

***Rapport annuel sur l'application
de la procédure d'examen
des plaintes et l'amélioration
de la qualité des services
du CISSS de l'Outaouais***

2017-2018

1^{er} avril 2017 au 31 mars 2018

Présenté par
Marion Carrière, Commissaire
aux plaintes et à la qualité des services

Transmis au Conseil d'administration le 13 juin 2018
Présentation au Conseil d'administration le 21 juin 2018

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES SIGLES.....	5
MOT DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES	6
INTRODUCTION.....	8
RAPPORT ANNUEL DES COMMISSAIRES AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES.....	
CHAPITRE 1: LES PLAINTES TRAITÉES PAR LES COMMISSAIRES AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES	9
LES FAITS SAILLANTS 2017-2018	10
CHAPITRE 2: ACTIVITÉS DES COMMISSAIRES AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES	11
DESCRIPTION DES AUTRES ACTIVITÉS DES COMMISSAIRES AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES	12
AUTRES FONCTIONS DES COMMISSAIRES	12
CHAPITRE 3: PLAINTES TRAITÉES PAR LES COMMISSAIRES AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES	13
1. DESCRIPTION SOMMAIRE DES DIFFÉRENTS TYPES DE DOSSIER	15
2. LE TRAITEMENT DES DOSSIERS ANALYSÉS	16
LES PRINCIPAUX MOTIFS DE PLAINTÉ	18
3. TRAITEMENT COMPLÉTÉ	20
LE DÉLAI DE TRAITEMENT DES PLAINTES.....	20
4. SUJETS DE PLAINTÉ RÉCURRENTS POUR L'ANNÉE 2017-2018	21
5. BILAN DES DOSSIERS TRAITÉS EN MALTRAITANCE	23
6. BILAN DES DOSSIERS TRAITÉS SELON LE PLAN D'ACTION À L'ÉGARD DES PERSONNES HANDICAPÉES.....	23
7. LES DEMANDES D'INTERVENTION	23
8. LES DEMANDES D'ASSISTANCE	26
9. LES DEMANDES DE CONSULTATION	28
10. RECOMMANDATIONS	28
11. PLAINTES ANALYSÉES PAR LE PROTECTEUR DU CITOYEN EN DEUXIÈME INSTANCE	29
12. CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES DES COMMISSAIRES AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES POUR L'ANNÉE 2018-2019	31
RAPPORT ANNUEL DES MÉDECINS EXAMINATEURS	
CHAPITRE 4: PLAINTES TRAITÉES PAR LES MÉDECINS EXAMINATEURS.....	32
PRÉAMBULE.....	34
TRAITEMENT DES PLAINTES DU 1 ^{ER} AVRIL 2017 AU 31 MARS 2018.....	37
BILAN DES DOSSIERS DE PLAINTÉ SELON L'ÉTAPE DE L'EXAMEN.....	37
BILAN DES DOSSIERS DE PLAINTÉ SELON L'ÉTAPE DE L'EXAMEN ET LA MISSION.....	37
ÉTAT DES DOSSIERS TRANSMIS POUR ÉTUDE À DES FINS DISCIPLINAIRES	38
ÉTAT DES DOSSIERS DE PLAINTÉ DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU SELON LE MOTIF	38
ÉTAT DES DOSSIERS DE PLAINTÉ DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU SELON LE DÉLAI D'EXAMEN	39
ÉVOLUTION DU BILAN DES DOSSIERS DE PLAINTÉ SELON L'ÉTAPE DE L'EXAMEN	39
SOMMAIRE DES RECOMMANDATIONS FAITES EN 2017-2018	40
RECOMMANDATIONS 2017-18	40
CONCLUSION ET OBJECTIFS POUR L'ANNÉE 2018-2019	42
RAPPORT DU COMITÉ DE RÉVISION DU CISSS DE L'OUTAOUAIS	
CHAPITRE 5: RAPPORT ANNUEL 2017-2018	43
PRÉAMBULE	44
MANDAT ET RESPONSABILITÉS	44
COMPOSITION DU COMITÉ DE RÉVISION DES PLAINTES MÉDICALES	44
MOTIFS, CONCLUSIONS ET DÉLAIS PAR DOSSIER	45
ÉTAT DES DOSSIERS DE PLAINTÉ DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU SELON LE DÉLAI D'EXAMEN	46
CONCLUSION ET OBJECTIFS POUR L'ANNÉE 2018-2019	47
ANNEXE 1: PERSONNES IMPLIQUÉES DANS LE RÉGIME DE TRAITEMENT DES PLAINTES EN 2017-2018	48

Liste des sigles

APPR	Agent de planification, programmation et de recherche
CAAP	Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHSP	Centre hospitalier de soins psychiatriques
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CISSSO	Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais
CLSC	Centre local de services communautaires
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CPQS	Commissaire aux plaintes et à la qualité des services
CVQ	Comité de vigilance et de la qualité
LPJ	Loi de la protection de la jeunesse
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MDPR	Plainte qui concerne un acte médical effectué par un médecin, dentiste, pharmacien ou un résident
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OC	Organisme communautaire
RI	Résidence intermédiaire
RPA	Résidence pour personnes âgées
RTF	Résidence de type familial
SIGPAQS	Système intégré de gestion des plaintes et amélioration de la qualité des services

Mot de la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

À titre de Commissaire aux plaintes et à la qualité des services du Centre intégré de santé et des services sociaux (CISSS) de l'Outaouais, il me fait plaisir de vous présenter, conformément à l'article 33.10 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS), le rapport annuel du commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CISSS de l'Outaouais. Ce rapport, couvrant la période du 1^{er} avril 2017 au 31 mars 2018, intègre le rapport annuel des médecins examinateurs, ainsi que le rapport annuel du Comité de révision, tel que prévu à l'article 76.11 de la LSSSS et se veut rapport quantitatif ainsi qu'un outil d'information et de renseignements sur le régime d'examen des plaintes.

Tout au long de l'année, les commissaires et les médecins examinateurs ont travaillé avec, pour ultime objectif, la recherche de l'amélioration de la qualité des services à la clientèle et la satisfaction des usagers. C'est un total de 1613 dossiers qui sont passés par les commissaires, que ce soit pour des plaintes, des demandes d'assistance, d'intervention, de consultation et des plaintes de nature médicale. Les données citées dans ce rapport sont recueillies par le biais le système d'information des plaintes et de la qualité des services (SIGPAQS).

Au cours de cette année, les acteurs du régime d'examen des plaintes ont concentré leurs efforts afin d'offrir avec rigueur et célérité, un traitement diligent des plaintes et des insatisfactions leur ayant été adressées par les usagers ou par leurs représentants.

Le travail qu'effectue l'équipe des commissaires aux plaintes et de la qualité des services est un travail qui implique la collaboration du personnel, des gestionnaires et directeurs du CISSS et je me dois de souligner leur excellente participation lors de l'analyse des dossiers. Ces collaborations sont essentielles pour développer une vision globale des besoins de la clientèle et ainsi identifier les meilleures stratégies pour augmenter la satisfaction de celle-ci. Sans les attitudes d'ouverture et de collaboration présentes chez les gestionnaires et les employés de l'établissement, il nous serait difficile d'exercer pleinement notre rôle et d'arriver à travailler concrètement à l'amélioration de la qualité des services au sein de l'établissement.

Malgré la crainte que peuvent avoir certains usagers de déposer une plainte formelle, je suis rassurée de constater que la perception qui y est rattachée a beaucoup évolué, les différents acteurs du réseau perçoivent les plaintes comme des occasions d'améliorer la qualité des soins et services et c'est dans cet esprit que la recherche de solutions et l'analyse des dossiers s'effectue. Les usagers sont les personnes qui vivent les expériences clients et leur rétroaction eu égard à la qualité des services reçus est primordiale pour travailler à l'amélioration continue de la qualité des services. Je dois également préciser que l'exercice de mes fonctions me permet de constater le dévouement et l'engagement dont fait preuve le personnel et les différents intervenants du réseau, au quotidien.

Vous trouverez dans les pages suivantes le détail des plaintes, des interventions, des demandes d'assistance et des consultations reçues par l'équipe des commissaires aux plaintes et à la qualité des services. Le traitement des plaintes concernant un médecin, un dentiste, un pharmacien, un étudiant stagiaire en médecine ou un résident (plaintes MDPR), reçues par les médecins examinateurs, de même que les activités du Comité de révision, font l'objet de rapports distincts.

J'aimerais souligner l'apport de M. Louis- Philippe Mayrand, commissaire aux plaintes et à la qualité des services ayant quitté au 30 mars 2018, l'équipe des commissaires aux plaintes et à la qualité des services ainsi que celui du coordonnateur des médecins examinateurs, Dr Martin Pham Dinh, pour leur contribution à l'amélioration de services de santé et des services sociaux de l'Outaouais. S'ajoute la collaboration avec le comité des usagers, avec le comité des utilisateurs de l'hôpital Pierre-Janet et les comités des résidents, dans la poursuite de l'atteinte de nos objectifs communs en lien avec le processus d'amélioration de l'expérience des usagers ainsi que le respect de leurs droits.

Je souhaite que tous demeurent mobilisés afin de servir les intérêts des usagers, témoignant ainsi d'une volonté certaine d'offrir des soins et des services de qualité à la population.

Je vous invite à prendre connaissance du rapport annuel sur l'application du régime d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services pour l'exercice 2017-2018 et vous souhaite une excellente lecture.



Marion Carrière

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

INTRODUCTION

Le présent rapport a pour objectif premier de renseigner la population concernant toutes les activités rattachées au régime d'examen des plaintes et de la qualité des services. Par ailleurs, le respect de l'application de la procédure d'examen des plaintes est une obligation de chaque conseil d'administration d'établissement.

Ce rapport comprend principalement le bilan des activités des commissaires aux plaintes et à la qualité des services, celui des médecins examinateurs et du comité de révision.

En support à la réalisation de ce rapport, nous utilisons le système intégré de gestion des plaintes et amélioration de la qualité des services (SIGPAQS). Ce système permet une gestion intégrée et rapide des activités reliées à l'examen des plaintes formulées par les usagers.

CHAPITRE 1

LES COMMISSAIRES AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Les faits saillants 2017-2018

Au cours de l'année 2017-2018, 1613 dossiers ont été traités, lesquels représentent plus spécifiquement 395 dossiers de plaintes, 202 dossiers de plaintes médicales, 40 signalements ayant justifié une intervention des commissaires. De plus, 920 demandes d'assistances ont été traitées, soit pour de l'aide à la formulation d'une plainte ou concernant l'accessibilité à un soin ou un service.

Enfin, 56 demandes de consultations ont été adressées aux commissaires aux plaintes et à la qualité des services du CISSS de l'Outaouais, référant notamment à des demandes d'avis sur l'application du régime d'examen des plaintes et sur les droits des usagers.

Par cet apport, la population et les usagers du CISSS de l'Outaouais ont contribué à l'amélioration de la qualité des soins et des services en favorisant la mise en place de 201 mesures correctives tangibles permettant de prévenir la récurrence de situations similaires à l'avenir. Concernant les plaintes reçues et analysées par les commissaires, il y a eu une diminution de 12 % du nombre de plaintes reçues par rapport à l'année précédente. Ce nombre demeure néanmoins inférieur à l'an un de la création des CISSS en 2015-16 (3,9 %).

De l'analyse et du traitement des 336 dossiers de plaintes portés à l'attention des commissaires aux plaintes, 13,4 % ont mené à la formulation de recommandations qui constituent des mesures d'amélioration de la qualité des soins et services, ce qui est le but du régime d'examen des plaintes. Il importe de savoir que toutes les recommandations sont présentées au Comité de vigilance et de la qualité (CVQ), qui a le devoir de veiller à s'assurer qu'un suivi soit apporté à chacune d'elles. (LSSSS, art.181.0.1, art.181.0.3)

Il faut rappeler ici que l'équipe des commissaires aux plaintes et à la qualité des services insiste pour que les insatisfactions soient gérées sur le terrain, au lieu de les référer immédiatement au régime de plaintes qui est en fait le dernier recours dans l'organisation.

