

2018-2019

Rapport annuel

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

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

Collaboration

Bienveillance

Excellence

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Saguenay–Lac-Saint-Jean

Commissariat aux plaintes et à la qualité des services

305, rue Saint-Vallier

Chicoutimi (Québec) G7H 5H6

Téléphone : 418-541-7026

Sans frais : 1-877-662-3963

Télécopieur : 418-541-1144

La version électronique de ce document peut être consultée sur le site Web du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean : www.santesaglac.gouv.qc.ca

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes. Les pourcentages arrondis peuvent modifier le total de certains calculs.

Dépôt légal : 2019

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISSN 2371-6525 (imprimé)

ISSN 2371-6533 (en ligne)

Tous droits réservés. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, ou la diffusion de ce document, même partielle, sont interdites sans l'autorisation préalable du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

Adopté par le conseil d'administration du CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean le _____.

Cependant, la reproduction partielle ou complète de ce document à des fins personnelles et non commerciales est permise à la condition d'en mentionner la source.

Rédaction par Julie Bouchard, commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

Mise en page par Synthia Parisi, agente administrative.

© Gouvernement du Québec, 2019

Table des matières

MOT DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES	4
FAITS SAILLANTS AU COURS DE L'EXERCICE 2018-2019 ET ÉVOLUTION DU NOMBRE DE DOSSIERS	6
LE RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES ET SES ASSISES LÉGALES	8
CHAPITRE 1 RAPPORT D'ACTIVITÉS DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES	10
1.1 DESCRIPTION DES AUTRES ACTIVITÉS DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES	11
1.2 LES PARTICIPATIONS STATUTAIRES DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES	11
1.3 ACTIVITÉS RELATIVES À L'EXERCICE DES AUTRES FONCTIONS DE LA COMMISSAIRE	12
1.4 LE BILAN DES DOSSIERS DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES	13
1.5 ASSISTANCE ET ACCOMPAGNEMENT DES USAGERS	17
1.6 LES MESURES D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES AINSI QUE DU RESPECT DES DROITS DES USAGERS	18
1.7 BILAN DES DOSSIERS DE PLAINTES ET D'INTERVENTIONS CONCERNANT LA MALTRAITANCE	22
CHAPITRE 2 RAPPORT D'ACTIVITÉS DES MÉDECINS EXAMINATEURS	24
2.1 BILAN DES ACTIVITÉS DES MÉDECINS EXAMINATEURS	25
CHAPITRE 3 RAPPORT D'ACTIVITÉS DU COMITÉ DE RÉVISION	30
3.1 COMPOSITION ET MANDAT DU COMITÉ DE RÉVISION	31
3.2 DOSSIERS ÉTUDIÉS PAR LE COMITÉ DE RÉVISION	33
CONCLUSION ET ORIENTATIONS	35
LISTE DES TABLEAUX	36
LISTE DES ACRONYMES	37
ANNEXE 1	39
ANNEXE 2	40
ANNEXE 3	42
ANNEXE 4	43

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

C'est avec plaisir que je vous présente le rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services pour l'exercice 2018-2019. Vous trouverez dans ce document le bilan des activités du Commissariat aux plaintes et à la qualité des services du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Saguenay–Lac-Saint-Jean, incluant le bilan requis par l'article 14 de la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité L6.3*, celui des médecins examinateurs et, finalement, celui du comité de révision.

L'année 2018-2019 se termine avec 1809 dossiers reçus et 1822 dossiers traités, comparativement à 1093 dossiers reçus et 1030 dossiers traités l'an dernier, ce qui représente une hausse d'activité globale de plus de 70 %. Suite à plusieurs travaux de standardisation ainsi qu'à la mise en place d'un accueil centralisé, l'équipe du commissariat et les médecins examinateurs ont amélioré leur performance en traitant près de 800 dossiers de plus que l'année précédente. Cette performance accrue est aussi en grande partie le fruit d'une belle collaboration avec le personnel, les gestionnaires et les membres de la direction du CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Cette amélioration prouve que les efforts déployés pour assurer une réponse diligente aux insatisfactions de la population ont été efficaces. Malgré cette très forte augmentation de la performance, le délai moyen pour le traitement d'un dossier de plainte a augmenté, passant de 42 jours l'an dernier à 47 jours cette année.

Ainsi, la population et les usagers du CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean, en formulant leur insatisfaction auprès du Commissariat aux plaintes et à la qualité des services, ont contribué à l'amélioration de la qualité des soins et des services en favorisant l'application de 583 mesures correctives permettant de prévenir la récurrence d'écart entre la qualité attendue et la qualité des services rendus.

En terminant, je veux souligner la rigueur, l'engagement et le travail exceptionnel qu'accomplissent les membres de l'équipe du CPQS et les médecins examinateurs du CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Permettez-moi de vous les présenter : le commissaire adjoint par intérim et les conseillers responsables du traitement des dossiers : Claude Poitras, Caroline Gobeil, Isabelle Bouchard et Karina Cloutier. L'équipe de soutien administratif : Martine Pilote, Synthia Parisi et Christina Thériault. L'équipe des médecins examinateurs : Dr Réjean Delisle, Dre Nathalie Lapierre et Dr André Bergeron. Je tiens également à souligner la contribution de Mme Sylvie Mailhot et de M. Martin Bouchard.

Ils se joignent à moi pour vous inviter à prendre connaissance du rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services pour l'exercice 2018-2019 et vous souhaiter une excellente lecture.



Julie Bouchard

Les faits saillants au cours de l'exercice 2018-2019

Légende

Par rapport à l'an passé :  augmentation  diminution = comparable



Faits saillants au cours de l'exercice 2018-2019 et évolution du nombre de dossiers

↑ 77 %	1 822	Nombre de dossiers traités en 2018-2019
↑ 41 %	803	Plaintes reçues en première instance par la commissaire aux plaintes
↑ 55 %	824	Plaintes conclues durant l'exercice
	47 jours	Délai moyen pour le traitement d'un dossier de plainte
	434	Mesures correctives
	53 %	Des mesures correctives à portée individuelle
	47 %	Des mesures correctives à portée systémique
	61	Dossiers transmis au 2 ^e palier au Protecteur du citoyen
↑ 55 %	217	Interventions de la commissaire aux plaintes
↑ 89 %	230	Interventions conclues durant l'exercice
	106	Mesures correctives
	43%	Mesures correctives à portée individuelle
	57%	Mesures correctives à portée systémique
↑	29	Déclarations concernant la <i>Loi visant à lutter contre la maltraitance</i>
↑ 141 %	546	Assistances
↑ 64 %	72	Consultations
↑ 53 %	171	Plaintes reçues en première instance par les médecins examinateurs
↑ 32 %	153	Plaintes conclues durant l'exercice
	43	Mesures correctives
	19	Dossiers transmis au comité de révision
	5	Dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires

