



DIGNE DE CONFIANCE,
à chaque instant

2018
/2019

Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

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

Préparé par :
Hélène Bousquet
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services
du Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

Une publication du :
Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Laval

1755, boulevard René-Laennec

Laval (Québec) H7M 3L9

Téléphone : 450 668-1010

Site Web : www.lavalensante.com

Édition

Bureau du Commissaire aux plaintes et à la qualité des services, CISSS de Laval

Diffusion

Ce document est disponible en version électronique à l'adresse www.lavalensante.com

Ce document peut être reproduit ou téléchargé pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales, à la condition d'en mentionner la source.

© Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval, 2019

Dépôt légal – 2019

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2019

Bibliothèque et Archives Canada, 2019

ISBN 978-2-550-84205-7 (PDF)

Table des matières

Mot du commissaire aux plaintes et à la qualité des services	5
Faits saillants	6
• Bilan des activités du Bureau du commissaire	6
• Rapport annuel des médecins examinateurs	6
• Rapport annuel du comité de révision	6
 PARTIE 1 - BILAN DES ACTIVITÉS DU BUREAU DU COMMISSAIRE LOCAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES	
1. Mandat	8
2. Activités internes	8
3. Activités externes	8
4. Portrait des dossiers traités.....	9
4.1 Type de dossiers	9
4.2 Maltraitance.....	9
4.3 Délai de traitement de l'ensemble des dossiers relevant du commissaire	10
4.4 Portrait du traitement des dossiers de plaintes reçus.....	10
4.5 Sommaire des motifs de plaintes reçus.....	10
4.6 Sommaire du traitement des motifs de plaintes reçus	12
4.7 Sommaire des mesures prises	12
4.8 Délai d'examen des plaintes	13
5. Plaintes ayant fait l'objet d'un recours au Protecteur du citoyen	14
6. Portrait des dossiers d'intervention.....	14
6.1 Motifs d'intervention.....	15
7. Assistance	15
8. Consultation	16
9. Recommandations visant l'amélioration des soins et des services dispensés par l'établissement.....	17
10. Objectifs du conseil d'administration pour l'amélioration de la procédure d'examen des plaintes et du respect des droits des usagers	17
Annexe 1 - Sommaire des motifs de plaintes	19
Annexe 2 - Sommaire des motifs d'intervention	21
Annexe 3 - Détails des recommandations	22

PARTIE 2 - RAPPORT ANNUEL DES ACTIVITÉS DES MÉDECINS EXAMINATEURS

Faits saillants	26
1. Portrait des dossiers traités et évolution du nombre de plaintes médicales	26
1.1 Sommaire du traitement des plaintes	27
1.2 Sommaire des motifs de plaintes	27
2. Enquêtes par champs de pratique	28
3. Délai de traitement	28
4. Recommandations visant l'amélioration des soins et des services médicaux dispensés par l'établissement	29
Perspectives 2019-2020	29
Annexe 1 - Détails des recommandations	31

PARTIE 3 - RAPPORT ANNUEL DU COMITÉ DE RÉVISION DES PLAINTES

1. Introduction.....	34
2. Mandat, composition et fonctionnement du comité de révision des plaintes.....	34
2.1 Mandat du comité de révision des plaintes.....	34
2.2 Composition du comité de révision des plaintes.....	35
2.3 Fréquence des rencontres et modalités de fonctionnement.....	36
3. Demandes de révision	38
3.1 Motifs des plaintes ayant fait l'objet d'une demande de révision et conclusions	38
3.2 Délais pour le traitement des dossiers	39
4. Conclusion	39

Mot du commissaire aux plaintes et à la qualité des services

J'ai le plaisir de vous présenter le rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Laval.

Conformément aux dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), ce rapport couvre l'ensemble des activités du Bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services pour la période du 1er avril 2018 au 31 mars 2019. Les résultats y figurant sont le fruit du travail de toute l'équipe du Bureau.

Outre le bilan d'activités, il inclut le rapport annuel des activités des médecins examinateurs, ainsi que celui du comité de révision des plaintes.

Je tiens à souligner l'excellente collaboration des directeurs et gestionnaires concernés et à remercier les membres du comité de vigilance qui assurent, au nom du conseil d'administration, une vigie constante au suivi des recommandations transmises par mon Bureau et visant l'amélioration de la qualité des services et la satisfaction de la clientèle de l'établissement.



Hélène Bousquet
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Faits saillants

Bilan des activités du Bureau du commissaire :

- Élargissement législatif des responsabilités du commissaire
- **1 973** dossiers reçus (↓ **3 %**)
- **800** plaintes
 - ▶ **747** examinées par le Bureau (↑ **3 %**)
 - ▶ **53** de nature médicale (↓ **31 %**)
- **84** interventions (↑ **25 %**)
- **910** assistances (↑ **3 %**)
- **1 004** motifs de plaintes examinés (↓ **10 %**)
- **98 %** des plaintes, autres que médicales, conclues dans le délai prévu
- **316** mesures d'amélioration dont **39 recommandations** du commissaire
- **76** activités de promotion des droits ou du régime d'examen des plaintes
- **17** dossiers transmis pour étude par le Protecteur du citoyen
- **8** confirmations de nos conclusions par le Protecteur du citoyen

Rapport annuel des médecins examinateurs :

- **18** plaintes toujours en traitement en début d'année
- **53** plaintes de nature médicale reçues durant l'année (↓ **31 %**)
 - ▶ **47** transmises aux médecins examinateurs
 - ▶ **38** ont fait l'objet d'un traitement
- **50** motifs de plainte traités
- **65 %** des plaintes conclues dans le délai imparti (↑ **22 %**)
- **15** recommandations transmises

Rapport annuel du comité de révision :

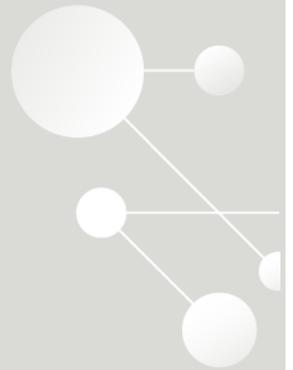
- **4** demandes de révision reçues, dont **une** extérieure à l'établissement
- **3** confirmations des conclusions du médecin examinateur



**Partie
1**

**Centre intégré de santé
et de services sociaux
de Laval**

**Bilan des activités du Bureau du commissaire local
aux plaintes et à la qualité des services**



1. Mandat

Le Bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services est responsable de s'assurer que :

1. Les appels, demandes d'assistance, plaintes, signalements ou toutes autres demandes de toutes provenances et installations confondues¹, soient traités de façon diligente et conformément aux dispositions en vigueur de la loi;
2. Les droits de l'ensemble des usagers ou utilisateurs de services soient respectés.

À ce mandat s'ajoute le mandat régional. Ainsi, le Bureau est aussi responsable du traitement des plaintes de toute personne du territoire lavallois :

1. Qui utilise les services d'un organisme communautaire;
2. Qui est hébergée dans une résidence privée pour aînés;
3. Qui est hébergée ou reçoit des services d'une ressource privée ou communautaire d'hébergement;
4. Qui est hébergée dans une ressource intermédiaire ou de type familial;
5. Qui reçoit des services de tout organisme, société ou personne dont les activités sont reliées au domaine de la santé ou des services sociaux.

2. Activités internes

Plus de 76 activités à ce chapitre ont été réalisées durant la dernière année, notamment :

- Promotion du rôle et du régime d'examen des plaintes auprès de différentes instances;
- Présentation du rapport annuel 2017-2018 sur l'application du régime d'examen des plaintes du CISSS de Laval aux membres du conseil d'administration ainsi qu'au public;
- Participation à différents comités.