Par ailleurs, une réponse rapide de l'équipe des commissaires aux insatisfactions (la grande majorité par téléphone) exprimées par les usagers, donne souvent lieu à une correction immédiate de la situation (difficulté à rejoindre un service, la direction de la demande au bon endroit, etc...). Un retour d'appel rapide et une bonne collaboration des gestionnaires sur le terrain nous paraissent être une bonne façon d'améliorer la satisfaction des usagers.

CHAPITRE 2

AUTRES ACTIVITÉS DES COMMISSAIRES AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

DESCRIPTION DES AUTRES ACTIVITÉS DES COMMISSAIRES AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Au cours de la dernière année, outre des rencontres avec les différents auteurs des plaintes et les représentants des organismes en cause, les commissaires ont également établi des liens avec les différents gestionnaires du CISSS de l'Outaouais ainsi qu'avec les partenaires de la région afin de faire connaître le commissariat aux plaintes et à la qualité des services.

AUTRES FONCTIONS DES COMMISSAIRES AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Engagement au niveau provincial

La Commissaire est membre du Regroupement des commissaires aux plaintes et à la qualité des services du Québec. Ce regroupement a été mis sur pied afin de favoriser notamment l'échange d'expertise et le développement de la pratique et d'améliorer, par le fait même, la qualité des interventions des commissaires aux plaintes et à la qualité des services du réseau de la santé.

Comité de vigilance et de la qualité des services

À titre de membre du comité de vigilance et de la qualité, la Commissaire informe les membres à l'égard des recommandations dans le cadre de l'examen des plaintes et des interventions visant l'amélioration de la qualité des services. Elle participe aux échanges du comité eu égard aux constats relevés lors de l'analyse des plaintes, d'assistances et d'interventions et aux discussions entourant les mesures d'amélioration.

Séances du Conseil d'administration du CISSS de l'Outaouais

La Commissaire utilise ce moment privilégié afin de dresser un bilan annuel de ses activités et répondre à tout questionnement pouvant relever de sa compétence.

Rencontres de familles

Plusieurs fois par année, les commissaires profitent de ces rencontres pour donner de l'information aux résidents et à leurs proches, sur le régime d'examen des plaintes, sur leurs droits et obligations ainsi que sur le code d'éthique.

Comité des usagers du CISSS de l'Outaouais

Les commissaires participent à la rencontre de bilan annuel des activités du comité des usagers pour présenter le rapport annuel du régime de traitement des plaintes. Les commissaires participent de façon sporadique aux rencontres pour donner de l'information aux résidents et à leurs proches, sur le régime d'examen des plaintes, sur leurs droits et obligations ainsi que sur le code d'éthique.

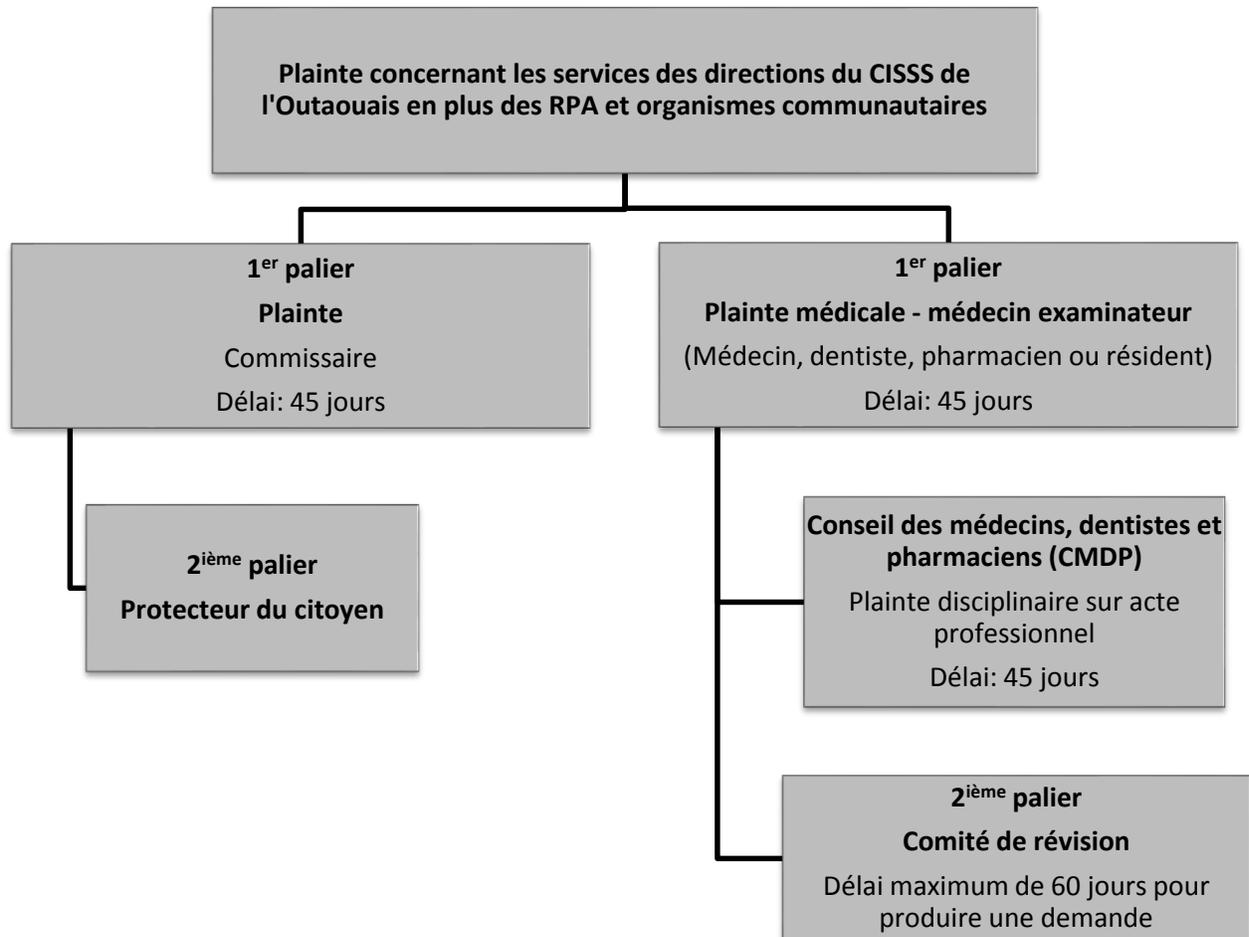
Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP)

Cet organisme est mandaté pour assister et accompagner les usagers insatisfaits dans le cadre de leur démarche de plainte et ce, tout en visant à assurer le respect de leurs droits. Chaque usager s'adressant aux commissaires est informé de l'existence de l'organisme et de nombreux échanges ont lieu entre la Commissaire et le CAAP. Le travail liant la Commissaire et le CAAP en est un de collaboration puisque les deux partenaires visent le même objectif, soit le respect des droits des usagers et l'amélioration continue de la qualité des services.

CHAPITRE 3

PLAINTES TRAITÉES PAR LES COMMISSAIRES AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Graphique 1 – Processus d'examen d'une plainte



1. Description sommaire des différents types de dossier

Plainte

Insatisfaction exprimée auprès du CPQS ou du Protecteur du citoyen, par un usager ou son représentant, sur les services qu'il a reçus, qu'il aurait dû recevoir, qu'il reçoit ou qu'il requiert.

Intervention

Action effectuée, sur demande ou de sa propre initiative, par le CPQS, lorsqu'il est d'avis que les droits d'un usager ou d'un groupe d'utilisateurs peuvent être compromis. Lorsqu'il s'agit d'une intervention, la demande peut provenir d'un usager qui désire préserver l'anonymat ou d'un tiers qui a constaté une situation et craint que les droits d'un usager ou d'un groupe d'utilisateurs soient compromis.

Assistance

Demande d'aide ou d'assistance formulée par un usager ou son représentant. Peut concerner l'accès à un soin ou un service, de l'information ou de l'aide dans les communications d'un usager avec un membre du personnel. Peut aussi concerner l'aide à la formulation d'une plainte auprès d'une autre instance, car le CPQS a l'obligation de prêter assistance ou de s'assurer que soit prêté assistance à toute personne qui le requiert lorsque celle-ci formule une plainte.

Consultation

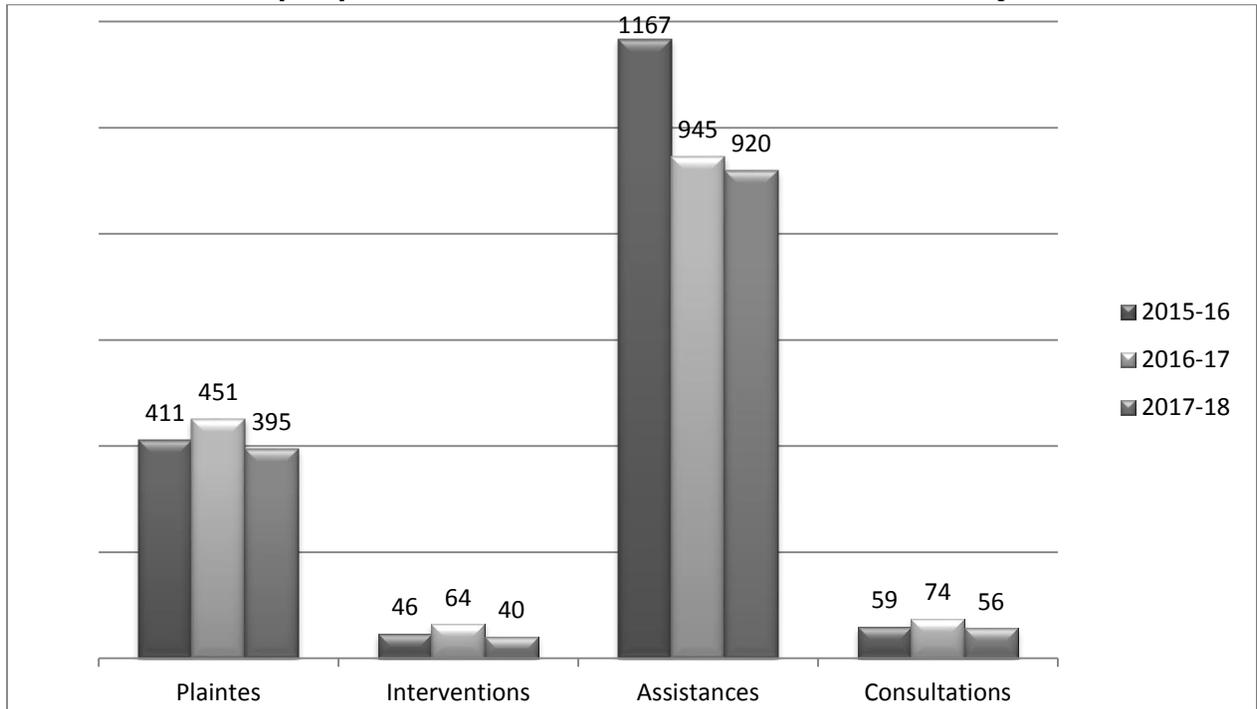
Demandes diverses formulées par des professionnels dans le cadre du traitement d'un dossier ou en vue d'obtenir plus d'informations sur le régime d'examen des plaintes, la promotion de celui-ci et le respect des droits des usagers.

Plainte médicale

Insatisfaction exprimée auprès du CPQS, par toute personne, relativement à la conduite, au comportement ou à la compétence d'un médecin, dentiste, pharmacien ou résident.

2. Le traitement des dossiers analysés

Graphique 2 – Évolution du nombre de dossiers reçus



Annuellement, les assurances représentent environ 65% des demandes, suivi des plaintes à 28%, des consultations 4% et des interventions à 3%. Nous observons au cours de l'année 2017-18, une diminution du nombre de plaintes (12 %) comparativement à l'année précédente où une augmentation de 10 % avait été observée. Puis, nous observons une diminution de 4 % du nombre de plaintes entre l'année 2017-18 et l'année 2015-16. Le nombre d'assurances a connu une légère diminution (2,6 %) comparativement à l'année 2016-17. Puis, 40 interventions ont été faites par les commissaires suite à des signalements retenus, une diminution de 38 % comparativement à l'année précédente. Nous notons également une diminution de 24 % du nombre de consultations.

