



DIGNE DE CONFIANCE,
à chaque instant

**2019
/2020**

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, 2020

Dépôt légal – 2020

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2020

Bibliothèque et Archives Canada, 2020

ISBN 978-2-550-87065-4 (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	10
4.3 Délai de traitement de l'ensemble des dossiers relevant du commissaire.....	10
5. Portrait du traitement des dossiers de plaintes reçus et conclus	10
5.1 Sommaire des dossier de plaintes par mission	11
5.2 Sommaire des motifs de plaintes reçus et conclus	11
5.3 Sommaire des mesures prises	12
5.4 Délai d'examen des plaintes	12
6. Plaintes ayant fait l'objet d'un recours au Protecteur du citoyen	13
7. Portrait des dossiers d'intervention	13
7.1 Motifs d'intervention par mission	14
7.2 Motifs d'intervention	14
8. Assistance	15
9. Consultation	15
10. Recommandations visant l'amélioration des soins et des services dispensés par l'établissement.....	16
11. Objectifs du conseil d'administration pour l'amélioration de la procédure d'examen des plaintes et du respect des droits des usagers	16
Annexe 1 - Sommaire des motifs de plaintes	18
Annexe 2 - Sommaire des motifs d'intervention	20
Annexe 3 - Détails des recommandations	21

PARTIE 2 - RAPPORT ANNUEL DES ACTIVITÉS DES MÉDECINS EXAMINATEURS

Faits saillants	24
1. Portrait des dossiers de plaintes médicales reçues durant l'année	25
1.1 Sommaire du traitement des plaintes reçues durant l'année.....	25
1.2 Sommaire des motifs de plaintes traitées durant l'année	25
2. Enquêtes par champs de pratique	25
3. Délais de traitement.....	26
4. Recommandations visant l'amélioration des soins et des services médicaux dispensés par l'établissement	27
Perspectives 2020-2021	27
Annexe 1 - Détails des recommandations	29

PARTIE 3 - RAPPORT ANNUEL DU COMITÉ DE RÉVISION DES PLAINTES

1. Introduction.....	32
2. Mandat, composition et fonctionnement du comité de révision des plaintes	32
2.1 Mandat du comité de révision des plaintes	32
2.2 Composition du comité de révision des plaintes	33
2.3 Fréquence des rencontres et modalités de fonctionnement.....	34
3. Demandes de révision	34
3.1 Motifs des plaintes ayant fait l'objet d'une demande de révision et conclusions.....	34
3.2 Délai pour le traitement des dossiers	35
4. Conclusion	36

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 1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020. Les résultats y figurant sont le fruit de l'excellent travail réalisé par chacun des membres de l'équipe du Bureau. Je les en remercie.

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

Je tiens à souligner l'excellente collaboration des directeurs et gestionnaires concernés et 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 :

- Traitement de **1 748** demandes :
 - **743** plaintes (↓ de **1 %**);
 - **657** assistances (↓ de **28 %**);
 - **157** consultations (↓ de **12 %**);
 - **98** interventions (↑ de **17 %**);
 - **93** plaintes de nature médicale (↑ de **74 %**).
- **1 120** motifs reçus et examinés (↑ de **12 %**).
- **98 %** des plaintes reçues et conclues dans le délai imparti.
- **338** mesures d'amélioration par les instances, dont **41** recommandations du commissaire.
- **28** activités de promotion des droits ou du régime d'examen des plaintes.

Rapport annuel des médecins examinateurs :

- Augmentation du nombre de médecins examinateurs.
- **93** plaintes de nature médicale reçues durant l'année (↑ de **74 %**).
- **118** motifs examinés.
- **13** recommandations adressées.

Rapport annuel du comité de révision :

- **4** demandes de dossiers reçues :
 - **3** dossiers ont confirmé les conclusions du médecin examinateur;
 - **1** dossier a été transféré au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).



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 :

1. S'assurer que 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. S'assurer que les droits de l'ensemble des usagers ou utilisateurs de services soient respectés;
3. Recevoir les signalements de maltraitance.