3. Activités externes

La commissaire se doit de, non seulement maintenir ses connaissances et celles de son équipe à jour, mais aussi de maintenir des liens de collaboration avec les autres commissaires.

Elle est aussi membre du :

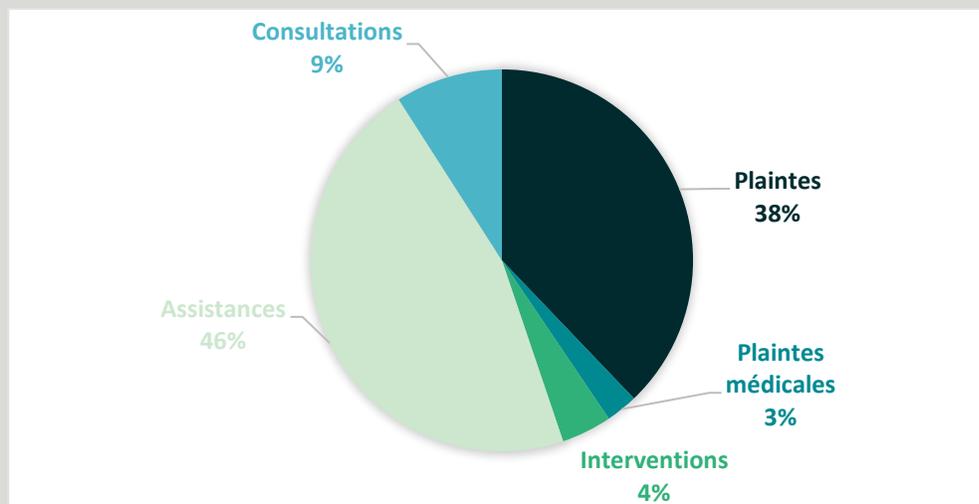
- Barreau du Québec;
- Forum des ombudsmans canadiens;
- Regroupement des commissaires aux plaintes et à la qualité des services du Québec.

¹ CH (centre hospitalier), CJ (centre jeunesse), CD (centre dépendance), CRDITED (centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement), DP (déficience physique), CLSC (centre local de services communautaires), CHSLD (centre d'hébergement et de soins de longue durée)

4. Portrait des dossiers traités

4.1 Type de dossiers

En 2018-2019, le Bureau du commissaire a reçu 1 973 dossiers. Ces dossiers se classent comme suit :



Par rapport à l'année dernière, l'on constate une augmentation du nombre de plaintes, d'assistances et d'interventions. Les plaintes de nature médicale ont, quant à elles, subi une diminution.

Types de dossiers	2017-2018	2018-2019	Écart
Plaintes	724	747	↑ 3 %
Plaintes médicales	77	53	↓ 31 %
Interventions	69	84	↑ 25 %
Assistances	886	910	↑ 3 %
Consultations	280	179	↓ 38 %
Total	2 036	1 973	

4.2 Maltraitance

Suivant l'adoption de la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité, 16 dossiers où l'un des motifs évoqués était la maltraitance, ont été déposés à notre Bureau.

L'analyse de ces dossiers a été faite en collaboration avec la Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (10), la Direction des programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (4) et la Direction du programme santé mentale et dépendance (1).

Le traitement de ces signalements a conduit à la mise en place de mesures correctives dans sept de ces dossiers. Trois dossiers ont été dirigés vers d'autres instances.

4.3 Délai de traitement de l'ensemble des dossiers relevant du commissaire

Parmi les principes directeurs, qui guident le Bureau, figure l'accessibilité. La personne qui fait appel à nos services est assurée d'être accueillie diligemment et que toute situation rapportée sera traitée dans le respect de la personne et de ses droits.

Excluant les dossiers reliés aux plaintes de nature médicale, 1 920 dossiers ont fait l'objet d'une étude par le Bureau dans les délais suivants :

Délai de traitement	Nombre de dossiers	Proportion
Le jour même	1 326	69 %
2 à 45 jours	565	29 %
Plus de 45 jours	29	2 %
TOTAL	1 920	100 %

4.4 Portrait du traitement des dossiers de plaintes reçus

Le Bureau a reçu, durant l'année 2018-2019, 747 plaintes, soit une augmentation de 3 % comparativement à l'année dernière. Le traitement leur ayant été accordé se détaille comme suit :

Sommaire des niveaux de traitement des dossiers de plaintes	Nombre	%
Traitement complété	507	68 %
Rejetés/abandonnés/refusés ou traités en assistance ou en intervention	240	32 %
Total	747	100 %

4.5 Sommaire des motifs de plaintes reçus

Parmi les 747 plaintes reçues, certaines contiennent plus d'un motif. Dans les faits, c'est plus de 1 004 motifs d'insatisfactions qui, en réalité, ont fait l'objet d'un examen par le Bureau au cours de la période.

Ce sont les soins et services dispensés, l'accessibilité et les relations interpersonnelles qui ont à nouveau fait l'objet de plus d'insatisfactions au cours de l'année. À eux seuls, ils constituent plus de 72 % des motifs de plaintes exprimés par nos usagers.

Motifs	Nombre	%
Soins et services dispensés	355	35 %
Accessibilité	216	22 %
Relations interpersonnelles	156	15 %
Sous-total	727	72 %
Organisation du milieu et ressources matérielles	95	9 %
Droits particuliers	90	9 %
Aspect financier	78	8 %
Temps d'attente résultat/rapport	10	1 %
Maltraitance	4	1 %
Total général	1 004	100 %

Les détails de ces principaux motifs se retrouvent à l'annexe 1.

Voici quelques services visés par ces motifs de plaintes :

Motifs	Nombre	%
Soins et services dispensés	355	35 %
• DSP ² - Urgence	27	
• DPSAPA ³ - Soutien à domicile	25	
• DI-TSA et DP ⁴	76	
Accessibilité	216	22 %
• DSP ² - Urgence	15	
• DSM ⁵ - Imagerie médicale	12	
• Direction OPTILAB - Centres de prélèvements	22	
Relations interpersonnelles	156	15 %
• DSP ² - Urgence	24	
• Direction OPTILAB - Centres de prélèvements	14	
• DPJ ⁶ - Service évaluation orientation	4	
Organisation du milieu et ressources matérielles	95	9 %
Droits particuliers	90	9 %
Aspect financier	78	8 %
Temps d'attente résultat/rapport	10	1 %

² Direction des services professionnels

³ Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées

⁴ Direction des programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique

⁵ Direction des services multidisciplinaires

⁶ Direction de la protection de la jeunesse

4.6 Sommaire du traitement des motifs de plaintes reçus

Suivant l'étude de ces 1 004 motifs, 234 ont amené la mise en place de mesures correctives ou d'amélioration. L'étude de 516 d'entre eux a été complétée sans la nécessité d'identifier quelconque mesure d'amélioration.

En d'autres termes, leur étude a permis de confirmer l'application des protocoles, procédures ou politiques existants ou que les soins et services ont été prodigués conformément aux pratiques attendues.

Sommaire des niveaux de traitement des motifs de plaintes	Nombre	%
Traitement complété sans mesure identifiée	516	52 %
Traitement complété avec mesure identifiée	234	23 %
Traitement des motifs rejetés/abandonnés/refusés	254	25 %
Total	1 004	100 %

4.7 Sommaire des mesures prises

L'étude de 234 de ces motifs a amené l'application de **316 mesures d'amélioration** de la qualité des soins et services. Ces mesures se traduisent soit par l'application immédiate d'un correctif par la direction concernée, soit d'un engagement de sa part à ce faire, soit par le biais de la formulation, par notre Bureau, d'une recommandation à cette même direction.