Graphique 3 - Nombre de plaintes reçues

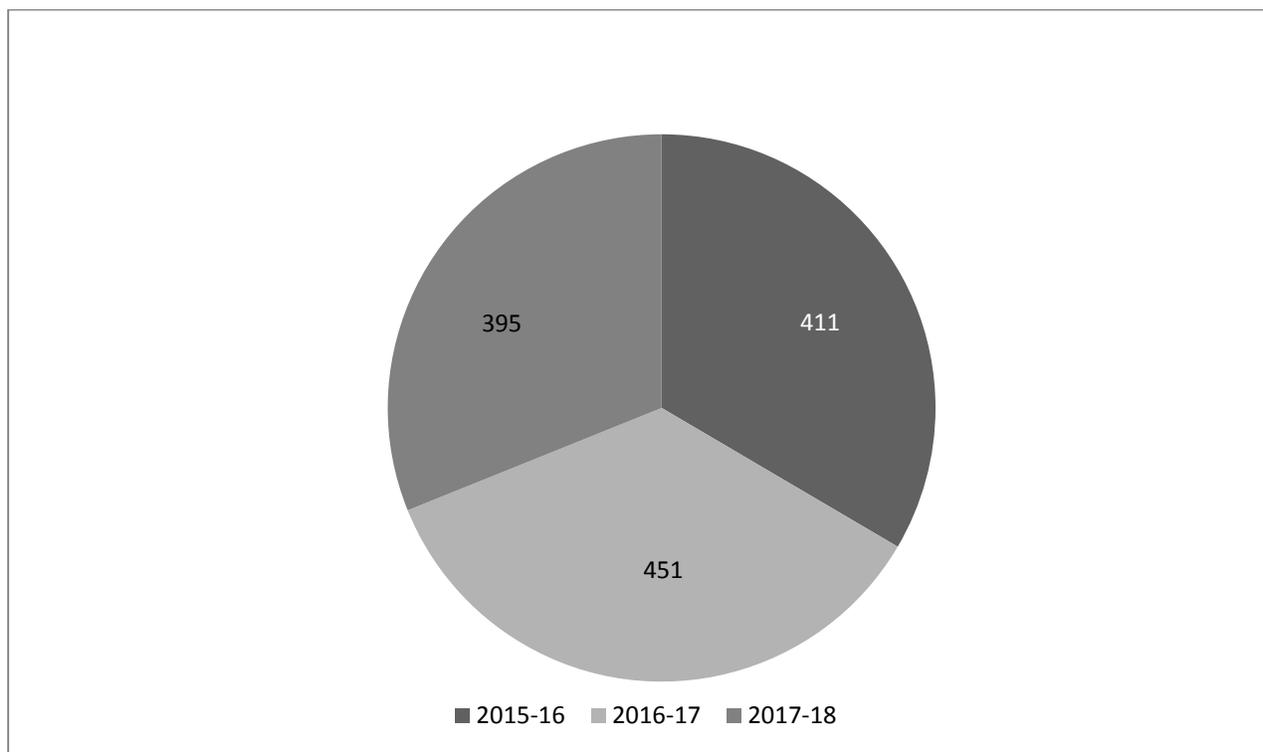
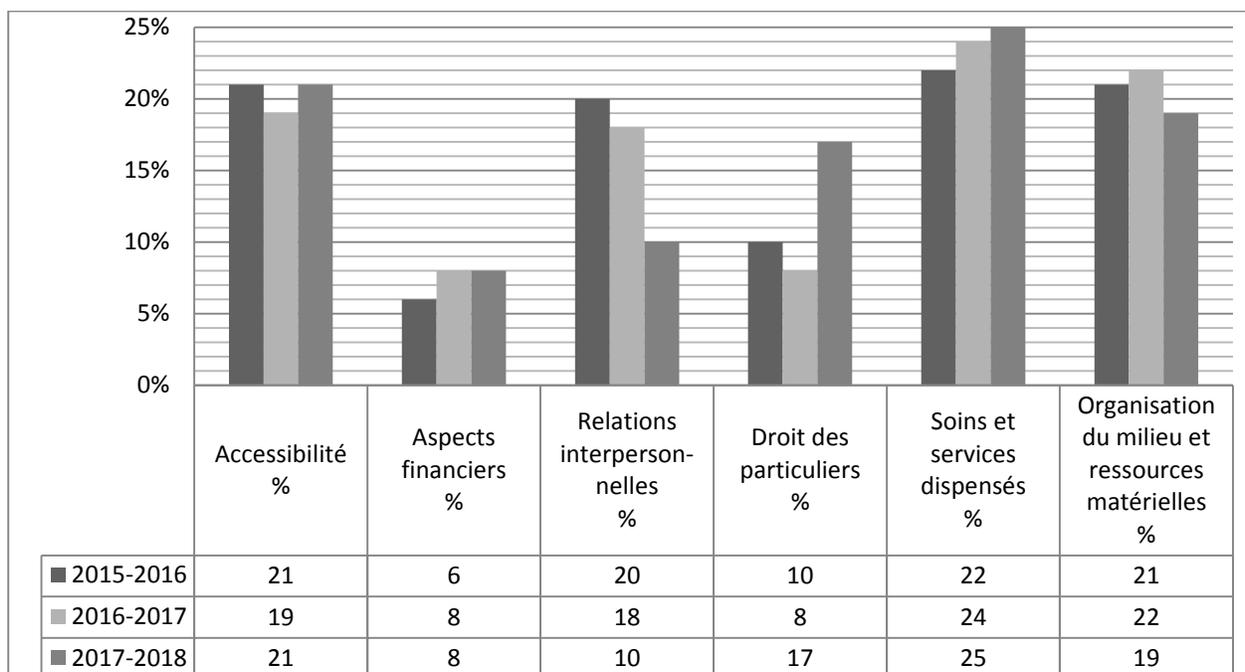


Tableau 1 – Évolution du bilan des dossiers de plainte selon l'étape d'examen

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		Transmis au 2e palier	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
2017 - 2018	136	172	395	-12	336	-8	195	43	25	-31
2016 - 2017	50	163	451	6	364	-8	136	172	36	80
2015 - 2016	19	-76	411	-21	394	-34	50	163	20	11

Nous avons débutés l'année 2017-18 avec 136 dossiers de plaintes provenant de l'exercice 16-17 et nous avons reçus 395 nouveaux dossiers de plaintes au cours de l'année pour un total de 531 dossiers. Puis, de ces 531 dossiers de plaintes, 336 ont été conclus en 2017-18. Les principales instances visées par les plaintes sont : (70 %) liées à la prestation des soins et services en milieu hospitalier (CHSGS), suivi de 11 % en CLSC, de 6 % pour le volet jeunesse, de 4 % pour les RPA, de 3% pour les CHSLD et de 2% pour le CHSP (Centre hospitalier de soins psychiatriques).

Graphique 4 - Motifs des plaintes*



*Il faut prendre en considération le fait que certaines plaintes comportent plus d'un motif

Les principaux motifs de plaintes en 2017-2018 se présentent comme suit:

- Les soins et services dispensés (25 %):
 1. Compétence technique et professionnelle-capacité de faire le travail de base (habiletés techniques et professionnelles)
 2. Continuité (absence de suivi)
 3. Plan de services ou plan d'intervention (application et suivi)

- L'accessibilité (21 %):
 1. Difficultés d'accès aux services formellement requis
 2. Soins/services/programmes (temps d'attente pour obtenir un résultat ou un rapport)
 3. Rendez-vous (temps d'attente pour obtenir le rendez-vous)
 4. Absence de service ou de ressource
 5. Délais (accès téléphonique)

- L'organisation du milieu et les ressources matérielles (19 %):
 1. Règles et procédures du milieu (présence de règles et procédures, respect des règles, heures de visites)
 2. Équipement et matériel (désuétude, disponibilité, bris)
 3. Confort et commodité (température des lieux, confort des chambres)
 4. Organisation des services de sécurité (sécurité informationnelle)

- Droits particuliers (17 %):
 1. Accès au dossier de l'utilisateur (délais d'accès, refus d'accès)
 2. Droits linguistique (accès aux services en langue française)
 3. Sur la compréhension du sens d'une intervention au sens de la LPJ (incident ou accident survenu)
 4. Consentement libre et éclairé

- Les relations interpersonnelles (10 %):
 1. Communication / attitude (manque d'empathie, commentaires inappropriés)
 2. Abus par un médecin, intervenant ou professionnel (abus d'autorité, abus verbal)
 3. Respect et manque à l'égard de la personne (manque de politesse)

Nous pouvons observer une augmentation significative de 53 % pour les plaintes à l'égard des droits particuliers. Les éléments principaux qui ressortent de notre analyse pour expliquer cette augmentation importante sont majoritairement les délais pour l'accès au dossier de l'utilisateur et la compréhension du sens d'une intervention au sens de la LPJ.

En ce qui a trait aux relations interpersonnelles, nous notons une diminution de 44 %. Douze demandes d'enquête et de suivi ont été adressées à la Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques concernant les comportements et attitudes d'employés spécifiques, soit le même nombre que pour l'année 2016-17. Les Commissaires ont aussi demandé à des gestionnaires de rencontrer certains employés de leur service et d'évaluer la nécessité d'appliquer des mesures d'encadrement ou de soutien. Pour le respect des droits des usagers, les Commissaires veillent à ce que les valeurs de bienveillance, de professionnalisme, d'engagement et de collaboration, choisies par l'établissement, soient respectées et vivantes.

3. Traitement complété

Plaintes sans mesure

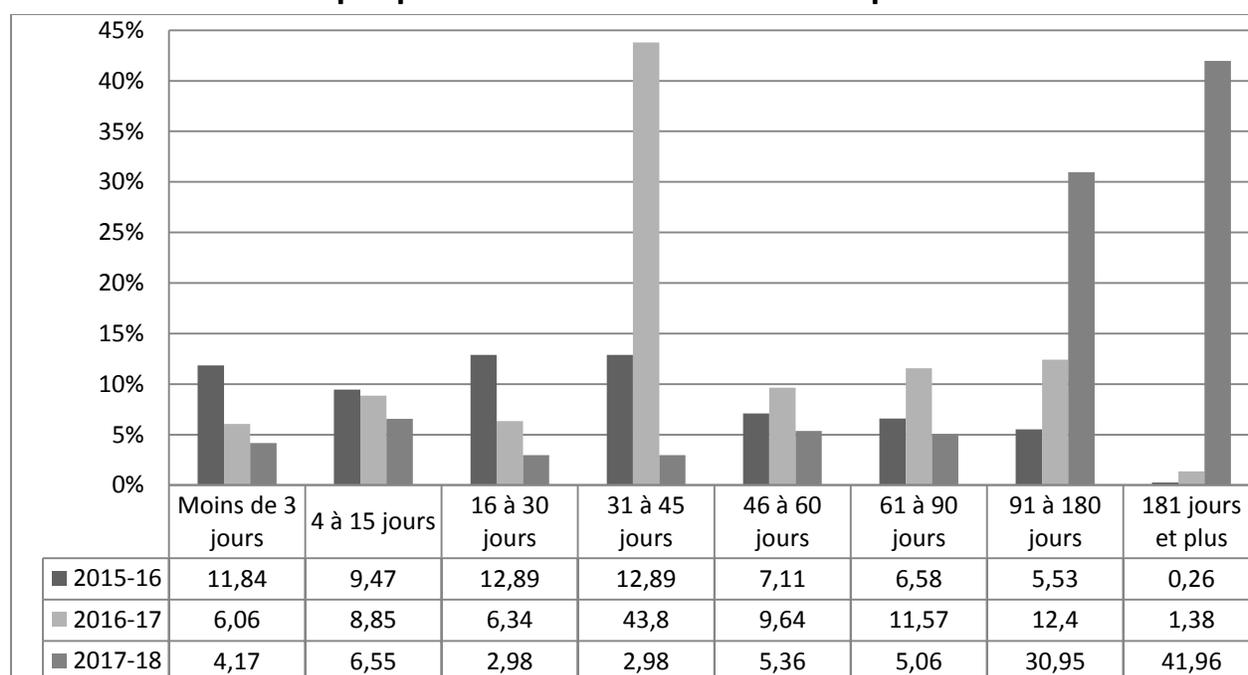
Pendant l'année 2017-2018, il y a eu 451 motifs de plainte qui ont été analysés par les commissaires, dont 178 n'ont pas mené à l'émission de recommandations. Il faut savoir que les plaintes ne conduisent pas nécessairement à la formulation de recommandations; elles peuvent être une opportunité pour préciser les services offerts, donner de l'information générale touchant le fonctionnement des services concernés ou bien expliquer les démarches d'amélioration en cours au moment du traitement de la plainte.