Introduction



Le régime d'examen des plaintes et ses assises légales

Les rôles et responsabilités

En vertu des pouvoirs qui leur sont conférés par la Loi, la commissaire aux plaintes et à la qualité des services (CPQS), les commissaires adjoints aux plaintes et à la qualité des services (CA PQS) ainsi que les médecins examinateurs sont responsables envers le conseil d'administration du respect des droits des usagers dans le cadre de leurs fonctions et du traitement diligent de leurs plaintes. Ils exercent, notamment, les fonctions suivantes :

- Appliquent la procédure d'examen des plaintes en recommandant, au besoin, toutes mesures susceptibles d'en améliorer le traitement;
- Assurent la promotion de l'indépendance de leur rôle, ainsi que la promotion du régime d'examen des plaintes et du code d'éthique;
- Examinent avec diligence une plainte, dès sa réception;
- Saisissent toute instance visée lorsqu'en cours d'examen, une pratique ou une conduite d'un membre du personnel soulève des questions d'ordre disciplinaire et formulent toute recommandation à cet effet dans leurs conclusions;
- Informent, dans un délai de 45 jours, le plaignant des conclusions motivées auxquelles ils sont arrivés, accompagnées, le cas échéant, des recommandations transmises aux instances concernées et indiquent les modalités de recours auprès du Protecteur du citoyen ou du comité de révision dans le cas d'une plainte médicale;
- Dressent au moins une fois par année un bilan de leurs activités;
- Traitent les signalements effectués dans le cadre de la Politique de lutte contre la maltraitance adoptée en vertu de la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité* et, lorsque le signalement doit être traité par une autre instance, dirigent les personnes formulant ce signalement vers celle-ci.

La mission et les valeurs

Ayant pour mission de s'assurer du respect et de l'application du régime d'examen des plaintes, la commissaire aux plaintes et à la qualité des services s'assure également de promouvoir la qualité des services et le respect des droits des usagers. Inspirée par les valeurs organisationnelles du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, ses actions et ses réflexions reposent sur des valeurs dont les principales se déclinent ainsi : la collaboration, l'excellence et la bienveillance. Ces valeurs se traduisent dans l'exécution de son rôle et de ses responsabilités, tant auprès des usagers, des partenaires que de l'ensemble de la population.

Droit de réserve

Il importe de préciser que ce rapport a été préparé à partir des données fournies par le logiciel SIGPAQS (système d'information de la gestion sur les plaintes et sur l'amélioration de la qualité des services). Cette application assure l'uniformisation de la présentation des données statistiques sur les plaintes des différents établissements du réseau de la santé. La commissaire se garde une réserve sur l'exactitude des données fournies dans ce rapport.

Chapitre 1

Rapport d'activités de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services



1.1 Description des autres activités de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Au cours de la dernière année, la CPQS et les membres de l'équipe du commissariat ont tenu des rencontres avec les différents auteurs des plaintes et les représentants des organismes en cause. Ils ont également établi des liens avec les différents gestionnaires du CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean ainsi qu'avec les partenaires de la région, afin de faire connaître le Commissariat aux plaintes et à la qualité des services.

Concrètement, voici quelques représentations ou activités effectuées, entre autres, dans le but de favoriser l'engagement envers l'amélioration de la qualité des soins et des services ainsi que la promotion du régime d'examen des plaintes dans sa globalité :

- rencontres et échanges avec différents partenaires de la région, notamment les intervenants et le directeur du Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP) du Saguenay–Lac-Saint-Jean, d'organismes communautaires et de résidences privées pour personnes âgées;
- rencontres avec les membres des comités d'usagers des différentes installations de l'établissement;
- participation à l'assemblée générale annuelle de plusieurs comités de résidents et d'usagers, dont celle du CUCI;
- rencontres avec les gestionnaires des différentes directions du CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean;
- participation au comité directeur sur la Politique pour contrer la maltraitance.
- participation à la TRÉMA.

1.2 Les participations statutaires de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Engagement au niveau provincial

La CPQS 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 CPQS dresse un bilan de ses activités 4 fois par année. Dans son rapport, elle présente les faits saillants et les recommandations qu'elle a formulées à la suite de l'examen des dossiers visant à l'amélioration de la qualité des soins et des services.

Assemblée générale annuelle du CIUSSS

La CPQS utilise ce moment privilégié afin de dresser un bilan de ses activités et de répondre à tout questionnement relevant de sa compétence.

Le tableau 1 indique l'état des activités relatives à l'exercice des autres fonctions de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

1.3 Activités relatives à l'exercice des autres fonctions de la commissaire

Tableau 1 - Activités relatives à l'exercice des autres fonctions de la commissaire

Autres fonctions de la commissaire	Nombre	%
Promotion / Information		
Droits et obligations des usagers	5	10.20
Loi de lutte contre la maltraitance	1	2.04
Code d'éthique (employés, professionnels, stagiaires)	3	6.12
Régime et procédure d'examen des plaintes	23	46.94
Autre	3	6.12
Sous-total	35	71.42
Communication au conseil d'administration (en séance)		
Bilan des dossiers des plaintes et des interventions	1	2.04
Autre	1	2.04
Sous-total	2	4.08
Participation au comité de vigilance et de la qualité		
Participation au comité de vigilance et de la qualité	4	8.16
Sous-total	4	8.16
Collaboration au fonctionnement du régime des plaintes		
Collaboration avec les comités des usagers/résidents	8	16.33
Autre	2	4.08
Sous-total	10	20.41
Total	49	100

Le pourcentage est relatif au total de la colonne.

Ce tableau inclut le nombre d'activités à l'exercice des autres fonctions de la commissaire.

1.4 Le bilan des dossiers de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Tableau 2 - Bilan des dossiers de plaintes et d'interventions 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 2 ^e palier (PDC)
Plaintes	99	803	824	78	61
Interventions	34	217	230	21	N/A

Tableau 3 - Bilan des dossiers de plaintes selon l'étape de l'examen et les missions ou instances visées

MISSION / CLASSE	En cours d'examen au début de l'exercice	Reçus durant l'exercice		Conclus durant l'exercice		En cours d'examen à la fin de l'exercice	Transmis au 2 ^e palier
		Nombre	%	Nombre	%		
CHSGS	60	530	66	554	67,23	36	35
CHSLD	3	27	3,36	26	3,15	4	1
CLSC	7	65	8,09	66	8,01	6	8
CPEJ	18	67	8,34	74	8,98	11	9
CRD	1	1	0,12	2	0,24	0	0
CRDI-TED	1	1	0,12	2	0,24	0	2
CRDA	0	1	0,12	0	0	1	0
CRDM	0	2	0,24	2	0,24	0	0
CRJDA	2	43	5,35	34	4,12	11	3
RAC	0	1	0,12	1	0,12	0	0
Sous-total	92	738	91,86	761	92,33	69	58
Organismes communautaires	0	5	0,62	3	0,36	2	0
Organismes avec entente	3	17	2,11	20	2,42	0	1
RPA	2	26	3,23	24	2,91	4	1
RI	0	7	0,87	6	0,72	2	0
Ressources offrant de l'hébergement en toxicomanie et jeu pathologique	0	3	0,37	3	0,36	0	1
SPU	2	6	0,74	7	0,84	1	0
TOTAL	99	803	100	824	100	78	61

*En matière de santé et de services sociaux, le Protecteur du citoyen (PDC) agit généralement en deuxième recours après que la situation ait été examinée par un commissaire ou un commissaire adjoint aux plaintes et à la qualité des services.