Plus spécifiquement, ces mesures se détaillent comme suit :

Types de mesures	Nombre	Proportion
Ajout de services ou de ressources humaines	6	2 %
Ajustement des activités professionnelles	16	5 %
Ajustement financier	14	3 %
Ajustement professionnel	20	6 %
Ajustement technique et matériel	5	2 %
Amélioration des communications	18	6 %
Amélioration des conditions de vie	1	0,5 %
Amélioration des mesures de sécurité	1	0,5 %
Autre	1	0,5 %
Changement d'intervenant	1	0,5 %
Collaboration avec le réseau	2	0,5 %
Communication/promotion	24	8 %
Conciliation/intercession/médiation/liaison/précision/explication	3	0,5 %
Élaboration/révision/application d'un protocole	24	8 %
Encadrement des intervenants	16	5 %
Évaluation des besoins	1	0,5 %
Évaluation et réévaluation des besoins	4	1 %

Types de mesures	Nombre	Proportion
Formation/supervision	19	6 %
Formation du personnel	1	0,5 %
Information/sensibilisation d'un/des intervenant/s	80	25 %
Obtention de services	1	0,5 %
Politiques et règlements	9	3 %
Protocole clinique ou administratif	39	12 %
Réduction du délai	4	1 %
Relocalisation/transfert d'un usager	1	0,5 %
Respect des droits	5	2 %
TOTAL	316	100 %

4.8 Délai d'examen des plaintes

La loi prévoit que le traitement de toute plainte doit se faire diligemment, à l'intérieur d'un délai de 45 jours suivant le début de son étude.

L'équipe du Bureau met tout en place pour s'assurer de respecter ce délai. Le pourcentage figurant ici-bas traduit bien la philosophie privilégiée au Bureau.

Néanmoins, certains facteurs, dont la complexité de certaines situations examinées ou le délai relié à la mise en œuvre de solutions appropriées impliquant parfois la collaboration de plus d'une direction de l'établissement, font en sorte que ce délai ne peut parfois être observé.

Lorsqu'une telle situation se présente, le plaignant en est toujours informé ainsi que de son droit de recourir, s'il le souhaite, au Protecteur du citoyen comme prévu à la loi. Aucun des plaignants ne s'en est toutefois prévalu.

Délai d'examen des plaintes	2017-2018		2018-2019	
Moins de 45 jours	678	94 %	728	97 %
Plus de 45 jours	41	6 %	19	3 %
Total	719	100 %	747	100 %

5. Plaintes ayant fait l'objet d'un recours au Protecteur du citoyen

Si un usager n'est pas satisfait des conclusions transmises par le Bureau du commissaire, ou qu'il ne reçoit pas ses conclusions à l'intérieur du délai légal de 45 jours, la loi prévoit que celui-ci peut s'adresser, en deuxième recours, au Protecteur du citoyen.

Durant l'année 2018-2019, nous avons enregistré 17 demandes de transmission de dossier pour étude par le Protecteur du citoyen. Lorsque le Protecteur du citoyen est saisi d'une telle demande par le plaignant, il en évalue le bien-fondé et décide de l'orientation à y donner. Souvent, ses démarches s'arrêtent à ce niveau. Si toutefois, il est d'avis qu'une enquête est nécessaire, il y procède. Suivant son enquête, ou il confirme les conclusions émises par notre Bureau ou il formule ses recommandations au conseil d'administration de l'établissement.

Au cours de l'année 2018-2019, le Protecteur du citoyen a informé le Bureau que suivant son enquête, il entérinait les conclusions émises par notre Bureau dans huit dossiers.

6. Portrait des dossiers d'intervention

Au-delà du traitement des plaintes des usagers, la loi prévoit que le commissaire peut intervenir lorsqu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits d'un usager ou d'un groupe d'usagers ne sont pas respectés.

Au même titre que pour une plainte, le commissaire peut, suivant son enquête, recommander au conseil d'administration et à la direction concernée, toute mesure visant la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits.

L'origine de l'intervention peut être sur initiative du commissaire ou à la suite d'un signalement formulé par un tiers.

Au total, **84 dossiers d'intervention** ont été traités au Bureau durant l'année comparativement à 69 l'année précédente, représentant une hausse de plus de 25 %.

6.1 Motifs d'intervention

Certains signalements contenant plus d'un motif, en tout, **96 motifs** ont été portés à l'attention de la commissaire au cours de la période et se détaillent comme suit :

Motifs	Nombre
Soins et services dispensés	24
Relations interpersonnelles	20
Organisation du milieu et ressources matérielles	16
Maltraitance	13
Droits particuliers	11
Accessibilité	10
Aspect financier	1
Temps d'attente pour résultat ou rapport	1
TOTAL	96

Les détails de ces principaux motifs se retrouvent à l'annexe 2.

Suivant l'étude de ces 96 motifs, 57 d'entre eux ont permis l'application de mesures d'amélioration.

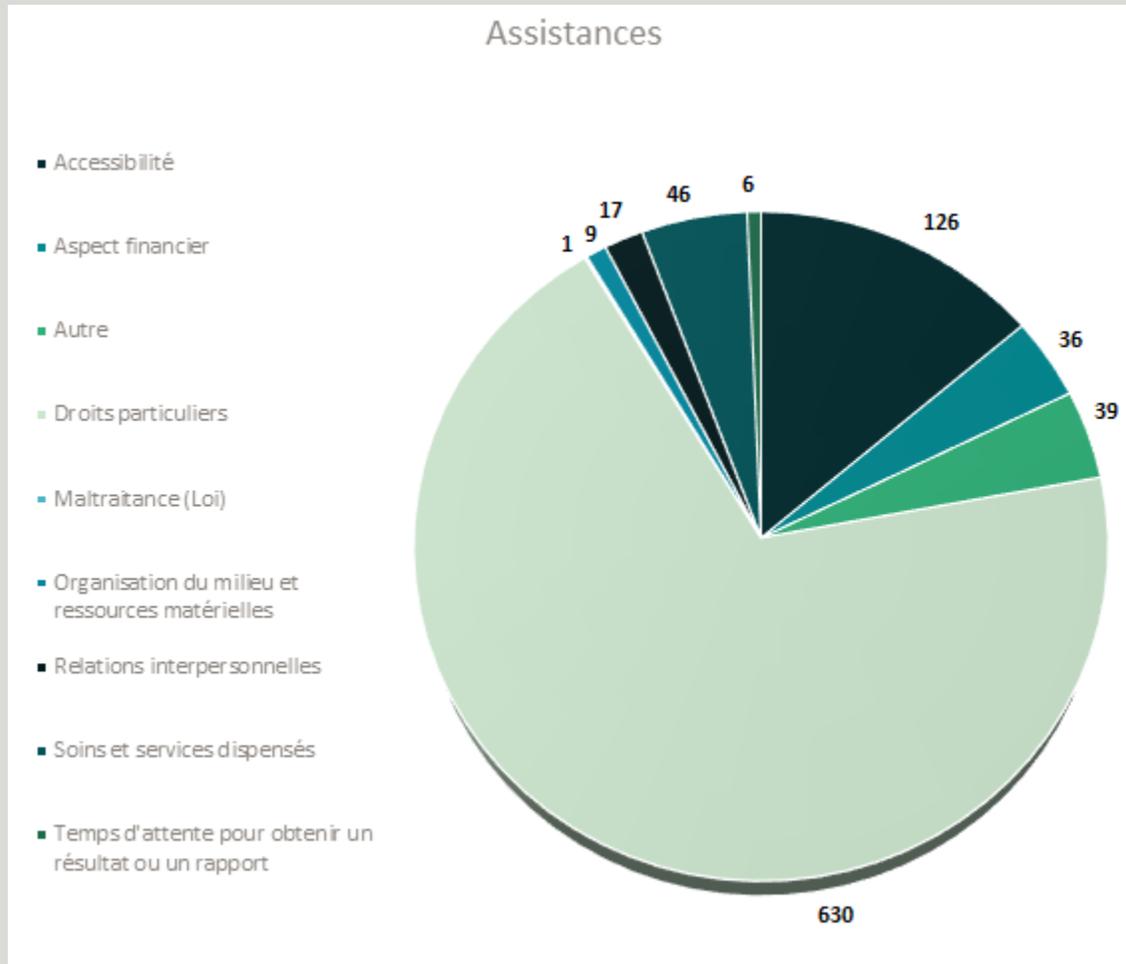
7. Assistance

L'assistance est une demande d'aide visant généralement à soutenir ou à orienter, selon sa volonté, l'utilisateur dans ses démarches pour obtenir l'accès à un soin ou à un service, de l'information ou de l'aide dans ses communications avec un membre du personnel ou encore de l'aide à la formulation d'une plainte.