À ce mandat s'ajoute le mandat régional. Ainsi, le Bureau est aussi responsable du traitement des plaintes relativement aux soins ou services applicables, 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 28 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 2018-2019 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.

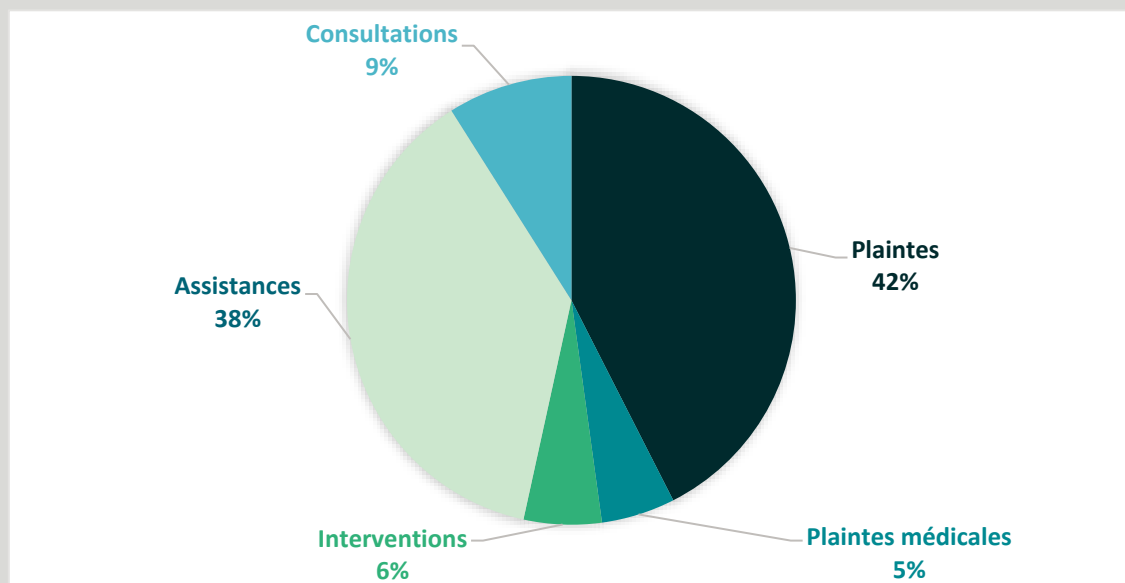
¹ CH (centre hospitalier), CJ (centre jeunesse), CD (centre dépendance), CRDITED (centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement), DP (déficience physique), CLSC (centre local de services communautaires), CHSLD (centre d'hébergement et de soins de longue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

4. Portrait des dossiers reçus

4.1 Type de dossiers

Le Bureau du commissaire a reçu, durant cette période, **1 748 dossiers**.

Ces dossiers se classent comme suit :



Par rapport à l'année dernière, nous constatons une similitude dans le nombre de plaintes. Le nombre de motifs examinés a cependant connu une hausse de 12 %.

Types de dossiers	2018-2019	2019-2020	Écart
Plaintes	747	743	↘ de 1 %
Plaintes médicales	53	93	↗ de 75 %
Interventions	84	98	↗ de 17 %
Assurances	910	657	↘ de 28 %
Consultations	179	157	↘ de 12 %
Total	1 973	1 748	↘ de 11 %

Les plaintes de nature médicale ont, quant à elles, connu une importante hausse, soit plus de 75 %.

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, **40 dossiers** reçus, 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 des programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (3), la Direction de la protection de la jeunesse (1), la Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (19), la Direction du programme de santé mentale et dépendance (2), la Direction des soins infirmiers (1), la Direction des services techniques (1) et le CISSS de Laval (13).

Le traitement de ces signalements a conduit à la mise en place de mesures correctives dans 12 de ces dossiers.

