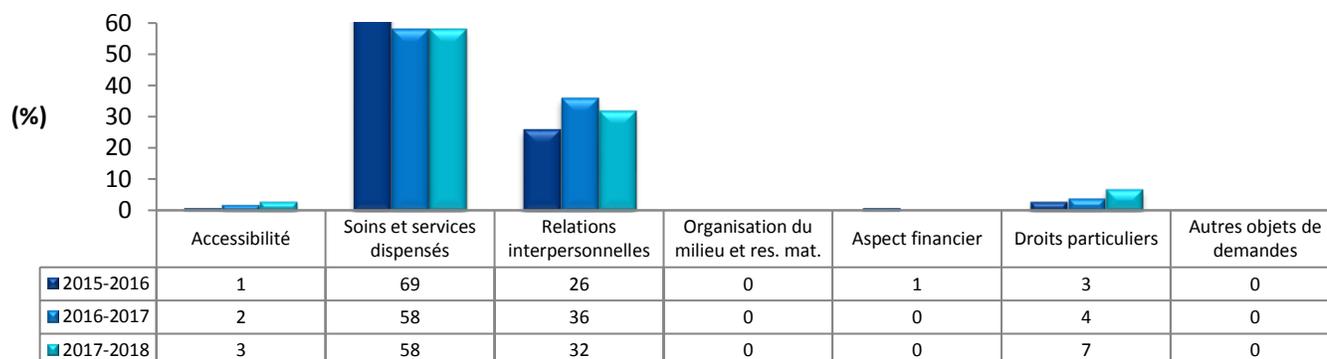


67%
des plaintes ont
été traitées dans le
délai prévu par la
Loi

Le délai de traitement de 45 jours prévu par la Loi demeure un défi pour le traitement des plaintes médicales et est directement lié au nombre de plaintes à traiter en même temps, à la disponibilité des médecins examinateurs ou des médecins visés par les plaintes. Le délai s'est amélioré pour l'année 2017-2018. En effet, 67% des plaintes ont été traitées dans le délai prescrit, alors que ce résultat était de 53% l'année dernière. Des efforts continuent d'être déployés afin de continuer d'améliorer le nombre de dossiers traités dans le délai prescrit.

Il faut également mentionner que 77% de tous les dossiers ont été traités dans les 60 jours, et 92% 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 professionnel;
- Les difficultés dans le suivi et la continuité des soins;
- Les habiletés techniques lors des interventions de 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 d'être informé sur son état de santé;
- Le droit au consentement libre et éclairé;
- Le choix de participer aux décisions.

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	1	1	2
Aspect financier	0	0	0	0	0	0
Droits particuliers	0	0	0	0	3	5
Organisation du milieu et ressources matérielles	0	0	0	0	0	0
Relations interpersonnelles	2	1	0	2	18	13
Soins et services dispensés	2	6	2	1	24	31
Total	4	7	2	4	46	51
GRAND TOTAL				114		

Parmi les motifs de plainte examinés, 51 motifs (45%) 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 (40%) 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, 10 recommandations ont été formulées et toutes ont obtenu un suivi à la satisfaction des médecins examinateurs. Elles concernaient, entre autres :

- Les précautions à prendre concernant la transmission de certains pathogènes;
- Les précautions liées à l'administration de benzodiazépines;
- Le travail interdisciplinaire dans le suivi de patients qui reçoivent un diagnostic dont le pronostic est sombre;
- La procédure et le matériel utilisé lors du badigeonnage dans les blocs opératoires;
- La continuité des services lors du départ des patients;
- La continuité du suivi concernant les résultats d'examens diagnostiques;
- La rétroaction à donner aux médecins résidents.

Ces recommandations ont été reçues dans un esprit d'amélioration, et des changements ont été mis en place 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, un dossier était toujours à l'étude.

Six dossiers ont été acheminés au CMDP au cours de l'année 2017-2018. Un dossier a fait l'objet d'une mesure disciplinaire. Trois dossiers ont été fermés à l'étape préliminaire, en raison de la démission du médecin visé. Un dossier a été conclu sans recommandation.

À la fin de l'année, deux dossiers demeuraient 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.