Tableau 4 - Bilan des dossiers d'interventions selon l'étape de l'examen et les missions ou instances visées

Instance visée	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
	Nombre	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
CHSGS	16	106	48,84	111	48,26	12
CHSLD	4	52	24,00	53	23,04	3
CLSC	4	16	7,37	18	7,82	2
CPEJ	1	4	1,84	4	1,73	1
CRDI-TED	1	2	0,92	3	1,30	0
CRDM	0	1	0,46	1	0,43	0
CRJDA	2	6	2,76	7	3,04	1
RI	1	5	2,30	3	1,30	2
Organisme avec entente	0	2	0,92	2	0,87	0
Organisme communautaire	1	3	1,40	4	1,73	0
RPA	3	18	8,29	21	9,13	0
Ressource type familial	1	1	0,46	2	0,87	0
Ressources offrant de l'hébergement en toxicomanie et en jeu pathologique	0	1	0,46	1	0,43	0
Total	34	217	100	230	100	21

Tableau 5 - Comparatif avec les années antérieures

Exercice	Plaintes reçues	Plaintes conclues	Plaintes transmises au 2 ^e palier	Interventions débutées	Interventions conclues
2018-2019	803	824	61	217	230
2017-2018	570	530	45	141	122
2016-2017	429	422	29	114	112
2015-2016	457	428	27	139	129

Durant le présent exercice, le Commissariat aux plaintes et à la qualité des services a reçu 233 plaintes de plus comparativement à l'an passé, ce qui correspond à 40 % d'augmentation. La CPQS a amorcé 76 dossiers d'interventions de plus comparativement à l'an passé, ce qui correspond à une augmentation de 54 %.

Tableau 6 - Comparatif des principaux motifs de plaintes (tableau par catégories d'objets)

Catégories des motifs	2017 - 2018				2018 - 2019			
	Plaintes	Interventions	Total	%	Plaintes	Interventions	Total	%
Accessibilité	123	19	142	17.7	266	30	296	24.4
Aspect financier	100	9	109	13.5	139	16	155	12.7
Droits particuliers	50	21	71	8.8	75	31	106	8.7
Organisation du milieu	78	26	104	12.9	89	61	150	12.3
Maltraitance					3	26	29	3.21
Relations interpersonnelles	85	13	98	12.2	84	21	103	8.4
Soins et services	228	44	272	33.9	294	70	364	29.9
Autre	5	1	6	0.7	8	3	11	0.9
TOTAL	669	133	802	100	958	258	1216	100

Les 1216 motifs de plaintes et d'interventions se concentraient, dans une proportion de 54,3 %, dans 2 catégories : l'accessibilité (24,4 %) et les soins et services dispensés (29,9 %). Une telle situation est relativement semblable à celle de l'année précédente.

Tableau 7 – Répartition des plaintes et interventions par programmes

Programmes	Plaintes générales	Interventions
DLST	4 %	7 %
DPDI-TSA-DP	1 %	3 %
DQEPE	0 %	1 %
DPJ	4 %	1 %
DPJe	9 %	4 %
DPSAPA	7 %	32 %
DSMD	4 %	4 %
DRF	13 %	4 %
DSI	6 %	9 %
DRI	0 %	0 %
DSM	5 %	3 %
DSP	37 %	15 %
DSPublique	0 %	2 %
RPA	3 %	6 %
Organ. Comm.	1 %	0 %
DRHCAJ	0 %	0 %
CIUSSS	1 %	0 %
Autres	5 %	11 %
Total	100 %	100 %

Tableau 8 - Comparatif des dossiers conclus 2017-2018 et 2018-2019

Comparatif des dossiers	2017-2018	2018-2019
Nombre de plaintes conclues	530	824
Délai moyen pour le traitement des plaintes (jours)	42	47
Nombres d'interventions	122	230
Nombre d'assistances auprès des usagers	227	550
Nombre de consultations	44	72
Nombre de plaintes qui ont fait l'objet d'un recours auprès du Protecteur du citoyen	45	61

Le délai moyen pour le traitement des plaintes a augmenté comparativement à l'an dernier, passant de 42 jours à 47 jours. Nous constatons que cette augmentation de délai est moins importante que l'augmentation d'activité. En effet, en excluant le nombre d'assistances, puisque la façon de les comptabiliser a été changée cette année, l'augmentation est passée de 696 dossiers conclus en 2017-2018 à 1 126 dossiers conclus pour 2018-2019.

Tableau 9 - Bilan des dossiers de plaintes dont l'examen a été conclu selon le délai d'examen

Délai d'examen	Moyenne	Nombre	%
Moins de 3 jours	1	42	5.10
De 4 à 15 jours	10	129	15.66
De 16 à 30 jours	22	139	16.87
De 31 à 45 jours	38	196	23.79
Sous-total	24	506	61.42
De 46 à 60 jours	52	121	14.68
De 61 à 90 jours	71	105	12.74
De 91 à 180 jours	125	73	8.86
181 jours et plus	192	19	2.31
Sous-total	83	318	38.59
TOTAL	47	824	100

Le délai prescrit par la Loi pour l'examen des plaintes est de 45 jours. Dans la totalité des cas où le traitement était au-delà de 45 jours, le non-respect de ce délai s'est fait d'un commun accord avec le plaignant, dans la mesure où ce délai s'avérait nécessaire, eu égard, notamment, à la complexité de la plainte, sa spécificité ou la non-disponibilité en temps opportun d'informations pertinentes.

Tableau 10 - Bilan des dossiers de plaintes dont l'examen a été conclu selon l'auteur

Auteur	Nombre	%
Représentant	263	31.72
Tiers	4	0.48
Usager	562	67.79
TOTAL	829	100

* Le nombre d'auteurs peut être supérieur au nombre de dossiers, puisqu'il peut y avoir plus d'un auteur (usager, représentant ou tiers) par dossier.

1.5 Assistance et accompagnement des usagers

Le CAAP intervient en amont du dépôt de la plainte, pendant le traitement de la plainte et après qu'elle ait été conclue à l'établissement par le CPQS, le médecin examinateur, le comité de révision, le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ou par le Protecteur du citoyen.

1.6 Les mesures d'amélioration de la qualité des soins et des services ainsi que du respect des droits des usagers

Un même motif peut comporter plus d'une mesure d'amélioration. Par ailleurs, une mesure peut prendre la forme d'une recommandation adressée par le commissaire, d'une mesure corrective appréciable immédiatement ou d'un engagement d'un gestionnaire pour corriger ou améliorer une situation.