Plaintes avec mesure

Par ailleurs, 201 motifs de plainte, de l'ensemble des motifs de plainte, ont conduit à la formulation de recommandations et à la mise en place de mesures correctives.

Le délai de traitement des plaintes

Graphique 5 - Délai de traitement des plaintes



Le délai du traitement des plaintes consiste au temps écoulé entre la réception d'une plainte et l'envoi des conclusions à l'usager avec ou sans recommandation. Rappelons que le délai prescrit par la LSSSS est de 45 jours pour recevoir les conclusions du commissaire. Le graphique 5 illustre que le délai de 45 jours a été respecté dans une proportion de 16,68 %, comparativement à 65 % l'an dernier.

Nous avons débuté l'année 2017-18 avec 136 dossiers non-complétés de l'année 2016-17, ce qui a fait en sorte d'augmenter davantage les délais de prise en charge pour deux raisons principales. D'abord, les plaintes de 2016-17 ont été conclues en priorité au cours de l'année 2017-18, vu les retards dans les

délais entre 6 mois à un an. Ensuite, les plaintes reçues à partir du 1^{er} avril 2017 ont dû être prises en charge tardivement vu le contexte. D'ailleurs, au 31 mars 2018, 195 plaintes ont été transférées à l'année subséquente. Différents facteurs permettent d'expliquer cet écart à l'égard du délai prescrit. Des difficultés importantes à combler des affectations de conseillers et d'agents cléricaux et à doter un poste de technicien en administration, toujours vacant après un an et demi. Ce contexte a fait en sorte que le traitement des plaintes a des goulots dans sa trajectoire. Puis, des dossiers très complexes de décès à l'intérieur de nos établissements nous ont exigés plusieurs heures d'analyse, excédant grandement le temps moyen habituel. Nous notons que la complexité des plaintes et des interventions semble augmenter, ce qui exige beaucoup de temps d'investigation. Les interventions nécessitent souvent des actions et des suivis. Finalement, les assistances téléphoniques demandent régulièrement l'intervention des conseillers et des commissaires. D'ailleurs, nous avons débuté l'année 2018 avec 21 interventions en cours de traitement.

Lorsque le délai de traitement est dépassé, les commissaires aux plaintes et à la qualité des services avisent toujours l'utilisateur en lui envoyant un avis de délai afin de l'informer des raisons sous-tendant le non-respect de la période de temps prévue pour le traitement de sa plainte et lui expliquer l'état de l'analyse de cette dernière ainsi que la possibilité de recourir sans attendre au Protecteur du citoyen.

4. Sujets de plainte récurrents pour l'année 2017-2018

Certains sujets ont fait l'objet de plaintes récurrentes au CISSS de l'Outaouais au cours de la dernière année et des recommandations en ont découlées. En voici quelques-uns.

L'accessibilité

De nombreuses insatisfactions ont été soulevées par les usagers particulièrement à l'égard des problèmes d'accès téléphoniques et de boîte vocale saturée à la clinique régionale d'orthopédie. Plusieurs assistances et plaintes ont été traitées par les commissaires. Dû à cette situation, un travail de collaboration avec la direction concernée a été fait ainsi que des suivis réguliers de l'avancement des travaux et de la satisfaction des usagers. La direction concernée a traité la problématique avec rigueur par la mise en place d'actions dans le but d'assurer une pérennité vue la récurrence de cette problématique depuis plusieurs années. Le nombre d'insatisfactions a diminué de façon considérable à la fin de l'année 2017-18.

Relations interpersonnelles

De nombreuses insatisfactions ont été soulevées eu égard à l'attitude et aux relations interpersonnelles de certains membres du personnel. Dans plusieurs cas, cela a mené à l'émission de recommandation allant de la sensibilisation d'employés à l'analyse du dossier à des fins disciplinaires dépendamment de la gravité des allégations rapportées et de la récurrence de ce type de plaintes à l'endroit de certaines personnes.

Les plans d'intervention

L'article 10 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* prévoit le droit de l'utilisateur de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être ainsi que le droit de participer à l'élaboration de son plan d'intervention ou de plan de service individualisé. Plusieurs insatisfactions ont

été soulevées eu égard aux plans d'intervention que ce soit en raison de l'absence de plan, de la non-révision de celui-ci, de son application et ce, dans plusieurs directions cliniques.

La qualité des soins et services

De nombreuses insatisfactions ont été soulevées à l'égard des habiletés techniques et professionnelles des employés, particulièrement à l'égard du personnel de soins (infirmière, infirmière auxiliaire, préposé aux bénéficiaires), du manque de rigueur, du manque de surveillance, de l'application des procédures et protocoles et des suivis pour assurer la continuité. Plusieurs recommandations ont été émises concernant ces différents enjeux et ont mené entre autres, à la révision de protocoles, d'outils cliniques, à de la formation du personnel et à l'élaboration de plans d'action dans le but d'assurer une meilleure prise en charge à l'égard de la qualité des soins et services, de l'évaluation clinique, de l'application des protocoles cliniques (contentions, opiacés, etc.) et de la procédure de déclaration des incidents/accidents.

Les dossiers jeunesse

En 2017-2018, plusieurs insatisfactions concernent la compréhension du sens des interventions au sens de la Loi de la protection de la jeunesse (LPJ), la communication avec les intervenants et la perception d'abus de pouvoir par les intervenants.

L'analyse de ces plaintes a permis de relever certaines problématiques et de mettre en place des mesures correctives notamment pour s'assurer du respect des obligations légales eu égard à l'élaboration et à la révision d'un plan d'intervention, au respect des ordonnances de tribunal et à la documentation et la confidentialité des dossiers par les intervenants.

Les résidences pour personnes âgées (RPA)

Plusieurs signalements de tiers nous ont été rapportés à l'égard du non-respect des normes relatives à la certification par les exploitants. Des interventions ont été faites pour assurer la sécurité de la clientèle et la qualité des soins et services. D'ailleurs, des interventions sont toujours en cours à ces égards.

Organismes communautaires (OC)

Des signalements d'intervenants à l'égard d'un partenaire communautaire important auprès d'une clientèle vulnérable, ont permis aux commissaires de faire une intervention d'envergure. Plusieurs éléments inquiétants ont été soulevés, tels que bris de confidentialité, intimidation, manque d'éthique, apparence de conflits d'intérêts et offre de services variable et poreuse. Des démarches sont toujours en cours avec certaines instances pour assurer à notre clientèle des services sécuritaire, cohérents et transparents.

5. Bilan des dossiers traités en maltraitance

Le projet de loi 115, sanctionné en mai 2017 a pour objet de lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute personne majeure en situation de vulnérabilité en édictant des mesures qui visent notamment à faciliter la dénonciation des cas de maltraitance et à favoriser la mise en œuvre d'un processus d'intervention concernant la maltraitance envers les aînés, en édictant des mesures qui visent notamment à faciliter la dénonciation des cas de maltraitance et à favoriser la mise en œuvre d'un processus d'intervention concernant la maltraitance envers les aînés.¹

Cette loi confère aux commissaires aux plaintes la responsabilité de traiter les plaintes et signalements effectués dans le cadre de la Politique de lutte contre la maltraitance envers les personnes en situation de vulnérabilité. De plus, elle prévoit des mesures à l'égard de la personne qui fait un signalement afin d'assurer la confidentialité des renseignements relatifs à son identité, de la protéger contre des mesures de représailles et de lui accorder une immunité contre les poursuites en cas de signalement fait de bonne foi.

Cette année deux dossiers de maltraitance ont été traités par les Commissaires, soit une plainte et une intervention. Les liens ont été faits auprès des instances appropriées afin de s'assurer d'une prise en charge adéquate de ces dossiers.

6. Bilan des dossiers traités selon le plan d'action à l'égard des personnes handicapées (PAPH)

Le plan d'action à l'égard des personnes handicapées est un outil de planification exigé par la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale. Il vise la mise en place de mesures concrètes afin de réduire les obstacles à la participation sociale des personnes handicapées.¹

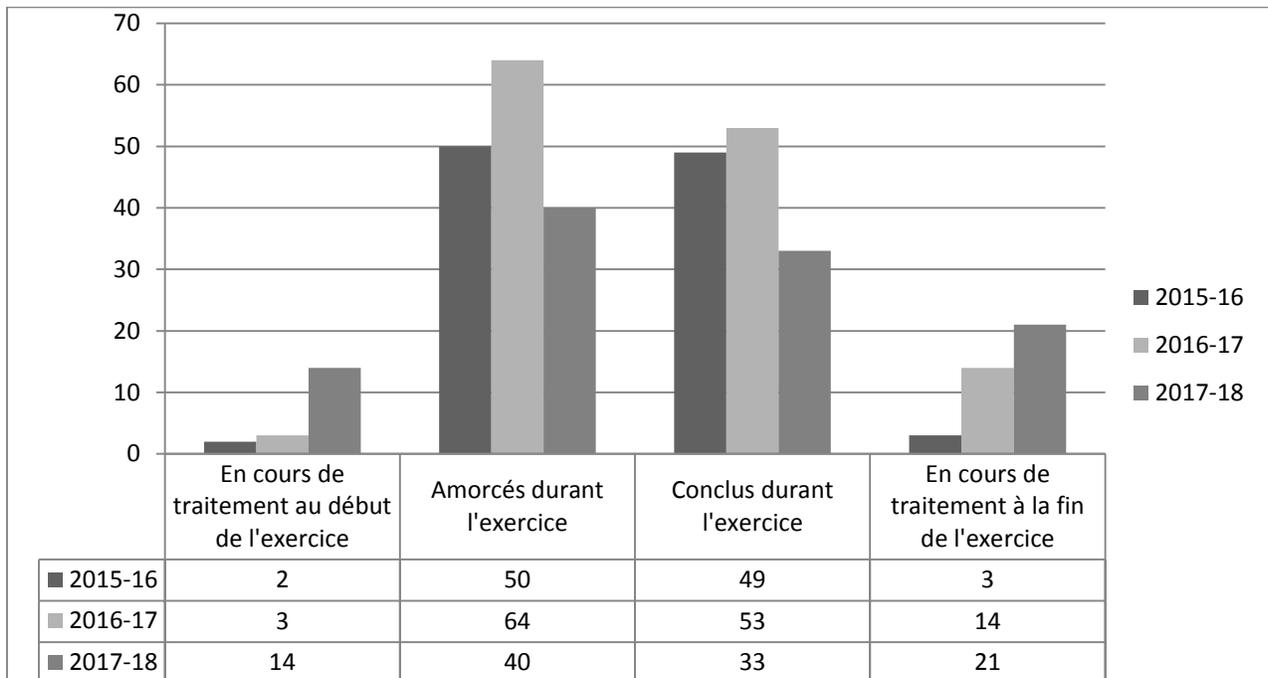
Cette année, une seule demande a été enregistrée à ce titre au bureau des commissaires. Les liens ont été faits auprès des instances appropriées afin de s'assurer d'une prise en charge adéquate de ce dossier.