Dans certains cas, toutefois, l'étude de la situation entraîne pour le Bureau une série de démarches longues et complexes, souvent similaire à l'étude d'une plainte. Bien qu'aucune conclusion n'en émane, il ne faudrait pas minimiser la portée de ce type de dossiers.

Le Bureau s'est vu adresser 910 demandes d'assistance durant l'année 2018-2019, soit une hausse de 3 % par rapport à l'année dernière. Néanmoins, plusieurs de ces assistances n'avaient pour but que d'orienter les usagers vers le service demandé, démarches ne relevant pas de notre responsabilité. Cette problématique a été portée à la connaissance de la direction de l'établissement l'année dernière. Une réflexion sur le sujet est toujours en cours.

Sommaire des motifs d'assistance



8. Consultation

Une consultation est une demande d'avis au commissaire sur un sujet de sa compétence. Tant les directeurs, les gestionnaires, les comités, les conseils que les employés peuvent s'en prévaloir.

En 2018-2019, au moins 179 personnes ont requis ce service.

9. Recommandations visant l'amélioration des soins et des services dispensés par l'établissement

La commissaire a pour fonction de travailler à l'amélioration des pratiques par la formulation, en outre, de recommandations, de propositions, de modifications aux pratiques ou encore par le rappel de l'importance du respect des politiques et procédures en vigueur dans l'établissement.

Lorsque l'étude d'une plainte permet d'établir qu'un ou plusieurs usagers peuvent ou ont pu être lésés dans des circonstances identiques, il importe d'étendre les correctifs envisagés à l'ensemble des personnes touchées. La préoccupation systémique fait partie du processus et doit être présente dans l'analyse de chaque cas.

Le comité de vigilance et de la qualité est responsable du suivi de ces recommandations. Lui ont été présentées au cours de l'année 2018-2019, **39 recommandations** portant sur les sujets suivants :

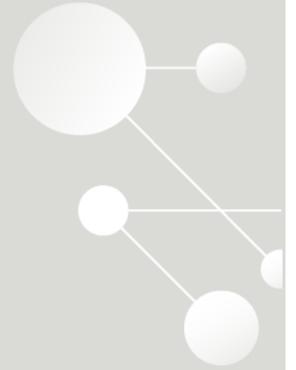
1. Délai dans la prise en charge médicale, mauvaise évaluation de la douleur, manque de connaissance professionnelle et manque d'empathie.
2. Qualité, sécurité et organisation des soins à l'égard de la clientèle présentant des symptômes d'allure cardiaque à leur arrivée à l'urgence.
3. Obstacles à l'application du programme d'accès en langue anglaise dans les services indiqués;
4. Refus de la demande de service en santé mentale 2^e ligne.
5. Processus de facturation à l'interne d'un transport ambulancier.
6. Facturation des frais de chambre.
7. Gestion des visiteurs par les agents de sécurité.
8. Délai d'analyse d'un test.
9. Qualité des soins durant un congé férié.
10. Facture des soins aux non-résidents.
11. Expertise des infirmières dans la ponction veineuse de poupons.

Les détails de ces recommandations se retrouvent à l'annexe 3.

10. Objectifs du conseil d'administration pour l'amélioration de la procédure d'examen des plaintes et du respect des droits des usagers

Le conseil d'administration n'a formulé aucun objectif à cet égard à cette année.

Annexes



Annexe 1 - Sommaire des motifs de plaintes

Motifs	Nombre
Soins et services dispensés	355
Compétence technique et professionnelle (capacité de base à faire le travail)	41
Continuité	84
Décision clinique	66
Organisation des soins et services (systémique)	34
Traitement	130
Accessibilité	216
Absence de service ou de ressource	30
Délais	103
Difficulté d'accès	52
Refus de services	29
Autres	2
Relations interpersonnelles	156
Abus	23
Communication	87
Discrimination-racisme	3
Fiabilité	9
Respect	32
Autres	2
Organisation du milieu et ressources matérielles	95
Alimentation	5
Compatibilité des clientèles	2
Confort et commodité	25
Équipement et matériel	11
Hygiène	6
Organisation spatiale	8
Règles et procédures du milieu	21
Sécurité et protection	17
Droits particuliers	90
Accès au dossier de l'utilisateur et dossier de plainte	18
Assistance/accompagnement	3
Choix de l'établissement/professionnel	6
Consentement	1
Droit à l'information	35
Droit à un accommodement raisonnable	2
Droit de communiquer/de porter plainte	2
Droit de recours	10
Droit linguistique	6
Participation de l'utilisateur ou de son représentant	2
Représentation	1
Sécurité	2
Autres	2

Motifs	Nombre
Aspects financiers	78
Allocation de ressources matérielles et financières	2
Facturation	15
Processus de réclamation	8
Frais de déplacement	50
Autres	3
Maltraitance	4
Négligence	3
Violence	1
Temps d'attente résultat ou rapport	10
Total	1 004

Annexe 2 - Sommaire des motifs d'intervention

Motifs	Nombre
Soins et services dispensés	24
Compétence technique et professionnelle (capacité de base à faire le travail)	4
Continuité	6
Décision clinique	1
Organisation des soins et services (systémique)	6
Traitement	7
Relations interpersonnelles	20
Abus	15
Communication	2
Fiabilité	1
Respect	2
Droits particuliers	11
Accès au dossier de l'utilisateur et dossier de plainte	4
Droit à l'information	1
Droit à un accommodement raisonnable	1
Droit de porter plainte	2
Droit de recours	1
Droit linguistique	1
Représentation	1
Accessibilité	10
Absence de service ou de ressource	1
Délais	6
Difficulté d'accès	2
Refus de services	1
Organisation du milieu et ressources matérielles	16
Alimentation	1
Confort et commodité	6
Équipement et matériel	3
Hygiène et salubrité	2
Organisation spatiale	1
Règles et procédures du milieu	2
Sécurité et protection	1
Aspect financier	1
Processus de réclamation	1
Maltraitance	13
Négligence	6
Violence	7
Temps d'attente résultat ou rapport	1
Temps d'attente pour obtenir un résultat ou un rapport	1
Total	96

Annexe 3 - Détails des recommandations

1. Délai de la prise en charge médicale, mauvaise évaluation de la douleur, manque de connaissance professionnelle et manque d'empathie

Revoir :

1. L'accueil des usagers souffrants et l'adoption de politiques claires afin de favoriser une intervention rapide et efficace pour soulager leur douleur dès le triage.
2. Les normes à respecter concernant la documentation de la feuille de triage et les renseignements qui doivent y être inscrits.
3. Les mesures à prendre afin de s'assurer que les réévaluations soient effectuées conformément aux normes et délais prescrits.
4. Les retards dans la prise en charge médicale et leur impact sur l'augmentation de la tâche infirmière.
5. L'importance, dans ce contexte, de rappeler le devoir de l'infirmière de consulter un médecin si l'état de l'utilisateur l'exige.
6. Les dangers associés à l'incapacité ou aux difficultés des infirmières à procéder aux réévaluations requises dans les délais prescrits.
7. Les pratiques professionnelles attendues en matière d'évaluation et de gestion de la douleur, de priorisation et d'importance de la qualité de la prise de notes au triage.
8. Les symptômes associés à une thrombose/ischémie aigüe.
9. La conduite et le savoir-être attendus auprès des usagers.