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, **1 633 dossiers** ont fait l'objet d'une étude par le Bureau et ont été conclus dans les délais suivants :

Délai de traitement	Nombre de dossiers	Proportion
Le jour même	942	58 %
2 à 45 jours	671	41 %
Plus de 45 jours	20	1 %
TOTAL	1 633	100 %

5. Portrait du traitement des dossiers de plaintes reçus et conclus

Le Bureau a reçu durant l'année **743 plaintes**. De ces dossiers, **727** étaient conclus au 31 mars.

Le traitement leur ayant été accordé se détaille comme suit :

Sommaire des niveaux de traitement des dossiers de plaintes	Nombre	%
Traitement complété	470	64 %
Traitement non complété : Abandonné par l'utilisateur/cessé/refusé/rejeté sur examen sommaire	267	36 %
Total	727	100 %

5.1 Sommaire des dossiers de plaintes par mission

Ce sont les missions centre hospitalier de soins généraux et spécialisés/centre hospitalier (CHSGS/CH), centre local de services communautaires (CLSC) et centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) qui ont fait l'objet de plus d'insatisfactions au cours de l'année. À eux seuls, ils constituent plus de 85 % des plaintes exprimés par nos usagers.

Mission	Nombre	%
CHSGS/CH	413	55 %
CLSC	123	17 %
CPEJ	99	13 %
Sous-total	635	85 %
Centres de réadaptation (CR)	44	6 %
Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)	32	4 %
Résidences privées pour aînés (RPA)	15	2 %
Ressources intermédiaires (RI)	12	2 %
CHSLD publics (privés non conventionnés)	5	1 %
Total général	743	100 %

5.2 Sommaire des motifs de plaintes reçues et conclues

Puisqu'un dossier peut contenir plus d'un motif de plaintes, dans les faits, c'est plus de **1 120 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, à nouveau, ont fait l'objet de plus d'insatisfactions au cours de l'année. À eux seuls, ils constituent plus de 69 % des motifs de plaintes exprimés par nos usagers.

Motifs	Nombre	%
Soins et services dispensés	397	35 %
Accessibilité	214	19 %
Relations interpersonnelles	166	15 %
Sous-total	777	69 %
Organisation du milieu et ressources matérielles	147	13 %
Droits particuliers	113	10 %
Aspect financier	66	6 %
Maltraitance	13	1,5 %
Autres	4	0,5 %
Total général	1 120	100 %

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

5.3 Sommaire des mesures prises

L'étude de **1 120 de ces motifs** a amené l'application de **338 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 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
Ajout de services ou de ressources humaines	4
Ajustement des activités professionnelles	19
Ajustement financier	14
Ajustement professionnel	10
Ajustement technique et matériel	17
Amélioration des communications	18
Amélioration des conditions de vie	2
Amélioration des mesures de sécurité et protection	11
Changement d'intervenant	2
Communication/promotion	17
Conciliation/intercession/médiation/liaison/précision/explication	5
Élaboration/révision/application	37
Encadrement de l'intervenant/des intervenants	29
Évaluation ou réévaluation des besoins	3
Formation/supervision/formation du personnel	10
Information/sensibilisation d'un/des intervenants	81
Obtention de services	3
Politiques et règlements	9
Protocole clinique ou administratif	34
Réduction du délai	7
Relocalisation/transfert d'un usager	2
Respect des droits	3
Respect du choix	1
TOTAL	338

5.4 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 œuvre 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, l'accord du plaignant est toujours obtenu et un rappel lui est alors fait sur 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	2018-2019		2019-2020	
Moins de 45 jours	728	97 %	731	98 %
Plus de 45 jours	19	3 %	12	2 %
Total	747	100 %	743	100 %

6. 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.

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, nous avons enregistré 21 demandes de transmission de dossier pour étude par le Protecteur du citoyen. Suivant les enquêtes de ce dernier durant l'année, ce dernier a entériné les conclusions émises par notre Bureau dans 15 dossiers.

7. Portrait des dossiers d'intervention

Au-delà du traitement des plaintes des usagers, la loi prévoit que le commissaire doit 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, **98 dossiers d'intervention** ont été traités au Bureau durant l'année comparativement à 84 l'année précédente, représentant une **hausse** de plus de **17 %**.