7. Les demandes d'intervention

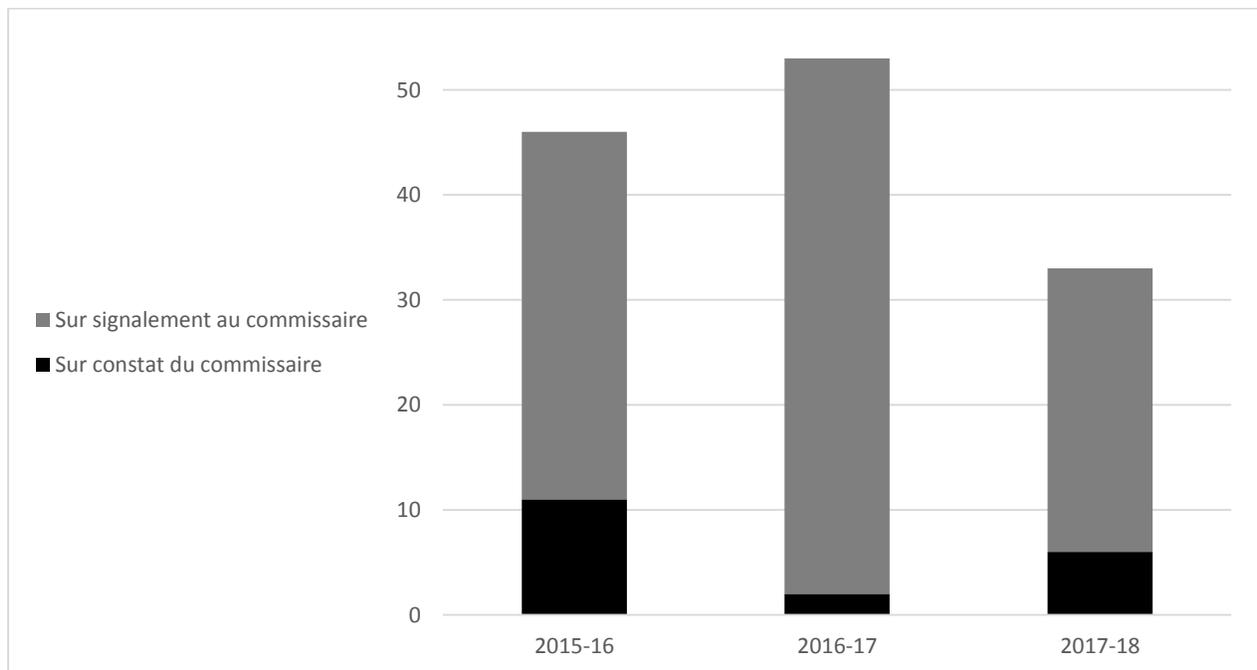
La Loi sur les services de santé et les services sociaux permet au Commissaire d'intervenir de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'il a des motifs de croire que les droits d'un usager ou d'un groupe d'usagers peuvent être lésés. Les graphiques suivant indiquent le nombre, l'origine et les motifs d'interventions traitées par les commissaires, au cours des trois dernières années.

¹ (OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (2017). *Bilan du plan d'action 2016-2017 à l'égard des personnes handicapées et Plan d'action 2017-2018 de l'Office des personnes handicapées du Québec*, Drummondville, L'Office, 99 p.)

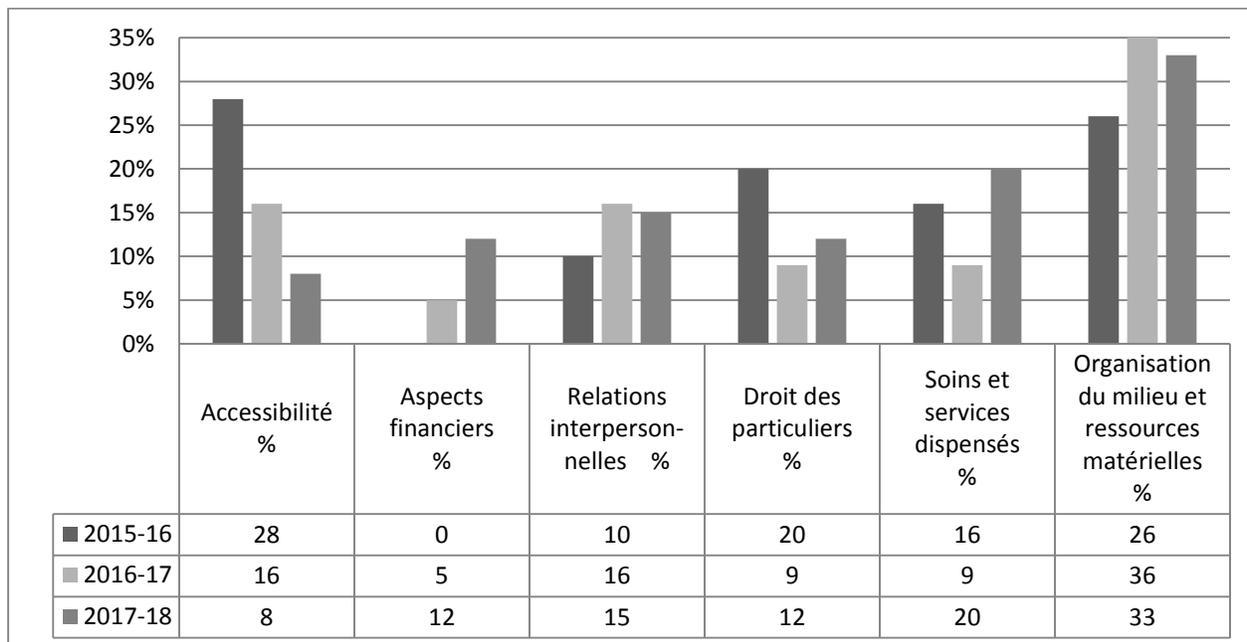
Graphique 6 – Évolution du nombre de dossiers d'interventions reçues



Graphique 7 - Origine des interventions



Graphique 8 - Motifs d'intervention



Le graphique 8 illustre que les interventions sont majoritairement liées à l'organisation du milieu et ressources matérielles (33 %), puis aux soins et services (20 %) et aux relations interpersonnelles (15 %). Notons que les motifs concernant l'organisation du milieu et ressources matérielles ainsi que ceux concernant les soins et services sont également dominants dans les plaintes reçues. Nous observons une hausse de 11 % quant au motif lié aux soins et services, une hausse également de 7 % quant au motif lié aux aspects financiers, une diminution de 3 % lié à l'organisation du milieu tandis que le motif lié à l'accessibilité a diminué de 8 %, et celui lié aux droits particuliers a augmenté de 3 % puis le motif pour les relations interpersonnelles est demeuré sensiblement similaire. Les principales instances visées par les interventions sont : (53 %) liées à la prestation des soins et services en milieu hospitalier (CHSGS), suivi de 18 % pour les RPA, de 8 % en CLSC, de 8 % pour les CHSLD, de 5 % pour le volet jeunesse, de 5% pour les organismes communautaires et de 3 % pour les RI.

Les motifs d'intervention:

- Organisation du milieu et ressources matérielles (33 %)
 - Hygiène et salubrité des lieux
 - Règles et procédures du milieu (présence et respect des règles, programmation activités)
 - Alimentation (variété)
- Les soins et services dispensés (20 %)
 - Compétence technique et professionnelle
 - Décision clinique (évaluation et jugement professionnels)
- Relations interpersonnelles (15 %)
 - Communication/attitude (manque d'empathie, manque de politesse)

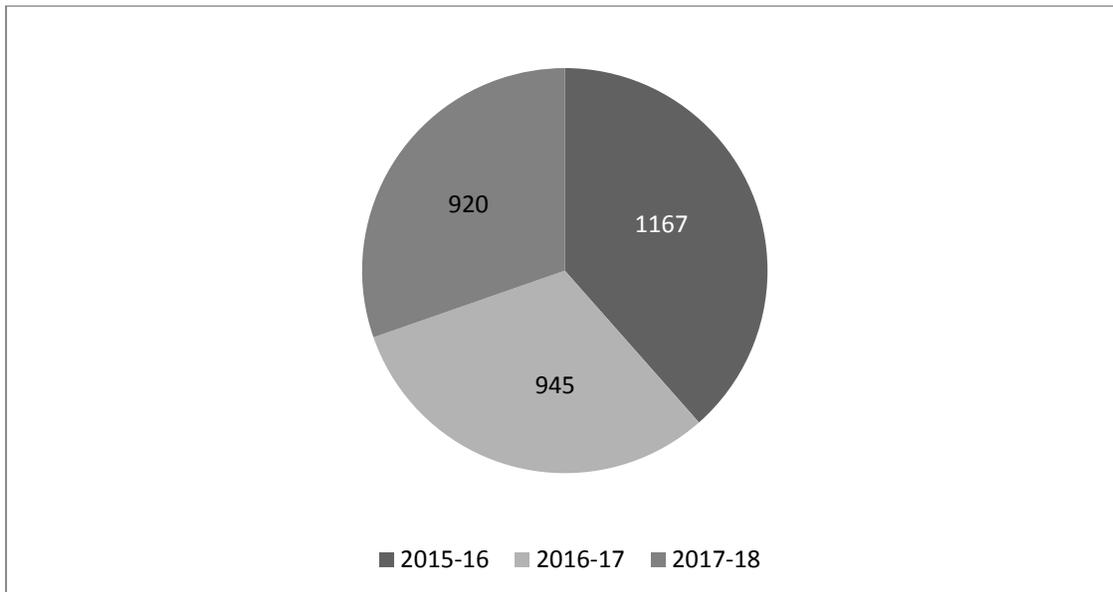
- Droits particuliers (12 %)
 - Confidentialité
 - Accès aux services de langue anglaise,
 - Processus de prestation sécuritaire des soins et services (non divulgation)
- Aspects financiers (12 %)
 - Facturation inadéquate
- Accessibilité (7 %)
 - Aux services formellement requis
 - Refus de services

L'analyse de ces dossiers a donné lieu à 20 mesures correctrices, soit 16 à portée systémique et 4 à portée individuelle. Les mesures à portée systémiques émises visaient à adapter les soins et les services, à adapter le milieu et l'environnement, à adopter, réviser et appliquer des règles et procédures. Pour l'aspect individuel, ces mesures visaient à encadrer et à sensibiliser des intervenants.

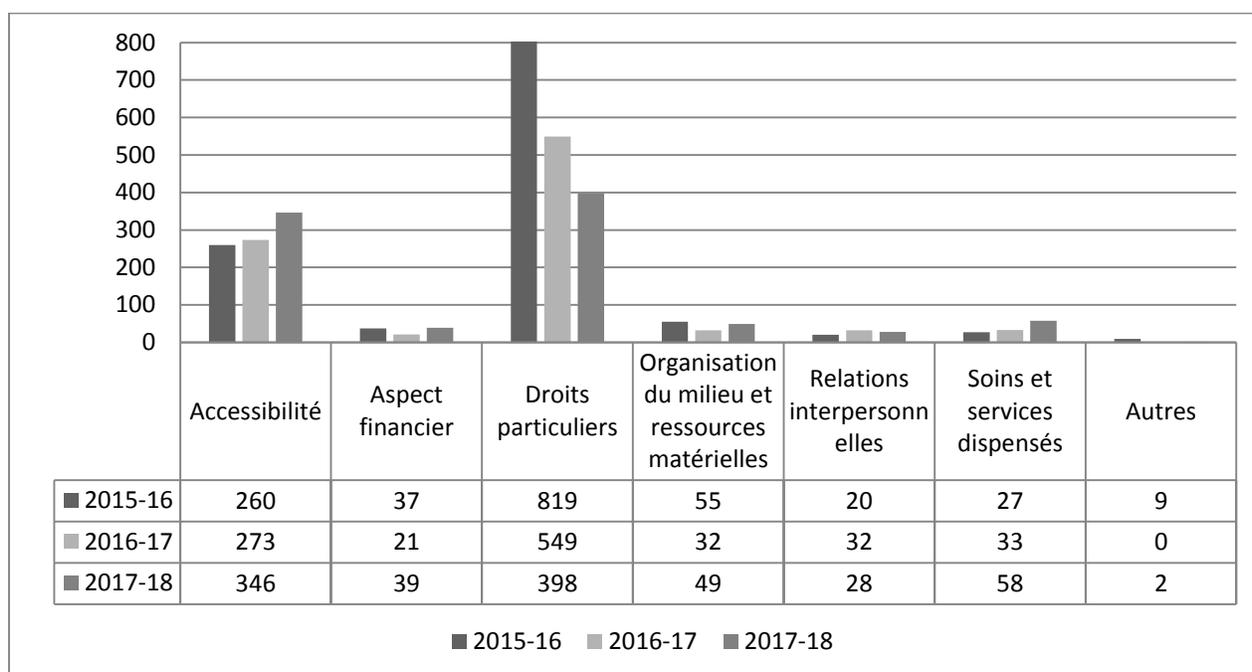
8. Les demandes d'assistance

L'assistance est souvent le premier niveau d'agir des Commissaires. Lorsqu'un usager nous demande de l'assister, tous les membres de notre équipe peuvent interpellier les gestionnaires concernés afin de résoudre l'insatisfaction exprimée. Cette action requiert une collaboration immédiate et une implication des gestionnaires.