Une mesure peut être à portée individuelle ou systémique. La mesure à portée individuelle n'a généralement d'effet que pour la personne concernée et vise à régler une situation particulière. La mesure à portée systémique vise à prévenir la répétition d'une situation ou à améliorer la qualité des services pour un ensemble de personnes ou pour les usagers futurs du service.

Les 1216 motifs de plaintes et d'interventions ont donné lieu à la formulation de 583 mesures d'amélioration, lesquelles ont toutes été entérinées par les directions concernées.

À titre indicatif, voici le libellé de quelques mesures d'amélioration réalisées ou en cours d'actualisation présentées au tableau 11.

Tableau 11 - Mesures d'amélioration formulées

Motifs/Nombre de mesures	QUELQUES MESURES D'AMÉLIORATION FORMULÉES
<p>Accessibilité <i>74 mesures</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> – Procédure de constat de décès à distance par une infirmière. – Révision de la procédure pour cédule les patients pour un examen coloscopie. – Recommande au département médical de revoir le formulaire d'ordonnance médicale en y ajoutant une section visant l'autorisation du congé. – Recommande aux instances médicales de l'urgence l'étude et l'implantation de protocoles pour certaines pathologies évidentes, ce qui peut favoriser une meilleure fluidité des soins. – Établir une mesure alternative pour permettre à la clientèle qui est déjà en suivi avec médecin spécialiste en douleur 2^e ligne de maintenir un suivi régulier. – Établir un mécanisme fluide de prise de rendez-vous avec médecin spécialiste à la clinique externe afin de faciliter l'accès. – Afin d'assurer une compréhension commune pour l'ensemble des intervenants et des professionnels et de faciliter la transmission de l'information aux usagers, clarifier les directives écrites pour l'attribution des rendez-vous en orthopédie, en collaboration avec les professionnels concernés, afin d'inclure le processus en place pour prioriser, lors d'un débordement potentiel de la clinique, le processus pour la gestion des listes d'attente. – Établir une procédure concernant l'accessibilité à une liste d'attente pour l'utilisateur qui fait une demande au Service de l'audiologie. – Effectuer le transfert personnalisé vers le CLSC et mettre en place les services requis dans les plus brefs délais. – Réviser la politique concernant la clientèle hors pays et hors province sans carte d'assurance maladie valide.
<p>Aspect financier <i>97 mesures</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> – Annulation de la facture. – Demande de remboursement selon la politique en vigueur.
<p>Droits particuliers <i>60 mesures</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> – Rappel sur les notions de confidentialité et mise en place d'affiches. – Réviser le formulaire de représentation du résident en conformité avec les dispositions législatives concernant le consentement substitué. – Compléter un rapport d'incident et d'accident. – Demande d'enquête aux ressources humaines selon l'article 33.5 de la LSSSS.

Motifs/Nombre de mesures	QUELQUES MESURES D'AMÉLIORATION FORMULÉES
	<ul style="list-style-type: none"> – Faire un rappel à l'équipe de soins en ce qui concerne le consentement substitué, la nécessité d'informer le représentant légal et de documenter le consentement au dossier. – Clarifier le processus de communication avec le représentant légal et les membres d'une même famille en centre d'hébergement et s'assurer du respect du processus. – Rappeler à tout le personnel que l'utilisateur ou son représentant doit être informé de l'existence de la politique de la perte d'objet et le référer à la gestionnaire lorsqu'il rapporte avoir égaré un bien personnel, et ce, pour toute situation.
Maltraitance <i>18 mesures</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Gradation des sanctions attribuables à la situation. – Mise en place d'un régime de protection. – Protection du majeur vulnérable.
Organisation du milieu et ressources matérielles <i>58 mesures</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Mise en place de procédure pour vérifier température des aliments et des mesures à prendre si non-conformité. – Revoir le mécanisme de gestion sur le programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique. – Augmenter le nombre de places dans la salle de la CDJ ou à proximité. – Poursuivre les travaux pour améliorer la fluidité dans la communication entre l'hôpital et le programme SAD. – Prendre les mesures nécessaires afin d'implanter un mécanisme permettant d'améliorer la sécurité, notamment de l'environnement, pour les usagers atteints de troubles cognitifs qui ont un épisode de soins sur l'unité de courte durée.
Relations interpersonnelles <i>81 mesures</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Demander l'intervention des policiers et relocaliser l'utilisateur dans un milieu sécuritaire. – Rappel déontologique et code éthique à l'employé visé. – De produire une brochure et la remettre à l'utilisateur ou sa famille afin qu'ils soient informés des frais exigés lorsque l'utilisateur est en attente d'hébergement dans un lit de courte durée. – Prendre les mesures nécessaires afin d'améliorer la communication et mieux informer la clientèle lors de la prise de contact initiale sur les délais en cours avant de céder un rendez-vous et les options possibles selon le cas, conseiller à l'utilisateur de communiquer avec le service s'il n'a pas obtenu de rendez-vous après un certain nombre de semaines, afin qu'il puisse évaluer les options possibles.
Soins et services	<ul style="list-style-type: none"> – Dans les situations complexes de soins palliatifs pour un patient NSA, s'assurer de la mise en place d'une rencontre interdisciplinaire.

Motifs/Nombre de mesures	QUELQUES MESURES D'AMÉLIORATION FORMULÉES
<p>dispensés</p> <p><i>191 mesures</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> – Révision du mode de fonctionnement en utilisant de nouveaux outils cliniques : kardex des soins et PTI afin d'améliorer la continuité des soins entre les professionnels (infirmière; infirmière auxiliaire et PAB). – Revisiter le protocole endo-56 « Protocole de diabète pour examen à jeun » afin que l'usager diabétique ne subisse pas une attente prolongée en médecine de jour avant son examen en endoscopie qui aura lieu seulement en après-midi. – Afin de s'assurer du respect des consignes par l'ensemble des intervenants de l'unité de soins et des plateaux techniques suite à l'installation d'un stimulateur cardiaque, prendre les mesures nécessaires pour que l'ensemble des informations requises soient indiquées au plan thérapeutique infirmier (PTI), au cardex ou dans toute autre documentation clinique le nécessitant.

1.7 Bilan des dossiers de plaintes et d'interventions concernant la maltraitance

La *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité* a été adoptée en mai 2017. Cette Loi prévoit l'obligation de signaler toutes situations possibles de maltraitance à l'endroit des majeures sous régime de protection ainsi que des personnes hébergées en CHSLD.

Cette Loi confie au commissaire aux plaintes et à la qualité des services la responsabilité de traiter les plaintes et les signalements effectués dans le cadre de la politique de l'établissement. Or, l'établissement a adopté, le 12 novembre 2018, la *Politique de lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité PO-PS-SAPA.033*. Cette politique prévoit l'obligation de signaler toutes situations possibles de maltraitance au CPQS.

Le tableau suivant fait état des dossiers traités par le Commissariat aux plaintes et à la qualité des services au cours de l'exercice.