2. Qualité, sécurité et organisation des soins à l'égard de la clientèle présentant des symptômes d'allure cardiaque à leur arrivée à l'urgence

- Considérant que le temps est un enjeu crucial pour cette clientèle et qu'il appartient à l'établissement de mettre en place des mécanismes assurant une prestation sécuritaire et de qualité des soins et services offerts à ses usagers, que soient revues les mesures à prendre à leur égard.

3. Obstacles à l'application du programme d'accès en langue anglaise dans les services indiqués

1. Réviser le document intitulé « Accès aux soins et services en langue anglaise au CISSS de Laval » (RPP 075-2017-DG).
2. Attribuer à une entité précise la responsabilité d'encadrer les pratiques d'accès prévues à cette politique auprès de toutes les personnes concernées.
3. Réaliser un audit afin de vérifier l'accessibilité, en tout temps, des services indiqués en langue anglaise.
4. Annuler la NPG-41 et la remplacer, le cas échéant, par deux politiques ou procédures distinctes,
5. Clarifier les différents types de banques d'interprètes en assurant leur accès et mise à jour sur le site Web.

4. Refus de la demande de service en santé mentale 2^e ligne

- Réviser l'orientation donnée à la demande et, advenant un changement d'orientation, assurer le suivi auprès de l'utilisateur et de son parent.

5. *Processus de facturation à l'interne d'un transport ambulancier*

1. Unifier les processus (arbre décisionnel) entourant la décision du choix du transport, et ce, pour l'ensemble des unités de soins.
2. Clarifier l'identification du responsable du paiement, notamment lors de l'utilisation d'un transport ambulancier pour un retour à domicile (incluant les usagers en soins palliatifs) en tenant compte de la politique nationale de transport ambulancier existante.
3. Informer le personnel concerné de la conduite à tenir.

6. *Facturation des frais de chambre*

1. Que soit étudiée la faisabilité de confier à une seule direction les responsabilités à l'égard du choix de chambre par la clientèle.
2. Que les procédures soient révisées afin que la date de la signature du formulaire « Engagement de l'usager-Frais de chambre » soit l'élément déterminant pour établir la date de début de facturation pouvant être imposée à l'usager.
3. Que soit revu le formulaire de demande de service de téléphonie dans la chambre afin de clarifier les éléments au contrat.
4. Que l'information figurant à ce formulaire soit modifiée en conséquence.
5. Que tous les employés concernés par ce sujet soient dûment informés des changements, des attentes et des responsabilités en regard des processus reliés au choix de chambre.
6. Que des mécanismes de vigie et de formation en continue soient assurés auprès des employés concernés des différentes directions impliquées.
7. Que l'ensemble du personnel du CISSS de Laval soit régulièrement sensibilisé à l'importance de référer toutes questions relatives au choix de chambre au personnel qualifié à y répondre.
8. Que le service de comptabilité transmette, au moins mensuellement, les factures de frais de chambre aux usagers et/ou aux compagnies d'assurance de façon à leur permettre d'être informés des frais déjà encourus.
9. Que le service de comptabilité ajuste le montant réclamé en tenant compte de la date de la signature du formulaire « Engagement de l'usager-Frais de chambre ».

7. *Gestion des visiteurs par les agents de sécurité*

1. Que le service de sécurité applique une procédure uniforme pour tous les agents de sécurité.
2. Que l'on rappelle aux agents de sécurité :
 - Le comportement attendu auprès des visiteurs;
 - La limite de leur rôle et mandat dans la décision quant à la présence de visiteurs;
 - Les objectifs, principes et philosophie découlant du règlement sur les modalités de visite.

8. *Délai dans l'analyse d'un test*

1. Dans le but d'atteindre la cible organisationnelle de 60 jours, étudier la possibilité de recourir à un laboratoire privé au besoin.
2. Afin d'éviter le phénomène de surprescription de ce test, faire un rappel de l'importance d'effectuer ce test selon les guides de bonnes pratiques à l'ensemble des médecins lavallois concernés.

9. Qualité des soins durant un congé férié

- Prévoir des formations aux préposés aux bénéficiaires afin d'améliorer :
 - ▶ Le dépistage des problèmes alimentaires;
 - ▶ Le suivi des communications internes (entre les différents quarts de travail) et auprès des familles.

10. Facture des soins aux personnes non assurées

- Annuler la facturation, car la procédure de facturation des personnes non assurées n'est pas respectée.

11. Manque d'expertise infirmière relativement à la ponction veineuse chez un poupon.

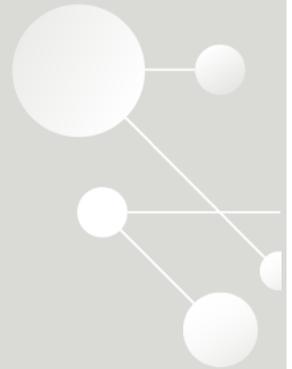
1. Élargir l'entente faite avec l'urgence quant à la procédure permettant de faire appel à une infirmière pédiatrique au besoin à l'ensemble des directions offrant des soins et des services à la jeune clientèle.
2. Évaluer la faisabilité pour le personnel de faire appel à une infirmière pédiatrique lorsque nécessaire ou préférable.



Partie
2

**Centre intégré de santé
et de services sociaux
de Laval**

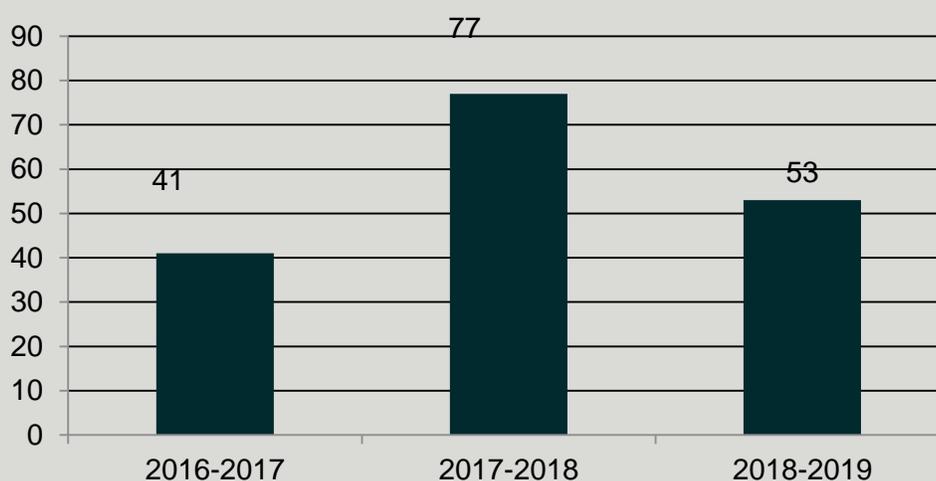
Rapport annuel des activités des médecins examinateurs