Graphique 9 – Nombre d'assistances



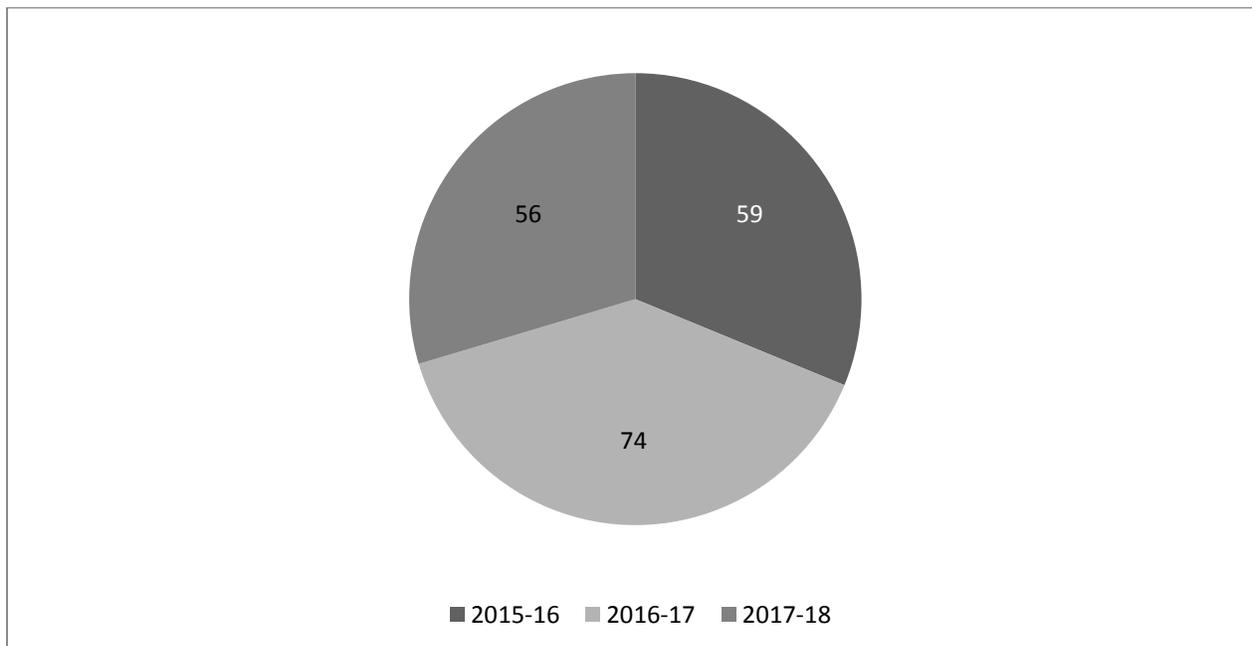
Graphique 10- Évolution des motifs des assistances



Le graphique 10 illustre que les assistances sont majoritairement liées aux droits particuliers (43 %) et à l’accessibilité (38 %). En fait, les usagers nous contactent régulièrement pour s’informer sur leurs droits et sur le régime de plaintes et leur droit de recours incluant le volet médical, ce qui explique la proportion élevée pour ce motif. Quant au motif sur l’accessibilité, nous notons que ce motif présente une augmentation de 21 % comparativement à l’an dernier. Cette situation s’explique par les problèmes importants d’accès téléphonique à la clinique régionale d’orthopédie qui a suscité beaucoup d’insatisfactions auprès des usagers. D’ailleurs, nous recevons plusieurs appels par jour. Nous avons travaillé en collaboration avec la direction concernée qui a traité la problématique avec rigueur par la mise en place d’actions dans le but d’assurer une pérennité vu la récurrence de cette problématique depuis plusieurs années. Le nombre d’insatisfactions a diminué de façon considérable à la fin de l’année 2017-18.

9. Les demandes de consultation

Graphique 11 - Nombre de consultations auprès des Commissaires



Au cours de l'année 2017-18, les commissaires ont traités des demandes diverses formulées par des professionnels et des gestionnaires dans le cadre du traitement d'un dossier ou en vue d'obtenir plus d'informations sur le régime d'examen des plaintes, la promotion de celui-ci et le respect des droits des usagers.

10. Recommandations

Au cours de l'examen des plaintes et des interventions, certaines mesures correctives sont mises en place rapidement lorsque les commissaires jugent qu'il y a, entre autres, un risque pour la sécurité des usagers. Aussi, plusieurs mesures correctives sont apportées par les gestionnaires dès qu'ils reçoivent un avis de plainte ou d'intervention des Commissaires. Ceci dans le but de corriger immédiatement une situation et d'en éviter la récurrence.

Dans leurs conclusions, les Commissaires peuvent émettre des recommandations aux directions concernées en vue d'améliorer la satisfaction des usagers et de favoriser le respect de leurs droits.

Tableau 2 - Bilan des recommandations des Commissaires selon l'étape de réalisation

En cours de réalisation au début de l'exercice	Émises durant l'exercice	Fermées durant l'exercice		En cours de réalisation à la fin de l'exercice
		Réalisées	Non-réalisables	
59	45	56	1	47

En 2017-2018, les Commissaires ont émis 45 recommandations. Ils ont assuré le suivi de ces nouvelles recommandations ainsi que le suivi de 59 recommandations émises dans les années antérieures qui elles, étaient encore en cours de réalisation en début d'année. Un effort considérable a été fourni par les directions pour mettre en œuvre les travaux nécessaires à la réalisation des recommandations. À cet égard, 56 recommandations ont été réalisées cette année et 1 a dû être annulée puisqu'elle n'était plus réalisable. Ainsi, 47 recommandations demeurent en suivi actif au début de l'année 2018-2019. Toutes ces recommandations font l'objet d'un suivi auprès du Comité de vigilance et de la qualité.

En plus d'assurer le suivi de leurs propres recommandations, les Commissaires suivent l'évolution des recommandations émises à l'établissement par le Protecteur du citoyen pour les dossiers de plaintes lui étant adressées en deuxième recours.

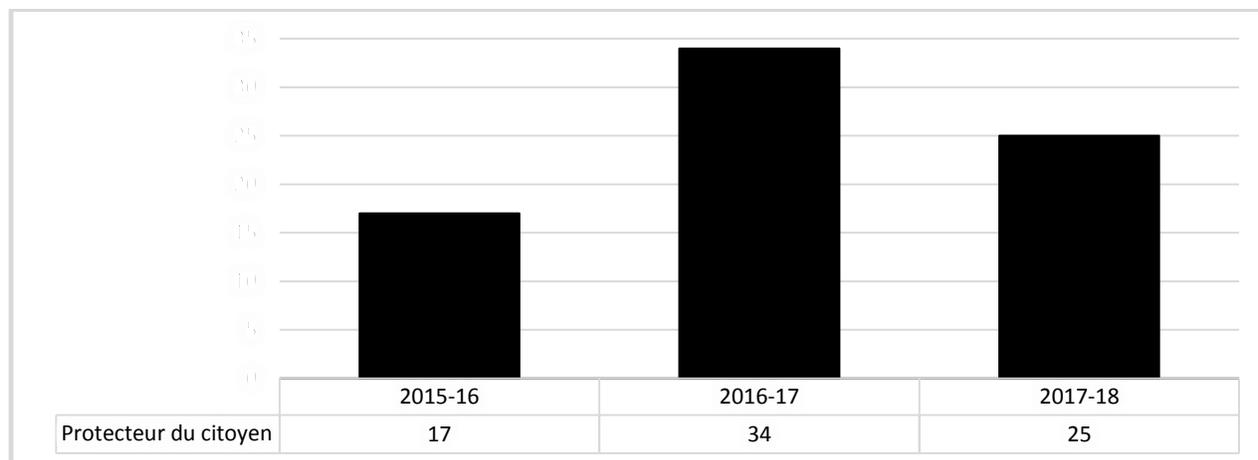
Pour l'année 2017-2018, il y a eu émission de recommandations principalement à portée systémique dans 60 % des cas contre 40 % des recommandations qui étaient à portée individuelle. Les recommandations individuelles les plus fréquentes visaient à informer et sensibiliser des intervenants ainsi qu'à l'amélioration des communications. Les recommandations systémiques les plus fréquentes visaient l'adoption/révision/application de règles et procédures à l'égard des protocoles cliniques et administratifs ainsi qu'à l'adaptation des soins et services à élaborer/réviser/appliquer.

11.Plaintes analysées par le Protecteur du citoyen en deuxième instance

Tableau 3 - Bilan des recommandations du Protecteur du citoyen

En cours de réalisation au début de l'exercice	Émises durant l'exercice	Réalisées durant l'exercice	En cours de réalisation à la fin de l'exercice
13	29	26	16

Graphique 12 - Nombre de recours au Protecteur du citoyen



Ainsi, en 2017-2018, le Protecteur du citoyen a émis 29 recommandations à l'établissement. L'évolution de ces recommandations et de celles des années antérieures, a mené à la réalisation de 26 d'entre elles. Seize recommandations sont à poursuivre en 2018-2019. Au cours de l'année 2017-18, le protecteur du citoyen a émis 14 recommandations pour 1 seul dossier et a émis 8 recommandations suite à une intervention faite dans les urgences des hôpitaux de Hull et Gatineau.

En 2017-2018, les directions impliquées dans la réalisation des recommandations des Commissaires et du Protecteur du citoyen ont non seulement mis en œuvre les actions nécessaires mais l'ont fait plus rapidement en respectant, pour plusieurs, les échéanciers demandés. En effet, si l'on veut intervenir efficacement pour améliorer les services et éviter la récurrence de situations déplorables, voire même dangereuses, les actions doivent être prises dans les plus brefs délais.

Le nombre de recours au Protecteur du citoyen a baissé de 27 % au cours de la dernière. Les recommandations du Protecteur du citoyen sont toujours accueillies avec respect et servent de référence dans l'analyse des plaintes.

Tableau 4 – État des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu au 2^e palier selon le motif au cours de l'exercice 2017-2018

MOTIF	Protecteur du citoyen	
	Nombre	%
Soins et services dispensés	18	39.13%
Relations interpersonnelles	7	15.22%
Droits particuliers	6	13.04%
Aspect financier	5	10.87%
Accessibilité aux soins et services	5	10.87%
Organisation du milieu et ressources matérielles	5	10.87%
TOTAL	46	100,00

12. Conclusions et perspectives des commissaires aux plaintes et à la qualité des services pour l'année 2018-2019

Au cours de l'année 2017-18, l'équipe des commissaires aux plaintes et à la qualité du CISSS de l'Outaouais a conclu le traitement de 336 dossiers de plaintes et a répondu à 920 usagers lors de demandes d'assistance. L'équipe a adressé 45 recommandations aux différentes directions concernées et 56 ont été réalisées durant l'année. Au total, 47 recommandations sont en cours de réalisation au début de l'année 2018-19.

L'équipe des commissaires, par son expertise, est en mesure d'identifier les problématiques systémiques qui soulèvent certaines difficultés organisationnelles à l'égard de différentes trajectoires cliniques ainsi que des processus qui touchent un nombre important d'usagers.

Pour avoir un effet systémique sur l'amélioration de la qualité des services, l'analyse et les recommandations du Bureau des commissaires aux plaintes et à la qualité des services tiennent compte des causes plus profondes en amont des situations dénoncées par les usagers.

Par ailleurs, l'équipe des commissaires participe aux rencontres des familles qui ont lieu dans les CHSLD de l'Outaouais. Nous profitons de ces rencontres pour visiter d'autres installations et ainsi faire d'autres observations utiles à l'amélioration de la qualité. Nous collaborons également avec le comité des usagers et les comités de résidents pour promouvoir le régime de plaintes. Puis, nous présentons le rôle des commissaires dans différentes directions et équipes. Enfin, le formulaire de plainte en ligne a été revu pour être plus convivial.

Les plaintes et les insatisfactions ne sont pas les seuls éléments qui témoignent de la satisfaction des usagers, mais elles en représentent une manifestation significative. Selon nous, c'est une opportunité de questionner les pratiques cliniques ou administratives, d'améliorer constamment les processus qui mènent à la dispensation des services et d'entendre le point de vue des clientèles desservies par le réseau. La voix de la clientèle devient alors un levier pour l'amélioration de la qualité des services dans notre réseau.