7.1 Motifs d'intervention par mission

Ce sont les missions CHSGS/CH, CLSC et Résidences qui ont fait l'objet de plus d'insatisfactions au cours de l'année. À eux seuls, ils constituent plus de 77 % des plaintes exprimés par nos usagers.

Mission	Nombre	%
CHSGS/CH	49	51 %
CLSC	15	15 %
Résidences	11	11 %
Sous-total	75	77 %
CPEJ	8	8 %
CR	5	5 %
RI	5	5 %
CHSLD	3	3 %
CHSLD publics (privés non conventionnés)	2	2 %
Total général	98	100 %

7.2 Motifs d'intervention

Certains signalements contenant plus d'un motif, en tout, 121 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	48
Organisation du milieu et ressources matérielles	20
Maltraitance	16
Relations interpersonnelles	13
Aspect financier	13
Droits particuliers	8
Accessibilité	3
TOTAL	121

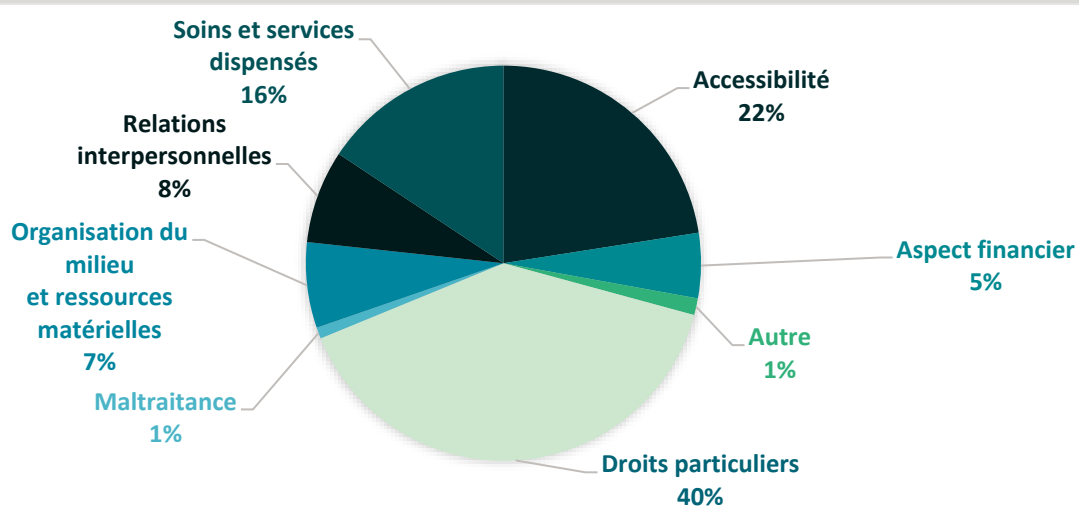
Les détails de ces principaux motifs se retrouvent à l'annexe 2.

Suivant l'étude de ces **121 motifs**, **60** d'entre eux ont permis l'**application de mesures** d'amélioration.

8. 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 similaires 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.

Sommaire des motifs d'assistance



Motifs	Nombre
Droits particuliers	260
Accessibilité	148
Soins et services dispensés	103
Relations interpersonnelles	50
Organisation du milieu et ressources matérielles	46
Aspect financier	35
Autre	9
Maltraitance	6
TOTAL	657

9. 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.

Cette année, au moins **157 personnes** ont requis ce service.

10. 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. Au cours de l'année 2019-2020, **41 recommandations** lui ont été présentées.