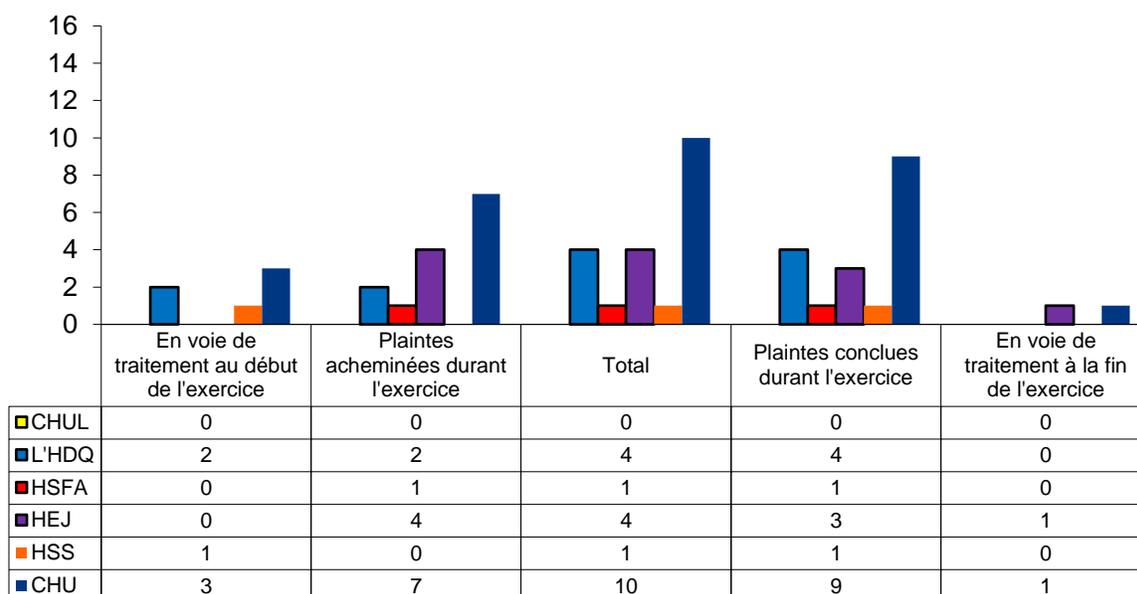
Au début de l'année 2017-2018, trois dossiers de l'année précédente étaient à l'étude. Sept nouveaux dossiers ont été soumis au comité de révision au cours de l'année, comparativement à 10 dossiers pour l'année 2016-2017. Cette baisse est possiblement due à la très bonne qualité d'analyse des dossiers par les médecins examinateurs et à leur souci de bien répondre aux questionnements des usagers.

Les membres se sont réunis à cinq reprises et ont complété le traitement de neuf demandes de révision. Dans la majorité des 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. Deux dossiers ont été rejetés, car, au moment de la réception de la demande de révision, le médecin visé n'était plus à l'emploi de l'établissement. Un seul dossier était en cours d'examen à la fin de l'année.

En ce qui a trait aux motifs de plainte évoqués, 100% des dossiers examinés concernaient les soins et les services dispensés.

En 2017-2018, le comité a confirmé les conclusions du médecin examinateur dans huit des neuf dossiers traités. Un complément d'examen a été demandé pour un dossier, et le médecin examinateur a répondu à la satisfaction des membres 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 :

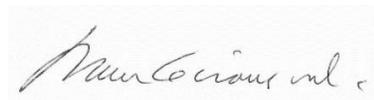
Nous souhaiterions partager à nouveau nos préoccupations avec les membres du CMDP. Nous tenons d'ailleurs à souligner notre appréciation envers le président et les membres de ce conseil, pour leur accueil et leur réceptivité à nos propos.

Selon l'analyse des demandes acheminées au comité de révision, quelques éléments nous apparaissent suffisamment importants pour qu'ils soient mentionnés dans ce rapport. Tout comme pour l'année 2016-2017, 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.

Nous nous permettons donc d'insister à nouveau sur l'importance de la communication avec les usagers. Celle-ci doit être complète et pertinente et être le reflet des décisions cliniques prises ou à venir. Les usagers ont mentionné que l'information reçue est importante et nécessaire, afin de faciliter la compréhension de leur situation clinique. 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
M^{me} Suzanne Petit, présidente substitut et membre du conseil d'administration

D^r Robert Lauzon, médecin urgentologue
D^r Jean-François Turcotte, pédiatre

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

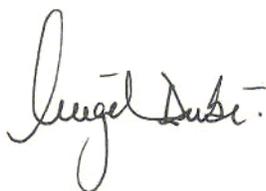
CONCLUSION

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 se sont senties concernées, en proposant des solutions qui ont été mises en place par la suite.

Les efforts continueront afin d'améliorer la qualité des soins, les relations interpersonnelles, l'accessibilité, les aspects financiers ainsi que les droits particuliers. Le Bureau de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services prendra une part active dans le soutien et la collaboration à apporter à tous 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.