Pour l'année 2018-2019, le principal objectif sera d'améliorer le délai de prise en charge des plaintes car nous sommes très conscients que ces longs délais ne sont pas optimaux pour travailler de façon proactive. D'ailleurs un projet pilote a été amorcé au 1^{er} avril 2018 à cet égard et les résultats, même partiels, sont déjà probants. De plus, à court terme, je désire stabiliser l'équipe. Puis, je désire développer un outil infonuagique en collaboration avec le coordonnateur des médecins examinateurs, pour permettre le travail collaboratif en ligne entre les commissaires et les médecins examinateurs. Cet outil rendra le processus du traitement des plaintes plus efficace et efficient.

CHAPITRE 4

PLAINTES TRAITÉES PAR LES MÉDECINS EXAMINATEURS

Rapport annuel des Médecins examinateurs

Peter Bonneville, MD
Frédéric Côté, MD
Chantal Gagné, MD
Geneviève Gagnon, MD
Marc Gaudet, MD
Maurice Naim, MD
Thi Anh Thu Nguyen, MD
Martin Pham-Dinh, MD
Olivier Triffault, MD
Grace-Anna Zoghbi, MD

2017-2018

du 1^{er} avril 2017 au 31 mars 2018

Transmis au Commissaire aux plaintes et à la qualité des services le 31 mai 2018
Transmis au Conseil d'administration le 13 juin 2018

Préambule

Toute plainte, quelle que soit la source, doit être dirigée vers la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.

Lorsque la plainte ou l'un des objets de la plainte concerne un membre du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) ou un résident, la Commissaire doit la transmettre au médecin examinateur.

Le médecin examinateur est le médecin responsable de l'application de la procédure d'examen des plaintes qui concerne un membre du CMDP ou d'un résident. Il est désigné par le Conseil d'administration, sur recommandation du CMDP. Il n'a pas à être membre du CMDP (art. 34 et 42 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*).

Un de ses rôles est de voir à ce que la qualité des soins donnés par les médecins, dentistes, pharmaciens et résidents d'un établissement soit la meilleure possible.

S'il s'agit d'une plainte d'ordre administratif ou organisationnel, qui touche des services médicaux, celle-ci est traitée par la commissaire, après consultation avec le médecin examinateur, car celui-ci doit collaborer à l'identification des solutions à de tels problèmes.

Le médecin examinateur constitue un dossier de plainte distinct du dossier médical et des dossiers professionnels. Ce dossier est confidentiel. Tous les documents se rapportant à la plainte et à son traitement sont inclus dans ce dossier. Les conclusions motivées et les recommandations du médecin examinateur sont déposées au dossier du professionnel visé.

Le médecin examinateur saisi d'une plainte, qu'elle soit verbale ou écrite, doit décider de son orientation parmi les options suivantes:

- Rejeter toute plainte qu'il juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi;
- Examiner la plainte;
- Acheminer la plainte vers le CMDP pour étude à des fins disciplinaires;
- Il peut, lors de l'étude de l'examen de la plainte, décider de l'acheminer directement vers le CMDP pour étude à des fins disciplinaires.

Il existe un organisme communautaire appelé le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP) de l'Outaouais dont le mandat est d'aider les gens à rédiger leur plainte.

Aux fins d'examen de la plainte, le médecin examinateur a accès à tous les documents, y compris les dossiers médicaux et les dossiers des professionnels. Toute personne doit fournir au médecin examinateur tous les renseignements ou documents qu'exige l'examen de la plainte. Toute personne doit également assister à une rencontre que celui-ci convoque.

Le médecin examinateur doit, dans les 45 jours de la date où il accuse réception de la plainte, faire parvenir ses conclusions motivées par écrit au plaignant avec copies au professionnel visé et à la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.

Les conclusions et, le cas échéant, les recommandations du Médecin examinateur doivent être versées au dossier de plainte ainsi qu'au dossier du professionnel visé.

Dans les 60 jours de la date des conclusions du médecin examinateur, **le plaignant ainsi que le professionnel visé** peuvent demander au Comité de révision des plaintes médicales de revoir le traitement accordé à l'examen de la plainte par le médecin examinateur.

Ce comité de révision des plaintes médicales est composé de trois membres nommés par le conseil d'administration; deux de ces membres étant nommés parmi les médecins, dentistes ou pharmaciens sur la recommandation du CMDP.

Le Comité de révision des plaintes médicales doit permettre au plaignant, au professionnel visé et au médecin examinateur de présenter leurs observations. Au terme de sa révision, le Comité doit, dans les 60 jours de la réception d'une demande de révision, faire parvenir par écrit un avis motivé à l'utilisateur, au professionnel visé, au médecin examinateur ainsi qu'à la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.

Le Comité de révision des plaintes médicales peut:

- Confirmer les conclusions du médecin examinateur;
- Demander au médecin examinateur un complément d'examen;
- Acheminer le dossier vers le CMDP pour formation d'un comité à des fins disciplinaires;
- Recommander au médecin examinateur ou aux parties elles-mêmes des mesures de nature à les réconcilier.

La conclusion retenue dans son avis est donc finale.

Lorsque la plainte est traitée par un comité de discipline formé par le CMDP, ce dernier doit informer par écrit le plaignant, tous les 60 jours, du progrès de l'étude de la plainte tant que l'étude n'est pas terminée, avec copies au médecin examinateur et à la Commissaire.

Après l'étude de la plainte, le comité de discipline doit faire un rapport détaillé au comité exécutif du CMDP. Le comité peut faire des recommandations pour améliorer la qualité des soins.

Après étude du comité de discipline, le comité exécutif formule ses recommandations au Conseil d'administration et lui transmet le dossier.

À toutes les étapes de l'étude d'une plainte, le médecin examinateur est mis à contribution:

- Si le comité exécutif est d'avis qu'il n'y a pas lieu d'imposer des mesures disciplinaires, il informe le médecin examinateur de ses conclusions motivées. Le médecin examinateur doit en informer le plaignant et la commissaire aux plaintes et à la qualité des services.
- Si le conseil d'administration décide d'imposer des mesures disciplinaires à la suite des recommandations du CMDP, le Directeur général doit en avertir le professionnel visé et le

médecin examinateur. Ce dernier doit en informer le plaignant et la commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

Le médecin examinateur doit transmettre au Conseil d'administration et au CMDP un rapport annuel de ses activités et de ses recommandations.

Traitement des plaintes du 1^{er} avril 2017 au 31 mars 2018

Tableau 9 - Bilan des dossiers de plainte selon l'étape de l'examen

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 2e palier
12	202	144	70	19

Le nombre de plaintes reçues durant l'exercice inclut les transferts de plaintes non traitées de l'année précédente, donc ce chiffre est significativement plus élevé que le nombre de plaintes reçues durant l'année 2017-18.

À la fin de l'année 2016-17, nous avons environ 6 mois d'attente pour la prise en charge des dossiers de plainte.

Lors de la présentation de ce rapport, le délai d'attente moyen pour la prise en charge est d'environ 3 mois.

Nous n'avons pas de données sur la complexité des plaintes, mais nous constatons une augmentation significative, presque exponentielle, du nombre de plaintes portant sur des décès.

Tableau 10 - Bilan des dossiers de plainte selon l'étape de l'examen et la mission

MISSION / CLASSE / TYPE	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 2e palier
		Nombre	%	Nombre	%		
CH							
CHSGS	9	180	89.11	125	86.81	64	18
CHSP	3	13	6.44	13	9.03	3	0
CHSLD	0	3	1.49	3	2.08	0	0
CLSC	0	6	2.97	3	2.08	3	1
TOTAL	12	202	100.00	144	100.00	70	19

90 % des plaintes proviennent de nos hôpitaux.

19 dossiers ont été transférés au Comité de révision.

Certains plaignants ont eu jusqu'à 4 dossiers concurrents en révision, ce qui surestime la proportion de Comités de révision. Nous avons un taux de demande de révision qui est d'environ 10 %.

Aucun médecin ne s'est prévalu de son droit de recours auprès du Comité de révision.

Tableau 11 - État des dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires

DOSSIERS TRANSMIS POUR ÉTUDE À DES FINS DISCIPLINAIRES	Nombre
Transmission CMDP	3

En 2017-18, 3 dossiers visant 2 médecins différents ont été transmis au CMDP pour étude à des fins disciplinaires. Il reste 1 dossier datant de 2015 et 1 dossier datant de 2012 qui sont encore à l'étude, pour un total de 5 plaintes actuellement à l'étude. C'est une diminution de 3 dossiers ou 38 % par rapport à la période 2016-17.

Tableau 12 - État des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu selon le motif

Motif	% par motif
Soins et services dispensés	64 %
Relations interpersonnelles	23 %
Accessibilité	7 %
Organisation du milieu et ressources matérielles	3 %
Droits particuliers	2 %
Aspect financier	1 %

Notez qu'une plainte peut contenir plusieurs motifs. Les principales causes d'insatisfaction se retrouvent dans deux motifs particuliers, soient: les soins et services dispensés et les relations interpersonnelles.

Le premier motif, les soins et services dispensés, concerne entre autres l'absence de suivi, la qualité des interventions et la continuité des services et des soins lors des congés hospitaliers.

Le deuxième motif, les relations interpersonnelles, concerne les commentaires inappropriés, l'attitude, le manque d'empathie et de politesse, le manque d'informations.

Ce sont les principales causes d'insatisfaction.

Tableau 13 - État des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu selon le délai d'examen

DÉLAI D'EXAMEN	Moyenne	Nombre	%
Moins de 3 jours	0	0	0.00
4 à 15 jours	10	8	5.56
16 à 30 jours	24	6	4.17
31 à 45 jours	40	10	6.94
Sous-total	26	24	16.67
46 à 60 jours	55	9	6.25
61 à 90 jours	70	10	6.94
91 à 180 jours	142	55	38.19
181 jours et plus	226	46	31.94
Sous-total	162	120	83.32
TOTAL	139	144	100.00

En termes de délai de prise en charge, l'année 2017-18 fut difficile.
Le nombre de plaintes est en croissance.
La complexité des plaintes semble augmenter.

Nous avons de plus en plus de plaintes qui demandent l'investigation de décès à l'intérieur de nos établissements.

Tableau 14 - Évolution du bilan des dossiers de plainte 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		Transmis au 2e palier	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
2017 - 2018	12	200	202	98	144	53	70	483	19	171
2016 - 2017	4	-79	102	11	94	-12	12	200	7	133
2015 - 2016	19	12	92	16	107	39	4	-79	3	-57

Le nombre de plaintes reçues durant l'exercice 2017-18 semble avoir doublé, mais il faut tenir compte du transfert des plaintes de l'année précédente. Le nombre d'examens en cours à la fin de l'exercice est aussi surestimé et ceci s'explique par le retard de traitement des dossiers au bureau du médecin examinateur. Il y a une quantité de dossiers qui sont réglés, mais les conclusions sont en attente d'être transmises.

Sommaire des recommandations faites en 2017-18

Suite à l'analyse d'une plainte, le médecin examinateur peut faire certaines recommandations. Selon leur nature, le suivi de celles-ci est assuré par le Comité de vigilance et de la qualité (CVQ).

- Recommandations adressées à des médecins en particulier et déposées à leur dossier professionnel tel que la loi l'exige
- Recommandations adressées au CMDP ou à des chefs de départements ou de services pour corriger certaines lacunes afin d'améliorer les services. Le médecin examinateur doit faire un suivi de celles-ci
- Recommandations médico-administratives adressées au CMDP et à la Direction concernée pour la création de nouveaux services ou l'amélioration de certains aspects médico-administratifs. Ces recommandations peuvent être faites par le médecin examinateur ou conjointement avec la commissaire aux plaintes. Le suivi de ces recommandations est assuré par le Comité de vigilance et de la qualité.