Faits saillants

- **18** plaintes toujours en traitement en début d'année
- **53** plaintes de nature médicale reçues durant l'année (↓ **31 %**)
 - **47** transmises pour étude à un médecin examinateur
 - **38** ont fait l'objet d'un traitement
- **50** motifs de plainte traités
- **65 %** des plaintes conclues dans le délai imparti (↑ **22 %**)
- **15** recommandations transmises

1. Portrait des dossiers traités et évolution du nombre de plaintes médicales



Traitement des plaintes médicales	2016-2017	2017-2018	2018-2019	%
Plaintes toujours en traitement en début d'année	5	7	18	↑ 157 %
Plaintes reçues durant l'année	41	77	53	↓ 31 %
Sous total	46	84	71	
Plaintes traitées durant l'année	39	65	69	↑ 6 %
Plaintes toujours en traitement à la fin de l'année	7	18	2	↓ 89 %

1.1 Sommaire du traitement des plaintes

Le Bureau a reçu 53 plaintes de nature médicale au cours de l'année. Outre les six ayant fait l'objet d'un désistement avant même leur transmission à un médecin examinateur, neuf autres, suivant un examen sommaire par un médecin examinateur, n'ont pas fait l'objet d'un traitement ou de conclusion. Ce sont 38 dossiers qui ont donc fait l'objet d'un traitement.

Sommaire des niveaux de traitement	Nombre	%
Désistement	6	11 %
Rejetées sur examen sommaire/Refusées	9	17 %
Traitement complété	38	72 %
Total	53	100 %

Par ailleurs, aucun dossier n'a été transmis par un médecin examinateur au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) pour études disciplinaires.

Par contre, deux dossiers d'années antérieures sont toujours à l'étude par cette instance.

Date de transmission	Nombre de jours d'étude pour ces dossiers en cours
7 décembre 2017	489
29 mars 2018	362

1.2 Sommaire des motifs de plaintes

Parmi les 38 dossiers de plaintes reçues et examinées, certaines contiennent plus d'un motif. Dans les faits, 50 motifs d'insatisfactions ont été soumis pour étude.

Ce sont les soins et services dispensés qui ont fait l'objet de la majorité des insatisfactions au cours de l'année. À eux seuls, ils constituent plus de 82 % des motifs de plaintes soumis.

Motifs	Nombre	%
Soins et services dispensés	41	82 %
Relations interpersonnelles	8	16 %
Organisation du milieu et ressources matérielles	1	2 %
Total	50	100 %

2. Enquêtes par champs de pratique

Les motifs de plaintes traités durant l'année concernent 15 champs de pratique.

Le principal secteur visé au cours de l'année fut l'omnipratique/médecine générale.

Secteur visé	Nombre	%
Anesthésie-réanimation	2	4 %
Biologie médicale/Microbiologie	1	2 %
Chirurgie plastique	1	2 %
Gastro-entérologie	2	4 %
Omnipratique/Médecine générale	18	36 %
Oncologie	1	2 %
Ophthalmologie	1	2 %
Orthopédie	1	2 %
Physiatrie	1	2 %
Psychiatrie	8	16 %
Radiologie diagnostique	1	2 %
Urgence	9	18 %
Urologie	1	2 %
Services médicaux	2	4 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	1	2 %
Total	50	100 %

3. Délai de traitement

La loi prévoit que le traitement de toute plainte doit se faire diligemment, à l'intérieur d'un délai de 45 jours suivant le début de son étude.

L'ajout de trois nouvelles ressources dédiées à l'examen des plaintes médicales au cours de l'année a permis d'atteindre avec succès la cible recherchée, soit l'optimisation de traitement de ce type de plainte et le respect du droit du plaignant à un traitement diligent de celle-ci. Ainsi, parmi les 53 dossiers reçus au cours de l'année 2018-2019, **83 %** ont été examinés dans le délai imparti.

Il faut savoir que le dépassement de ce délai entraîne automatiquement le droit de l'une ou l'autre des parties impliquées de recourir, s'il le souhaite, au comité de révision, comme prévu à la loi.

Délai de traitement des dossiers traités 2018-2019	Nombre de dossiers	Proportion
Le jour même	6	9 %
2 à 45 jours	39	56 %
46 à 90 jours	7	10 %
91 jours et plus	17	25 %
TOTAL	69	100 %

4. Recommandations visant l'amélioration des soins et des services médicaux dispensés par l'établissement

Le médecin examinateur a notamment pour fonction de travailler à l'amélioration des soins ou des pratiques par la formulation, en outre, de recommandations.

Ainsi, 15 recommandations d'ordre individuel ou systémique ont été formulées par les médecins examinateurs. Elles portent sur les sujets suivants :

1. Lacunes dans le suivi des résultats d'examen : délai d'un an entre le diagnostic pathologique de cancer et l'annonce du résultat à l'usager.
2. Possible déficience d'investigation chez un usager présentant une cellulite périorbitaire, dont l'état s'est détérioré rapidement malgré les antibiotiques.
3. Dossier papier de l'usager difficile à consulter lorsqu'en partie élagué.
4. Lacunes au niveau du suivi médical lors de soins palliatifs à domicile.
5. Absence en salle d'un anesthésiologiste et communication déficiente.
6. Retard indu à appeler le spécialiste, constat d'échec de cathétérisation et communication infirmière-médecin.
7. Difficulté en lien avec l'installation d'un tube de gavage naso-intestinal/Délais d'accès en radiologie.
8. Évaluation et suivi d'une douleur subite à la fosse iliaque gauche chez une jeune usagère.
9. Conduite d'un médecin.

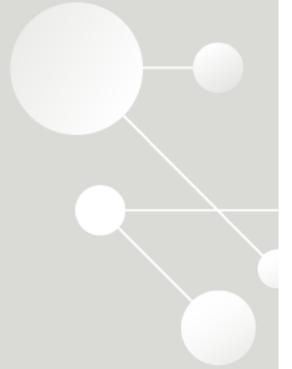
Le comité de vigilance et de la qualité est responsable d'assurer le suivi de ces recommandations.

Les détails de ces recommandations se retrouvent à l'annexe 1.

Perspectives 2019-2020

- Précisions des attentes, rôles, responsabilités et mandat des médecins-examineurs par le conseil d'administration.
- Étude d'un projet de création d'un poste de médecin coordonnateur.
- Présentation du rapport annuel au CMDP.

Annexe



Annexe 1 - Détails des recommandations

1. Lacunes dans le suivi des résultats d'examen

- 1.1. Transmettre le dossier au comité de l'évaluation de l'acte du CMDP ainsi qu'au chef du service de gynécologie.
- 1.2. Rappeler à l'ensemble des médecins membres du CMDP qu'ils doivent demeurer vigilants relativement au suivi des résultats des examens prescrits.

2. Possible déficience d'investigation chez un usager présentant une cellulite périorbitaire, dont l'état s'est détérioré rapidement malgré les antibiotiques.

- Présenter ce cas dans une réunion académique afin que tous les pédiatres puissent réviser la présentation et les complications possibles d'une cellulite périorbitaire.

3. Dossier papier de l'usager difficile à consulter lorsqu'en partie élagué

- Évaluer les moyens d'améliorer le tri et le classement des dossiers « allégés » en vue d'une consultation plus aisée pour assurer un meilleur suivi des traitements. Engager une archiviste si le budget le permet.