Tableau 12 - Plaintes et interventions suite à des signalements en lien avec la maltraitance et mesures correctives

Nombre de signalements	Motif(s)des signalements	Nombre mesures	Mesures
9	Maltraitance financière ou matérielle par un proche ou un tiers.	5	Sécurité et protection et respect des droits.
9	Maltraitance physique par un dispensateur de services ou un usager.	6	Encadrement de l'intervenant, Élaboration / révision / application, amélioration des mesures de sécurité et protection et autre.
2	Maltraitance organisationnelle par un dispensateur de services ou un usager.	0	Sans mesure.
1	Maltraitance par rapport à la violation des droits par un proche ou un tiers.	1	Respect des droits.
4	Maltraitance psychologique par un dispensateur de services ou un usager.	2	Encadrement de l'intervenant, amélioration des mesures de sécurité et protection.
4	Maltraitance sexuelle par un proche ou un tiers.	4	Amélioration des mesures de sécurité et protection, encadrement de l'intervenant, élaboration / révision / application et autre.

La mise en œuvre de la politique de lutte contre la maltraitance a contribué à la hausse du nombre de signalements reçus comparativement à l'année dernière. L'organisation a mis en place 18 mesures correctives afin de contrer les situations de maltraitance dans les 29 dossiers qui nous ont été signalés. Nous constatons que la majeure partie des dossiers de maltraitance ont comme motif la maltraitance financière et matérielle ainsi que la maltraitance physique. Nous avons relevé que le délai moyen de traitement des dossiers de maltraitance se situe à 22 jours.

Chapitre 2

Rapport d'activités des médecins examinateurs



2.1 Bilan des activités des médecins examinateurs

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

La présente partie de ce rapport porte sur l'ensemble des activités des médecins examinateurs pour la période du 1^{er} avril 2018 au 31 mars 2019.

Tableau 13 - Bilan des dossiers de plaintes médicales 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 2 ^e palier Comité de révision
21	171	153	39	19

Tableau 14 - Comparatif avec les années antérieures

	Plaintes reçues	Plaintes conclues	Comité de révision
2018 - 2019	171	153	19
2017 - 2018	111	113	22
2016 - 2017	94	88	14
2015 - 2016	84	84	9

Tableau 15 - Bilan des dossiers de plaintes médicales selon l'étape de l'examen et l'instance visée

Instance visée	En cours d'examen au début de l'exercice	Reçus durant l'exercice		Conclus durant l'exercice		En cours d'examen à la fin de l'exercice	Transmis au 2 ^e palier
		Nombre	%	Nombre	%		
CH							
CHSGS	20	167	97.66	148	97.37	39	19
CHSLD	0	3	1.75	3	1.97	0	0
CLSC	0	1	0.58	1	0.66	0	0
TOTAL	20	171	100	152	100	39	19

Tableau 16 - Répartition des plaintes médicales par programmes

DPJe	DPSAPA	DSMD	DSI	DSP	DSPublique	Autres	TOTAL
4 %	1 %	7 %	5 %	76 %	1 %	7 %	100 %

Tableau 17 - Délai de traitement des dossiers de plaintes médicales conclus au cours de l'exercice

Délai d'examen	Moyenne	Nombre	%
Moins de 3 jours	2	2	1.31
4 à 15 jours	9	5	3.27
16 à 30 jours	20	8	5.23
31 à 45 jours	41	17	11.11
Sous-total	28	32	20.92
46 à 60 jours	53	30	19.61
61 à 90 jours	75	40	26.14
91 à 180 jours	111	38	24.84
181 jours et plus	424	13	8.50
Sous-total	118	121	79.09
TOTAL	100	153	100.00

118 dossiers de plaintes à caractère médical, soit 79 % des dossiers, ont été traités dans un délai qui excède les 45 jours prescrits par la loi. Ce sont 32 dossiers, soit 21 % des dossiers, dont le traitement s'est finalisé à l'intérieur du délai légal.

Le délai moyen de traitement est passé de 83 jours en 2017-2018 à 101 jours pour la période 2018-2019.

Tableau 18 - Bilan des dossiers de plaintes médicales dont l'examen a été conclu selon l'auteur

Auteur*	Nombre	%
Représentant	59	38.31
Tiers	5	3.25
Usager	90	58.44
TOTAL	154	100.00

*Il est à noter que le nombre d'auteurs peut être supérieur au nombre de dossiers, puisqu'il peut y avoir plus d'un auteur (usager, représentant ou tiers) par dossier.

Le précédent tableau indique que dans près de 58 % des dossiers, l'utilisateur est l'auteur de la plainte. Pour les autres dossiers, l'utilisateur a été représenté et /ou accompagné par un proche ou un tiers.

Par ailleurs, 40 plaignants ont été accompagnés par le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP) dans leurs démarches et 6 plaignants ont été assistés par les comités des usagers ou de résidents.

Tableau 19 - Bilan des dossiers de plaintes médicales dont l'examen a été conclu au 1^{er} palier selon le motif

Catégories de motifs	Nombre de motifs	%	Avec mesure	Sans mesure
Accessibilité	13	7.88	1	9
Aspect financier	2	1.21	0	2
Droits particuliers	13	7.88	5	7
Maltraitance	0	0	0	0
Relations interpersonnelles	24	14.55	12	11
Soins et services dispensés	113	68.48	22	79
TOTAL	162	100	40	105

Une même plainte peut comporter plusieurs éléments d'insatisfaction que nous traduisons en termes de motifs de plainte. Les médecins examinateurs ont traité et conclu 150 dossiers comportant 162 motifs de plaintes et ont formulé 40 mesures d'amélioration.

Tableau 20 - Bilan des dossiers de plaintes médicales dont l'examen a été conclu au 1^{er} palier selon le motif et la mesure

Mesure/motif	Accessibilité	Aspect financier	Droits particuliers	Maltraitance (Loi)	Organisation du milieu et ressources matérielles	Relations interpersonnelles	Soins et services dispensés	Autre	TOTAL	% Par mesure
À portée individuelle										
Adaptation des soins et services										
Ajustement professionnel	0	0	0	0	0	0	3	0	3	6.98
Amélioration des communications	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2.33
Encadrement de l'intervenant	0	0	1	0	0	1	2	0	4	9.30
Formation du personnel	0	0	0	0	0	1	3	0	4	9.30
Conciliation/intercession/médiation/liaison/précision/explication	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2.33
Information/sensibilisation d'un intervenant	0	0	3	0	0	9	15	0	27	62.79
Sous-total	1	0	4	0	0	12	23	0	40	93.02
À portée systémique										
Adaptation des soins et services										
Ajustement des activités professionnelles	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2.33
Élaboration/révision/application	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2.33
Information et sensibilisation des intervenants	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2.33
Sous-total	0	0	1	0	0	0	2	0	3	6.98
TOTAL	1	0	5	0	0	12	25	0	43	100

*Il peut y avoir plus d'une mesure par motif

Les recommandations ou mesures d'amélioration peuvent se situer à deux niveaux, soit à portée individuelle ou à portée systémique. Une mesure peut être à portée individuelle ou systémique. La mesure à portée individuelle n'a généralement d'effet que pour la personne concernée et vise à régler une situation particulière. La mesure à portée systémique vise à prévenir la répétition d'une situation ou à améliorer la qualité des services pour un ensemble de personnes ou pour les usagers futurs du service.