Recommandations 2017-18

1. Les radiologistes, lorsqu'ils souhaitent qu'une investigation soit poursuivie et qu'un rendez-vous soit fixé, devront dorénavant prescrire un délai précis ou utiliser une nomenclature standardisée (*non urgent, semi-urgent, urgent, STAT*) qui précise une durée prescrite prédéfinie préalablement par le département.
2. Que le protocole de contention et d'isolement soit révisé par un comité impliquant un médecin membre du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et de la Direction des services professionnels (DSP). Le but de cette révision devra spécifiquement se pencher sur des mesures à mettre en place afin d'éviter d'autres décès. Le Comité devra ajouter au protocole une liste des situations à risques (*vomissements, symptômes respiratoires, etc.*) pouvant nécessiter une surveillance accrue des signes vitaux lors de l'application de contentions. La contention devrait être une prescription médicale qui devrait être consignée au dossier et réévaluée régulièrement.
3. Que le CISSS de l'Outaouais développe et adopte un protocole de traitement et de prise en charge du sevrage alcoolique et delirium tremens pour standardiser les pratiques et améliorer la sécurité des usagers.
4. Qu'un avis soit envoyé à tous les médecins du CISSS de l'Outaouais sur la tenue de dossier. Lorsque la rédaction d'une note au dossier est structurée, les risques d'omissions sont minimisés.

Voici les éléments qui devraient minimalement et systématiquement se retrouver au dossier:

- Pour la note de suivi: a) Date et heure b) Examen physique, même si sommaire, incluant au minimum une révision des signes vitaux et de l'état général.
- Pour la note de prise en charge: a) Date et heure b) Examen physique complet c) Impression diagnostique d) Plan de traitement

5. Que le CISSS de l'Outaouais révise ses procédures afin de minimiser le risque qu'un usager ne se présente à un rendez-vous de suivi pour un rapport de pathologie alors que le résultat n'est pas au dossier.
6. Que tous les urgentologues obtiennent un accès à Synopsis et l'utilisent plutôt que de se fier au service des archives.
7. Que les départements d'urgence et de radiologie développent une procédure de rétroaction pour faciliter le suivi des résultats anormaux lorsqu'il y a une discordance entre l'interprétation du médecin d'urgence et celle du radiologiste.
8. Que la Direction des services professionnels émette une politique stipulant que le médecin traitant (ou son collègue de garde) doit être avisé pour assurer la prise en charge et l'orientation de l'usager qui se présente à l'urgence pour un symptôme pouvant représenter une complication d'une procédure invasive subie le jour même. Que les médecins spécialistes, les médecins d'urgences et le personnel des urgences soient informés de cette politique et que le CMDP considère en faire un règlement.
9. Que la Direction des services professionnels, en collaboration avec le chef du département d'obstétrique – gynécologie et la Direction des soins infirmiers, s'assure que les 17 recommandations du Rapport du Morbid-Mortal (novembre 2017) soumis au Comité de l'évaluation de l'acte du CMDP, soient intégrées dans les pratiques et protocoles du département d'obstétrique-gynécologie du CISSS de l'Outaouais.

Conclusions et objectifs pour l'année 2018-2019

Durant l'exercice 2017-18, les médecins examinateurs ont conclu le traitement de 144 dossiers de plaintes, soit une augmentation de 53 % du volume comparé à 2016-17.

Le nombre de dossiers en traitement à la fin de l'exercice a augmenté d'une manière significative.

Le délai de traitement des plaintes reste supérieur aux normes prévues.

Le traitement de chaque plainte nécessite plusieurs heures de révision de dossier et de documentation, des rencontres avec le plaignant et les professionnels visés, mais également avec divers consultants d'autres services. Ces rencontres sont nécessaires pour bien comprendre les causes qui ont mené à l'insatisfaction des plaignants et pour déterminer si des correctifs sont nécessaires.

Certains dossiers complexes ne peuvent être conclus dans les délais prescrits étant donné les délais nécessaires à l'obtention des informations et les rencontres à organiser.

Nous notons une augmentation de la complexité des plaintes dans la dernière année par rapport aux années précédentes.

Nos objectifs pour l'année à venir pour les médecins examinateurs seront:

- Minimiser les délais de traitement. Avec environ 3 mois de délai de prise en charge au moment de la présentation de ce document, nous sommes près du but. Un délai d'un mois est la cible optimale, car c'est le temps nécessaire pour obtenir le dossier et la réponse du médecin concerné avant de l'assigner à un médecin examinateur pour son étude.
- Stabiliser l'équipe à long terme
- Développer l'expertise locale
- Développer un outil info-nuagique pour permettre le travail collaboratif en ligne entre les commissaires et les médecins examinateurs



Dr Martin Pham-Dinh,
Médecin examinateur, Coordonnateur

CHAPITRE 5

PLAINTES TRAITÉES PAR LE COMITÉ DE RÉVISION DES PLAINTES MÉDICALES

Comité de révision du CISSS de l'Outaouais

RAPPORT ANNUEL 2017-2018

Préambule

Le Conseil d'administration du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Outaouais, le 29 octobre 2015, a institué un Comité de révision des plaintes médicales pour le CISSS de l'Outaouais. Ce comité a pour fonction de réviser le traitement accordé à l'examen des plaintes de l'utilisateur par un médecin examinateur de l'établissement.

Mandat et responsabilités

Le Comité de révision des plaintes médicales a pour fonction, lorsque la demande lui en est faite par le plaignant ou par le professionnel visé par la plainte, de réviser le traitement accordé à l'examen de la plainte d'un usager ou de toute autre personne par un médecin examinateur du CISSS de l'Outaouais.

Composition du comité de révision des plaintes médicales

Le comité de révision du CISSS de l'Outaouais était formé au 31 mars 2018 des membres suivants:

- M. Michel Roy, président
- Dr Gilles Aubé, membre
- Dre Amélie Gervaise, membre

Le comité s'est rencontré à neuf reprises, soit:

- le 12 juin 2017
- le 24 juillet 2017 (séance ajournée au 24 août 2017)
- le 4 octobre 2017
- le 24 octobre 2017
- le 17 janvier 2018
- le 22 janvier 2018
- le 14 février 2018
- le 14 mars 2018
- le 22 mars 2018

Un total de 20 demandes de révision de plaintes a été reçu dans l'année. Les motifs, conclusions et délais de traitement des dossiers figurent dans le tableau suivant:

Tableau 15 – Motifs, conclusions et délais par dossier

Dossier	Motif de la demande	Conclusions	Respect du délai (60 jours)
01	Délais pour obtenir des services	Confirmation des conclusions du médecin examinateur + Recommandation C.A.	Oui (44 jours)
02	Décision sur le niveau de soins	Demande complément d'examen au médecin examinateur	Oui (30 jours)
03	Négligence médicale	Confirmation des conclusions du médecin examinateur	Oui (60 jours)
04	Décision médicale	Confirmation des conclusions du médecin examinateur	Oui (49 jours)
05	Consentement non éclairé	Confirmation des conclusions du médecin examinateur + recommandation d'organisation d'une rencontre de conciliation	Oui (42 jours)
06	Consentement non éclairé	Confirmation des conclusions du médecin examinateur + recommandation d'organisation d'une rencontre de conciliation	Oui (42 jours)
07	Décision médicale	Confirmation des conclusions du médecin examinateur	Oui (45 jours)
08	Décision médicale	Confirmation des conclusions du médecin examinateur + recommandation d'organisation d'une rencontre de conciliation + Recommandation C.A.	Oui (22 jours)
09	Relations interpersonnelles	Demande complément d'examen au médecin examinateur	Oui (51 jours)
10	Négligence médicale	Demande complément d'examen au médecin examinateur	Oui (52 jours)
11	Qualité des soins/communications déficientes	Confirmation des conclusions du médecin examinateur	Oui (35 jours)
12	Qualité des soins/communications déficientes	Confirmation des conclusions du médecin examinateur	Oui (47 jours)
13	Qualité des soins/communications déficientes	Confirmation des conclusions du médecin examinateur	Oui (49 jours)
14	Qualité des soins/communications	Confirmation des conclusions du médecin examinateur	Oui (35 jours)

	déficientes		
15	Qualité des soins/communications déficientes	Confirmation des conclusions du médecin examinateur	Oui (35 jours)
16	Qualité des soins/communications déficientes	Confirmation des conclusions du médecin examinateur	Oui (47 jours)
17	Négligence médicale	Confirmation des conclusions du médecin examinateur	Oui (57 jours)
18	Décision médicale	Demande rejetée – Demande adressée au-delà du délai légal	N/A
19	Relations interpersonnelles	Confirmation des conclusions du médecin examinateur	Oui (21 jours)
20	Qualité des soins	Demande complément d'examen au médecin examinateur + Recommandation C.A.	Oui (27 jours)

Trios recommandations ayant pour objet l'amélioration de la qualité des soins ou services médicaux, dentaires et pharmaceutiques ont été formulées par le comité.

Tableau 16 – État des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu selon le délai d'examen

DÉLAI D'EXAMEN	Moyenne (jours)	%
Moins de 60 jours	42	100
61 à 90 jours	0	0
91 à 180 jours	0	0
181 jours et plus	0	0
TOTAL	42	100

Le Comité de révision des plaintes médicales doit rendre une décision motivée dans les 60 jours calendrier de la réception d'une demande de révision.

Conclusion et objectifs pour l'année 2018-2019

Le comité de révision a vu une augmentation importante du nombre de demandes de révision, passant de 8 en 2016-2017 à 20 en 2017-2018. Cette augmentation peut être expliquée en partie par l'augmentation du nombre de plaintes traitées par les médecins examinateurs, qui ont réussi à diminuer les délais d'attente. Malgré tout, le comité de révision a pu respecter dans tous les cas le délai maximal de 60 jours. Les mandats des trois membres ont été renouvelés par le conseil d'administration à l'automne 2017 ce qui contribue à la qualité et la continuité des travaux.

Le comité tient à souligner la bonne collaboration du bureau de médecin examinateur, et du bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

Pour la prochaine année le comité souhaite s'assurer que toutes les demandes de révision soient traitées dans le délai maximal de 60 jours. Pour se faire, une révision des manières de procéder du comité pourrait être pertinente si la cadence observée dans les derniers mois de l'année se maintenait ou augmentait. Déjà, le comité a demandé au conseil d'administration de nommer un membre substitut pour la prochaine année.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Michel Roy', is written over a horizontal line.

M. Michel Roy, président

Annexe 1

Personnes impliquées dans le régime d'examen des plaintes en 2017-2018

<i>Commissaires aux plaintes et à la qualité des services</i>	
Nom	Titre
M. Louis-Philippe Mayrand	Commissaire aux plaintes et à la qualité des services <i>(retraite le 29 mars 2018)</i>
Mme Marion Carrière	Commissaire adjointe aux plaintes et à la qualité des services
Mme Pauline Soucy	Agente de planification, de programmation et de recherche (APPR)
Mme Julie Nadeau	Agente de planification, de programmation et de recherche (APPR)
Mme Lucie Lecours	Agente de planification, de programmation et de recherche (APPR) <i>(début mai 2017)</i>
M. Mario Bastien	Agent de planification, de programmation et de recherche (APPR) <i>(15 mai au 22 décembre 2017)</i>
Mme Lucie Villeneuve	Agente de planification, de programmation et de recherche (APPR) <i>(début 24 janvier 2018)</i>
Mme Sylvie Lesage	Technicienne en administration
M. Jocelyn Cossette	Technicien en administration
Mme Claudia Ouellet	Agente cléricale <i>(23 janvier au 22 décembre 2017)</i>
Mme Sylvie Bélisle	Agente cléricale <i>(15 mai au 22 décembre 2017)</i>
Mme Marcellie Fortin	Agente cléricale <i>(début 30 janvier 2018)</i>

Médecins examinateurs	
Nom	Titre
Dr Martin Pham-Dinh	Médecin examinateur, Coordonnateur
Dr Peter Bonneville	Médecin examinateur (29 janvier 2018)
Dr Frédéric Côté	Médecin examinateur (29 janvier 2018)
Dre Chantal Gagné	Médecin examinateur
Dre Geneviève Gagnon	Médecin examinateur (29 janvier 2018)
Dr Marc Gaudet	Médecin examinateur
Dr Maurice Naim	Médecin examinateur
Dre Thi Anh Thu Nguyen	Médecin examinateur (29 janvier 2018)
Dr Olivier Triffault	Médecin examinateur (29 janvier 2018)
Dre Grace-Anna Zoghbi	Médecin examinateur (29 janvier 2018)