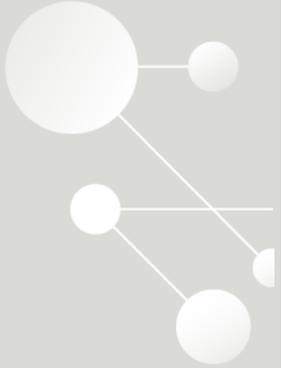
4. Lacunes au niveau du suivi médical lors de soins palliatifs à domicile

- 4.1 Désigner des responsables médico-administratifs chargés de l'offre de service en soins de fin de vie. La pénurie des ressources médicales et professionnelles, les aspects organisationnels (y compris les communications interprofessionnelles, celles avec l'usager et celles avec les proches aidants, l'harmonisation de la pratique, la formation et la tenue de dossier, etc.) devront être des sujets abordés.
- 4.2 Présenter ce cas, dans le respect des règles de confidentialité, lors d'une réunion avec l'ensemble des médecins exerçant en soins palliatifs.

5. Décision de l'anesthésiologiste de sortir temporairement de la salle d'opération et la communication déficiente du médecin visé

- 5.1. Que le chef du département d'anesthésie aborde les aspects suivants :
 - a) Déterminer les circonstances quand un anesthésiologiste peut quitter la salle d'opération;
 - b) En plus des cas présentés lors des réunions de morbidité/mortalité, présentation de ce dossier ainsi que des dossiers litigieux ou complexes en réunion de service, et ce, afin d'harmoniser les pratiques au CISSS;
 - c) Clarifier et consigner les mécanismes de communication entre les anesthésiologistes et les inhalothérapeutes;
 - d) Clarifier et consigner la manipulation des pompes d'amines par l'inhalothérapeute en l'absence de l'anesthésiologiste;
 - e) Se pencher sur la pertinence de consigner la traçabilité et la validité des informations reliées aux heures de sortie et d'entrée de l'anesthésiologiste en salle d'opération.
- 5.2. Que des discussions aient lieu entre les différents responsables, notamment le chef du département d'anesthésie, le chef du service d'inhalothérapie et le coordonnateur de la chirurgie afin d'assurer une collaboration et une concertation efficaces entre toutes les instances, dans un climat de travail sain.

- 5.3. De concert avec le CMDP et le directeur des services professionnels, se pencher sur la pertinence d'un équipement permettant de monitorer les valeurs des signes vitaux et les fluctuations des amines en temps réel, de les stocker en mémoire et de les transférer dans le dossier numérisé de l'utilisateur.
 - 5.4. Que le directeur des services professionnels, de concert avec le chef du département d'anesthésie, assure, compte tenu de la récurrence des plaintes reliées à des difficultés de communication et de comportement du médecin visé, un suivi rapproché auprès de ce dernier et le documente, et ce, afin de s'assurer du respect des engagements de ce dernier. Un compte rendu de ce suivi devra être déposé dans le dossier professionnel du médecin visé.
- 6. Retard indu à appeler l'urologue à cause de rétention urinaire et échecs de cathétérisation et déficience dans la communication infirmière-médecin à l'urgence**
- 6.1. Réviser le protocole sur la rétention urinaire aiguë en interrogeant la possibilité d'intervention dans le plus court délai possible.
 - 6.2. Porter à l'attention du personnel des soins infirmiers l'importance de communiquer rapidement au médecin responsable de l'urgence des échecs de cathétérisation chez un usager souffrant.
- 7. Installation d'un tube de gavage naso-intestinal : délais d'accès en radiologie**
- Recommandation suivant une autre recommandation du même type émise en 2006 sur laquelle un groupe de travail devait se pencher, à savoir qu'étant donné les pratiques variées observées, que le CMDP, en collaboration avec les responsables concernés (chefs de radiologie, chirurgie, soins intensifs, médecine générale, gastroentérologie, nutrition et soins infirmiers), se penche sur le choix de tubes de gavage et des modalités régissant leur installation, la formation requise et les délais à prévoir.
- 8. Évaluation et suivi d'une douleur subite à la fosse iliaque gauche chez une jeune usagère et la torsion de l'ovaire : un diagnostic rare aux conséquences graves**
- Que le chef du département de l'urgence présente ce dossier en réunion de service afin de réviser la littérature médicale sur la torsion ovarienne et les indications de l'échographie dans un contexte de douleur aiguë.
- 9. Conduite d'un médecin**
- S'assurer que le médecin concerné réponde à tous les appels durant sa garde et se déplace au chevet d'un usager si sa condition le nécessite.



Partie 3

Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

Rapport annuel du comité de révision des plaintes

Préparé par :

Johanne Goudreau

Présidente du comité de révision des plaintes du conseil d'administration
du Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

1. Introduction

Le comité de révision des plaintes présente son rapport annuel pour la troisième année complète d'opération, soit du 1^{er} avril 2018 au 31 mars 2019. Vous trouverez donc dans ce document un bref résumé des activités réalisées au cours de l'année.

2. Mandat, composition et fonctionnement du comité de révision des plaintes

2.1 Mandat du comité de révision des plaintes

Le comité de révision des plaintes exerce les fonctions prévues par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) ci-après nommée « la Loi ». Sauf lorsqu'une plainte est acheminée pour étude à des fins disciplinaires, le comité de révision a pour fonction de réviser le traitement accordé à l'examen de la plainte de l'utilisateur par le médecin examinateur d'un établissement du territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux. À cet effet, il doit prendre connaissance de l'ensemble du dossier de plainte de l'utilisateur, s'assurer que l'examen de la plainte a été effectué de façon appropriée, diligemment et avec équité, et que les motifs des conclusions du médecin examinateur, le cas échéant, se fondent sur le respect des droits et des normes professionnelles. Au terme de sa révision, le comité doit, dans les 60 jours de la réception d'une demande de révision, communiquer par écrit un avis motivé à l'utilisateur, au professionnel concerné, au médecin examinateur et au commissaire aux plaintes et à la qualité des services de l'établissement concerné.

- Motif à l'appui, l'avis du comité doit conclure à l'une des options suivantes :
 1. Confirmer les conclusions du médecin examinateur.
 2. 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 à l'utilisateur, avec copie au comité de révision au professionnel concerné ainsi qu'au commissaire aux plaintes et à la qualité des services.
 3. Lorsque la plainte concerne un médecin, un dentiste ou un pharmacien, membre du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens institué pour un établissement, acheminer copie de la plainte ainsi que du dossier vers ce conseil pour son étude à des fins disciplinaires par un comité constitué à cette fin; en l'absence d'un tel conseil, la plainte est traitée suivant la procédure prévue par règlement pris en vertu du paragraphe 2 de l'article 506.
 4. Lorsque la plainte concerne un résident et qu'elle soulève des questions d'ordre disciplinaire, acheminer copie de la plainte ainsi que du dossier vers l'autorité déterminée par règlement pris en vertu du paragraphe 2 de l'article 506.
 5. Recommander au médecin ou, s'il y a lieu, aux parties elles-mêmes, toute mesure de nature à les réconcilier.

Malgré leur remplacement, les membres du comité doivent prendre les dispositions nécessaires pour finaliser la révision du dossier dont ils ont été saisis, dans les meilleurs délais, avant l'expiration de leur mandat.

2.2 Composition du comité de révision des plaintes

Le comité de révision des plaintes est composé de trois membres nommés par le conseil d'administration du CISSS de Laval :

- Le président du comité est nommé parmi les membres indépendants du conseil d'administration du CISSS de Laval;
- Les deux autres membres et un membre substitut sont nommés parmi les médecins, dentistes ou pharmaciens du CISSS de Laval sur recommandation du CMDP;
- La durée du mandat des membres du comité de révision est de trois ans pour le président et de deux ans pour les membres. Les mandats du président et des membres peuvent être renouvelés.

La désignation des membres du comité de révision doit se faire conformément aux dispositions de la Loi.