Les 153 plaintes à caractère médical traitées et conclues au cours de la présente période ont fait l'objet de 43 recommandations : ces mesures visaient majoritairement des améliorations à portée individuelle (93 %) permettant de régler une problématique propre au plaignant, alors que 7 % d'entre elles étaient à portée systémique, c'est-à-dire qu'elles ciblaient l'amélioration des soins et des services dans leur ensemble.

Une mesure peut prendre la forme d'une recommandation adressée par le commissaire, d'une mesure corrective appréciable immédiatement ou d'un engagement d'un gestionnaire pour corriger ou améliorer une situation.

Tableau 21 - Dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires

Dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires	Nombre
Transmission au CMDP ou à l'autorité déterminée par règlement pour les résidents	5

Chapitre 3

Rapport d'activités du comité de révision



3.1 Composition et mandat du comité de révision

Le comité de révision est composé de sept membres, soit 5 médecins de l'établissement et 2 administrateurs du conseil d'administration du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux. Lors du traitement d'un dossier de révision, deux médecins participent à la rencontre ainsi qu'un administrateur, lequel agit à titre de président du comité.

Le comité de révision a pour fonction de réviser le traitement accordé à l'examen d'une plainte de l'utilisateur par le médecin examinateur. À cet effet, il doit prendre connaissance de l'ensemble du dossier de plainte de l'utilisateur, s'assurer que l'examen de la plainte a été effectué de façon appropriée, diligemment et avec équité, et que les motifs des conclusions du médecin examinateur, le cas échéant, se fondent sur le respect des droits et les normes professionnelles.

Au terme de sa révision, le comité doit communiquer, par écrit, un avis motivé à l'utilisateur, au professionnel concerné, au médecin examinateur et à la commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

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

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

La décision du comité de révision est finale et ne peut être révisée.

Le comité de révision doit transmettre au conseil d'administration de l'établissement, avec copie au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, au moins une fois par année, et chaque fois qu'il le juge nécessaire, un rapport décrivant les motifs des plaintes ayant fait l'objet d'une demande de révision, de ses conclusions ainsi que des délais de traitement de ses dossiers. Il peut, en outre, formuler des recommandations ayant notamment pour objet l'amélioration de la qualité des soins ou services médicaux, dentaires et pharmaceutiques dispensés dans un centre exploité par l'établissement (art. 57, LSSSS).

Nombre de rencontres du comité de révision

Au cours de l'année 2018-2019, les membres du comité de révision se sont rencontrés à 6 reprises : soit les 26 avril, 11 juillet, 20 septembre 2018 ainsi que les 10 janvier, 29 janvier et 29 mars 2019.

3.2 Dossiers étudiés par le comité de révision

Tel que prévu par la loi, pour les plaintes médicales, une personne peut se prévaloir de son droit de recours en deuxième instance auprès du comité de révision de l'établissement.

Tableau 22 - Bilan des dossiers du comité de révision selon l'étape de l'examen

Exercice	En cours d'examen au début de l'exercice	Reçus durant l'exercice	Conclus durant l'exercice	Retirés en cours d'exercice	En cours d'examen à la fin de l'exercice
2018-2019	3	19	16	3	6

Tableau 23 - Comparatif des dossiers de révision selon le niveau de traitement

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	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
2018 - 2019	3	-50	19	-14	16	-36	6	100
2017 - 2018	6	-14	22	57	25	67	3	-50
2016 - 2017	7	250	14	56	15	275	6	-14
2015 - 2016	2	200	9	13	4	-33	7	250

Tableau 24 - Motifs des dossiers de révision selon le niveau de traitement – 2018-2019

Motifs	Reçus durant l'exercice		Conclus durant l'exercice	
	Nombre	%	Nombre	%
Accessibilité	0	0	0	0
Aspect financier	0	0	0	0
Droits particuliers	5	29	3	22
Maltraitance	0	0	0	0
Organisation du milieu et ressources matérielles	0	0	0	0
Relations interpersonnelles	3	18	2	14
Soins et services dispensés	9	53	9	64
TOTAL	17	100 %	14	100 %

Durant le présent exercice, le comité de révision a reçu 19 demandes de réexamen, soit 3 demandes de moins comparativement à l'an passé, ce qui représente une diminution de 14 %. De ce nombre, 1 dossier a été rejeté sur examen sommaire et nous avons reçu des désistements pour 2 dossiers. Les principaux

motifs touchent principalement les soins et services dispensés, les droits particuliers et les relations interpersonnelles.

Les membres du comité se sont rencontrés à 6 reprises au cours desquelles ils ont traité 14 dossiers. Cependant, considérant les délais entre la tenue de la rencontre et la rédaction de la décision, ce sont 13 dossiers qui apparaissent comme étant conclus au niveau des statistiques du présent exercice.

Il est à noter que le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP) a agi en qualité d'assistant dans 12 dossiers acheminés au comité de révision au cours de la présente période.

Tableau 25 - Conclusions et recommandations du comité de révision

Processus d'examen	Nombre	%
Confirmation des conclusions du médecin examinateur	10	77
Demande de complément d'examen	1	8
Études pour fins disciplinaires	2	15
Recommandations de mesures pour réconcilier	0	0
TOTAL	13	100 %

Les conclusions du médecin examinateur ont été confirmées dans 10 des dossiers conclus au cours de la période. Il a été demandé un complément d'examen dans 1 dossier et 2 dossiers ont été orientés pour étude à des fins disciplinaires. Il n'a été recommandé aucune mesure de conciliation.

Tableau 26 - Délai de traitement des plaintes

Délai d'examen	Moyenne	Nombre	%
Moins de 60 jours	43	3	19
61 à 90 jours	79	7	44
91 à 180 jours	114	5	31
181 jours et plus	316	1	6
TOTAL	98	16	100 %

Le comité de révision a transmis ses conclusions dans un délai moyen de 98 jours pour les 16 demandes de révision conclues au cours de la période. De ce nombre, 19 % des dossiers ont été traités dans un délai de moins de 60 jours, et ce, tel que requis dans la loi.

Conclusion et orientations

Les activités réalisées dans le cadre de l'application du régime d'examen des plaintes pour l'exercice 2018-2019 ont permis à l'équipe du Commissariat aux plaintes et à la qualité des services ainsi aux médecins examinateurs de mettre en évidence plusieurs pistes d'amélioration en ce qui a trait à la qualité des soins et des services pour les usagers fréquentant les différentes installations du CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean et autres prestataires de services de santé et de services sociaux de la région, et ce, dans le respect de leurs droits.

La hausse des demandes adressées au Commissariat aux plaintes et à la qualité des services ainsi qu'aux médecins examinateurs témoigne de la pertinence du régime d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services, et permet d'identifier des écarts entre la qualité attendue par les usagers et la qualité des services rendus par les établissements sur les plans professionnels, organisationnels et relationnels.