Source : Loi : art. 51

Composition du comité de révision des plaintes pour l'année 2018-2019

Nom	Fonction	Statut
Mme Kathleen Smyth-Gagnon	Membre du conseil d'administration (nommée le 15 mars 2018 pour combler la vacance de la durée non écoulée du mandat du membre du comité à remplacer) (fin le 18 octobre 2018)	Présidente
Mme Johanne Goudreau	Membre du conseil d'administration (nommée le 18 octobre 2018)	Présidente
Dr Danny Duplan	Représentant du CMDP	Membre désigné
Dre Lyne Nadeau	Représentante du CMDP (démission adoptée au conseil d'administration du 18 octobre 2018)	Membre désigné
Dre Claire Gamache	Représentante du CMDP (démission adoptée au conseil d'administration du 6 décembre 2018)	Membre substitut
Dr Jean Rivest	Représentant du CMDP (nommé le 6 décembre 2018)	Membre désigné
Dre Esther Simoneau	Représentante du CMDP (nommée le 6 décembre 2018)	Membre substitut

2.3 Fréquence des rencontres et modalités de fonctionnement

Réunions régulières

Tel que prévu par la Loi et les règlements de la régie interne du conseil d'administration, le comité de révision peut tenir des rencontres régulières ou spéciales aussi souvent que nécessaire.

Le comité a tenu trois rencontres régulières dans l'année financière 2018-2019.

Des suivis d'analyse ont également été complétés au moyen de rendez-vous téléphoniques auprès des médecins examinateurs.

Nombre de réunions et taux de participation au comité de révision des plaintes

Date des réunions	Nombre de demandes de révision traitées	Type de réunions	Membres présents	Abs.	Taux de présence	Poste vacant
29 mai 2018	1	Régulière	3 membres plus médecin examinateur	0	100 %	0
29 mai 2018*	1	Régulière	3 membres	0	100 %	0
29 août 2018**	1	Régulière	3 membres plus médecin examinateur	0	100 %	0
9 octobre 2018***	1	Régulière	3 membres plus médecin examinateur	0	100 %	0

* Cette demande était déjà réglée et indiquée dans notre rapport annuel de 2017-2018, mais la plaignante a demandé une ré-révision par lettre datée 23 février 2018.

** Concernant ce dossier, la présidente n'a pu traiter la demande de révision ni présider la réunion étant donné qu'elle était en conflit d'intérêts. Monsieur. Jean-Claude Beaudry, vice-président du conseil d'administration du CISSS de Laval, a été nommé par le conseil d'administration afin de présider la réunion et signer l'avis de décision.

*** Cette demande de révision provient d'une plainte visant le CHSLD l'Orchidée Blanche gérée par Vigi Santé Ltée.

Autres interventions

Le 18 mai 2018, la présidente du comité, Kathleen Smyth-Gagnon, est intervenue par écrit auprès d'une plaignante qui demandait une révision, car le délai de 45 jours pour le dépôt du rapport du médecin examinateur était dépassé. Un suivi a été fait auprès du médecin examinateur.

Le 16 juillet 2018, la présidente du comité, Kathleen Smyth-Gagnon, est intervenue par écrit auprès d'une plaignante qui avait déposé une demande de révision visant des infirmières et non un médecin, dentiste ou pharmacien. La présidente lui a signifié que le comité de révision traitant les demandes visant les plaintes médicales. Elle l'a référée à la commissaire aux plaintes et lui a signifié la fermeture de sa demande de révision.

Le 9 octobre 2019, la présidente du comité, Kathleen Smyth-Gagnon, est intervenue par écrit auprès d'une plaignante, lui signifiant la fermeture de sa demande de révision suivant sa demande d'abandonner son droit de recours auprès du comité de révision.

Par ailleurs, les membres du comité ont convenu de tenir une rencontre en présentiel avec chaque plaignant et le médecin examinateur le plus souvent possible.

3. Demandes de révision

3.1 Motifs des plaintes ayant fait l'objet d'une demande de révision et conclusions

Nombre de demandes de révision selon les différents motifs et conclusions

Date des réunions	Nombre de demandes de révision traitées	Motifs	Conclusions
29 mai 2018	1	Demande de ré-révision de la plainte	Confirmation des conclusions du médecin examinateur (rejet de la plainte)
29 mai 2018	1	Qualité des soins et manque de professionnalisme	Confirmation des conclusions du médecin examinateur
29 août 2018	1	Qualité des soins et manque de professionnalisme	Confirmation des conclusions du médecin examinateur
9 octobre 2018	1	Qualité des soins et manque de professionnalisme	Demande de complément d'examen de la part du médecin examinateur et recommandation au conseil d'administration de Vigi Santé Ltée

Pour l'année 2018-2019, trois demandes de révision ont été traitées reliées à la qualité des soins et le manque de professionnalisme et une demande de ré-révision a été examinée de nouveau.

Les travaux du comité ont mené aux conclusions suivantes :

- une révision a demandé un complément d'examen du rapport du médecin examinateur et a élaboré une recommandation auprès du conseil d'administration de Vigi Santé Ltée;
- deux révisions ont abouti en confirmation des conclusions du médecin examinateur;
- une révision a permis de confirmer les conclusions du médecin examinateur en rejet de la plainte. En ce qui concerne ce dernier dossier, les membres du comité ont examiné les motifs de rejet d'une plainte prévus au règlement et souhaitent que les médecins examinateurs s'en tiennent rigoureusement à ces motifs pour rejeter la plainte d'un usager.

3.2 Délais pour le traitement des dossiers

Le comité de révision des plaintes n'a pas été en mesure de respecter les délais prévus par la Loi pour traiter les demandes de révision, à savoir, tel que stipulé à l'article 52 de la LSSS, soixante jours pour traiter la demande de révision et transmettre sa décision.

Les retards occasionnés s'expliquent essentiellement par deux éléments :

- la présence de dossiers en cours au moment de la démission de la présidente du comité et les délais pour combler la vacance;
- l'absence de plusieurs membres du comité durant la période estivale.

Le tableau ci-après résume les délais occasionnés dans le traitement des demandes en raison des éléments mentionnés précédemment.

Délais pour le traitement des dossiers

Date des réunions	Demande traitée	Date de la réception de la demande de révision	Date de l'avis de décision du comité	Délais pour le traitement des dossiers
29 mai 2018	1 ^{re} demande (ré-révision)	23 février 2018	8 juin 2018	106 jours
29 mai 2018	2 ^e demande	8 février 2018	8 juin 2018	121 jours
30 janvier 2018	3 ^e demande	1 ^{er} juin 2018	7 septembre 2018	97 jours
30 janvier 2018	4 ^e demande	27 juin 2018	25 octobre 2018	119 jours

4. Conclusion

À titre de nouvelle présidente du comité depuis le 18 octobre 2018, je n'ai pas participé aux travaux décrits dans ce rapport annuel. Je tiens toutefois à souligner l'excellent travail des médecins examinateurs et des membres du comité dans des circonstances instables.

Les analyses ont été réalisées avec professionnalisme, éthique et diligence. Les membres du comité ont pu constater que les demandes de révision sont principalement associées à des difficultés de communication entre les usagers/plaignants et les professionnels. Les membres du comité réitèrent l'importance de soutenir le développement des professionnels au plan des habiletés relationnelles.

Je remercie les membres du comité pour leur engagement et leur professionnalisme en particulier leur analyse objective des plaintes qui leur ont été présentées. Je remercie aussi le Bureau de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services pour sa collaboration et son soutien tout au long du processus de révision des plaintes, ainsi que la Direction générale pour les aspects administratifs et logistiques.

Nous souhaitons que le travail réalisé par notre comité permette de contribuer à l'amélioration de la qualité des services offerts à notre clientèle.

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Laval

Québec 