Au cours de la dernière année, le CPQS a reçu et traité 29 signalements en lien avec la nouvelle politique de lutte contre la maltraitance. Tous ces signalements ont été traités avec diligence, rigueur et avec un très haut niveau d'importance. De ce fait, l'établissement a mis en place 18 mesures correctives afin de contrer les situations de maltraitance chez les personnes en situation de vulnérabilité ainsi que chez les personnes âgées. La mise en œuvre de cette politique continuera de s'actualiser dans la prochaine année, ce qui nécessitera certainement le maintien, et peut-être même le développement, d'une concertation et d'une collaboration entre les différents intervenants gravitant autour des personnes en situation de vulnérabilité.

Dans le contexte d'augmentation des activités recensée depuis les dernières années, le CPQS actualisera l'organisation de ses services. La commissaire aux plaintes et son équipe poursuivront également leurs efforts afin de diffuser l'information pour améliorer la connaissance des usagers en ce qui a trait au régime d'examen des plaintes et à leur droit de porter plainte.

Le Commissariat aux plaintes et à la qualité des services tient à remercier toutes les personnes qui ont collaboré au traitement des insatisfactions des usagers et au règlement harmonieux des plaintes.

Enfin, mentionnons qu'il faut aussi encourager la concertation entre l'ensemble des acteurs concernés qui oeuvrent auprès des usagers, afin de poursuivre les démarches d'amélioration mises de l'avant pour atteindre un plus haut niveau de satisfaction chez les utilisateurs des services du réseau.

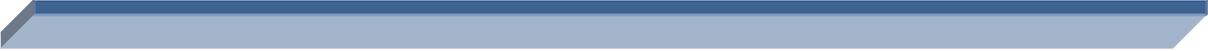
Liste des tableaux

Tableau 1 - Activités relatives à l'exercice des autres fonctions de la commissaire-----	12
Tableau 2 - Bilan des dossiers de plaintes et d'interventions selon l'étape de l'examen-----	13
Tableau 3 - Bilan des dossiers de plaintes selon l'étape de l'examen et les missions ou instances visées -----	13
Tableau 4 - Bilan des dossiers d'interventions selon l'étape de l'examen et les missions ou instances visées ----	14
Tableau 5 - Comparatif avec les années antérieures -----	14
Tableau 6 - Comparatif des principaux motifs de plaintes (tableau par catégories d'objets) -----	15
Tableau 7 – Répartition des plaintes et interventions par programmes-----	16
Tableau 8 - Comparatif des dossiers conclus 2017-2018 et 2018-2019-----	16
Tableau 9 - Bilan des dossiers de plaintes dont l'examen a été conclu selon le délai d'examen-----	17
Tableau 10 - Bilan des dossiers de plaintes dont l'examen a été conclu selon l'auteur-----	17
Tableau 11 - Mesures d'amélioration formulées -----	19
Tableau 12 - Plaintes et interventions suite à des signalements en lien avec la maltraitance et mesures correctives-----	22
Tableau 13 - Bilan des dossiers de plaintes médicales selon l'étape de l'examen -----	25
Tableau 14 - Comparatif avec les années antérieures-----	25
Tableau 15 - Bilan des dossiers de plaintes médicales selon l'étape de l'examen et l'instance visée-----	25
Tableau 16 - Répartition des plaintes médicales par programmes-----	26
Tableau 17 - Délai de traitement des dossiers de plaintes médicales conclus au cours de l'exercice -----	26
Tableau 18 - Bilan des dossiers de plaintes médicales dont l'examen a été conclu selon l'auteur -----	26
Tableau 19 - Bilan des dossiers de plaintes médicales dont l'examen a été conclu au 1 ^{er} palier selon le motif ----	27
Tableau 20 - Bilan des dossiers de plaintes médicales dont l'examen a été conclu au 1 ^{er} palier selon le motif et la mesure-----	28
Tableau 21 - Dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires -----	29
Tableau 22 - Bilan des dossiers du comité de révision selon l'étape de l'examen -----	33
Tableau 23 - Comparatif des dossiers de révision selon le niveau de traitement-----	33
Tableau 24 - Motifs des dossiers de révision selon le niveau de traitement – 2018-2019 -----	33
Tableau 25 - Conclusions et recommandations du comité de révision-----	34
Tableau 26 - Délai de traitement des plaintes-----	34

Liste des acronymes

CA	Conseil d'administration
CAAP	Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes
CAPQS	Commissaire adjoint aux plaintes et à la qualité des services
CECMDP	Comité exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CH	Centre hospitalier
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CPQS	Commissaire aux plaintes et à la qualité des services
CR	Centre de réadaptation
CRD	Centre de réadaptation en dépendance
CRJDA	Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation
CRDI-TED	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
CRDP	Centre de réadaptation pour personnes ayant une déficience physique
CVQ	Comité de vigilance et de la qualité des services
OC	Organismes communautaires
RAC	Résidence à assistance continue
RI	Ressources intermédiaires
RTF	Ressources de type familial
RPA	Résidences privées pour aînés
SIGPAQS	Système d'information de gestion des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services

Annexes



Annexe 1

Types de dossiers

Le commissaire aux plaintes et à la qualité des services examine les plaintes et insatisfactions portées à son attention et il répond aux demandes d'assistance et de consultation de la population et des professionnels du réseau de la santé.

Plainte

Concerne une insatisfaction exprimée auprès du commissaire aux plaintes et à la qualité des services par un usager, son représentant ou l'héritier d'une personne décédée concernant les services qu'il a reçus, qu'il aurait dû recevoir, qu'il reçoit ou qu'il requiert.

Plainte concernant un médecin, un dentiste, un pharmacien ou un résident

Concerne une insatisfaction exprimée auprès du commissaire aux plaintes et à la qualité des services par toute personne relativement à la conduite, au comportement ou à la compétence d'un médecin, d'un dentiste, d'un pharmacien ou d'un résident. La plainte qui implique un contrôle ou une appréciation des actes médicaux, dentaires ou pharmaceutiques relève aussi de la compétence du médecin examinateur.

Assistance

Concerne une demande d'aide et d'assistance formulée par un usager ou son représentant concernant l'accès à un soin ou un service et l'aide à la formulation d'une plainte auprès d'une autre instance.

Intervention

Enquête initiée par le commissaire aux plaintes et à la qualité des services à la suite de faits rapportés ou observés, et qu'il juge avoir des motifs raisonnables de croire que les droits d'un usager ou d'un groupe d'usagers ne sont pas respectés.

Consultation

Concerne les demandes d'avis portant notamment sur toute question relevant de l'application du régime d'examen des plaintes, des droits des usagers ou de l'amélioration de la qualité des services.

Motifs de plaintes et d'interventions

Accessibilité et continuité

- Concerne les modalités des mécanismes d'accès;
- Concerne l'accès au bon service, au moment opportun, et dispensé aussi longtemps que le nécessite l'état de l'utilisateur.

Aspect financier

Concerne la contribution financière des usagers à certains services selon les normes prévues par la loi :

- Facture d'hôpital;
- Facture d'ambulance;
- Contribution au placement;
- Aide matérielle et financière (maintien à domicile, répit-dépannage, etc.).

Droits particuliers

Concerne l'obligation d'informer adéquatement les usagers :

- Sur leur état de santé;
- Sur les services offerts;
- Sur les droits, recours et obligations.
- Concerne le droit des usagers :
 - De consentir aux soins;
 - De porter plainte;
 - De participer à toutes décisions les concernant sur leur état de santé et de bien-être.

Organisation du milieu et des ressources matérielles

Concerne l'environnement matériel, physique et humain au sein duquel le service est donné et qui influe sur sa qualité :

- Mixité des clientèles;
- Hygiène et salubrité;

- Propreté des lieux;
- Sécurité et protection.

Relations interpersonnelles

Concerne l'intervenant, la relation d'aide qu'il a avec l'utilisateur, l'assistance et le soutien qu'il lui porte, et fait appel aux notions de respect, d'empathie et de responsabilisation.

Soins et services dispensés

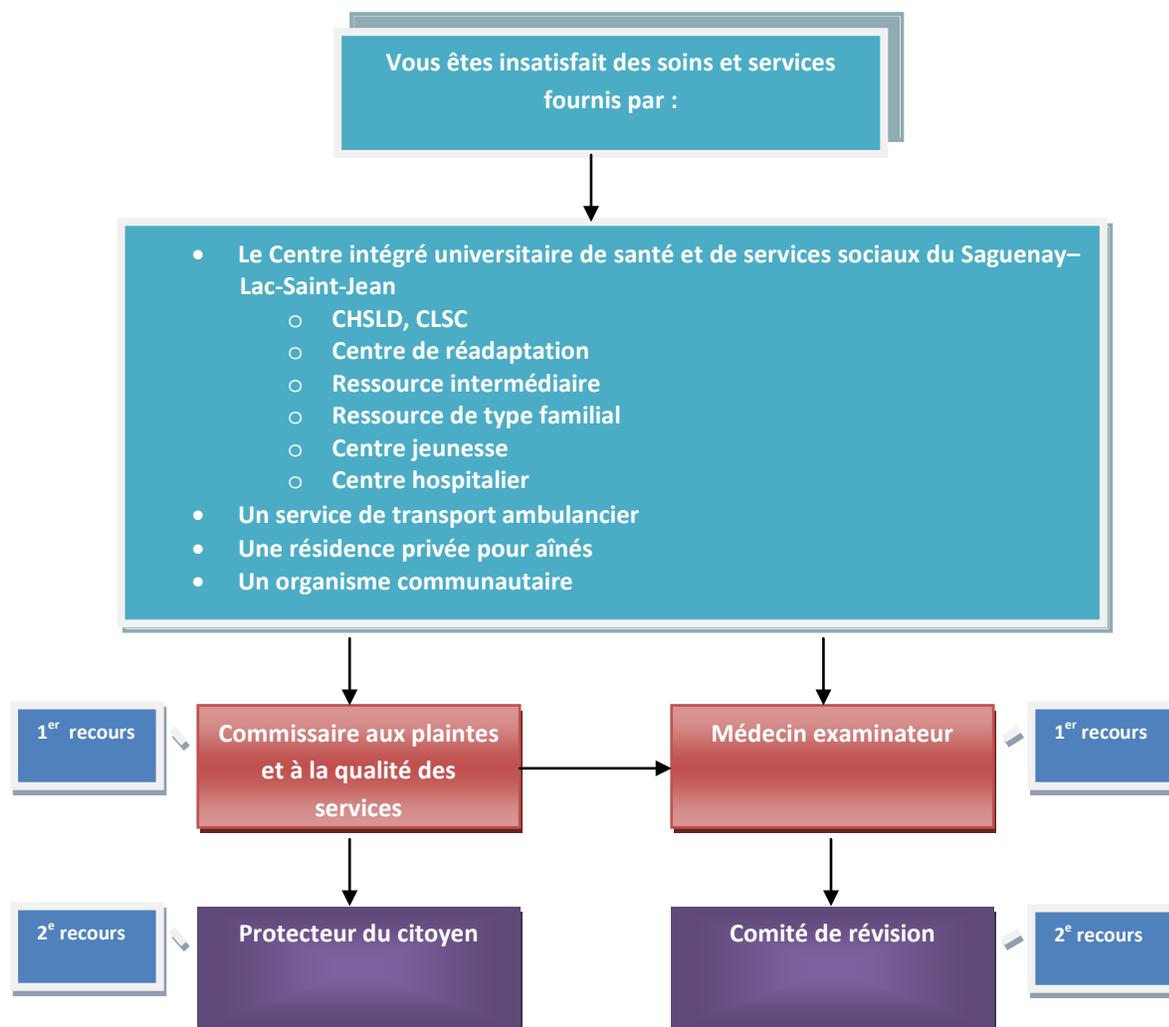
- Concerne l'application des connaissances, du « savoir-faire » et des normes de pratique des intervenants;
- Concerne l'organisation et le fonctionnement général des soins et des services qui affectent la qualité des services.

Annexe 3

Liste des droits des usagers

- Le droit d'être informé sur les services existants et sur la façon de les obtenir.
- Le droit de recevoir des services adéquats sur les plans scientifique, humain et social, avec continuité, et de façon personnalisée et sécuritaire.
- Le droit de choisir le professionnel ou l'établissement dont il recevra les services.
- Le droit de recevoir des soins en cas d'urgence.
- Le droit d'être informé sur son état de santé ainsi que sur les solutions possibles et leurs conséquences avant de consentir à des soins le concernant.
- Le droit d'être informé, le plus tôt possible, de tout accident survenu au cours d'une prestation de services.
- Le droit d'être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie, de ses besoins et de sa sécurité, dans toute intervention.
- Le droit d'accepter ou de refuser les soins de façon libre et éclairée lui-même ou par l'entremise de son représentant.
- Le droit d'accès à son dossier, lequel est confidentiel.
- Le droit de participer aux décisions le concernant.
- Le droit d'être accompagné ou assisté d'une personne de son choix pour obtenir des informations sur les services.
- Le droit de porter plainte, sans risque de représailles, d'être informé de la procédure d'examen des plaintes et d'être accompagné ou assisté à toutes les étapes de ses démarches, si nécessaire.
- Le droit d'être représenté relativement à tous les droits reconnus advenant son inaptitude, temporaire ou permanente, à donner son consentement.
- Le droit de l'usager anglophone de recevoir des services en langue anglaise, conformément au programme d'accès gouvernemental.

Procédure à suivre pour porter plainte



Assistance et accompagnement

Toute personne qui désire formuler une plainte auprès d'un établissement de santé et de services sociaux de la région peut parler de son insatisfaction avec le responsable du service ou elle peut aussi être accompagnée gratuitement en s'adressant directement au :

- Commissariat aux plaintes et à la qualité des services;
- Comité des usagers du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean;
- Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes Saguenay-Lac-Saint-Jean (CAAP).

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

Québec 