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

11. 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	397
Compétence technique et professionnelle (capacité de base à faire le travail)	49
Continuité	78
Décision clinique	97
Organisation des soins et services (systémique)	30
Traitement/intervention/services (action faite)	143
Accessibilité	214
Difficulté d'accès	51
Délais	118
Refus de services	22
Absence de service ou de ressource	23
Relations interpersonnelles	166
Communication	119
Respect	20
Abus	13
Fiabilité	6
Discrimination-racisme	8
Organisation du milieu et ressources matérielles	147
Confort et commodité	54
Règles et procédures du milieu	17
Organisation spatiale	14
Équipement et matériel	10
Alimentation	2
Sécurité et protection	38
Hygiène et salubrité	10
Compatibilité des clientèles	2
Droits particuliers	113
Droit à l'information	48
Accès au dossier de l'utilisateur et dossier de plainte	16
Sécurité	5
Droit à un accommodement raisonnable	1
Participation de l'utilisateur ou de son représentant	6
Assistance/accompagnement	1
Droit de communiquer/de porter plainte	8
Droit de recours	2
Choix de l'établissement/professionnel	17
Consentement	8
Droit linguistique	1

Motifs	Nombre
Aspects financiers	66
Allocation de ressources matérielles et financières	7
Autre	1
Facturation	5
Processus de réclamation	7
Frais de déplacement	9
Frais d'hébergement	37
Maltraitance	13
Négligence	3
Violence	10
Autres	4
Total	1 120

Par direction :

Motifs	Nombre	%
Soins et services dispensés	397	35 %
• DSI ²	91	23 %
• DPSAPA ³	68	17 %
• DPJe ⁴	65	16 %
Accessibilité	214	19 %
• DSP ⁵ (cliniques externes, bloc opératoire)	46	21 %
• Direction OPTILAB	37	17 %
Relations interpersonnelles	166	15 %
• DSI	42	25 %
• DPSAPA	17	10 %
• DPJ ⁶	14	8 %
Organisation du milieu et ressources matérielles	147	13 %
Droits particuliers	113	10 %
Aspect financier	66	6 %
Maltraitance	13	1,5 %
Autres	4	0,5 %

² Direction des soins infirmiers

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

⁴ Direction du programme jeunesse

⁵ Direction des services professionnels

⁶ Direction de la protection de la jeunesse

Annexe 2 - Sommaire des motifs d'intervention

Motifs	Nombre
Soins et services dispensés	48
Habiletés techniques et professionnelles	
Absence de suivi	
Coordination entre les services	
Organisation des soins et services (systémique)	
Approche thérapeutique	
Soins (santé physique)	
Relations interpersonnelles	13
Droits particuliers	8
Droit à l'information/droit de recours	
Droit à un accommodement raisonnable/lié à un handicap	
Accessibilité	13
Temps d'attente pour obtenir le rendez-vous	
Organisation du milieu et ressources matérielles	20
Compatibilité des clientèles	
Aspect financier	3
Maltraitance	16
Négligence	
Violence	

Annexe 3 - Détails des recommandations

- **Respect des obligations de deux résidences privées pour aînés (RPA) du territoire lavallois envers leurs résidents**

S'assurer que deux RPA du territoire lavallois respectent leurs obligations à l'égard des droits de leurs résidents prévus au *Règlement sur la certification des résidences pour aînés* et faire les démarches nécessaires auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux, le cas contraire ou échéant.

- **Soutien aux ressources intermédiaires (RI) en lien avec le 811 et le 911**

Analyser la pertinence d'harmoniser les orientations et les documents de soutien du CISSS de Laval, à l'intention des RI, dans les suivis lors des contacts avec le 811 et le 911.

- **Conditions post-hospitalisation d'usagers**

Favoriser, dès l'hospitalisation, une évaluation rapide de l'autonomie de l'utilisateur, les conditions attendues de retour à domicile, les attentes de l'utilisateur et de sa famille.

- **Document encadrant l'hébergement temporaire**

Que la Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées, en collaboration avec la Direction des ressources financières, procède à la révision du document clinico-administratif encadrant l'hébergement temporaire.

- **Politique à la suite d'un décès au CISSS de Laval**

Réviser la politique NPG-42 portant sur la *Procédure à suivre lors d'un décès d'un adulte ou d'un enfant (autre que nouveau-né)* au CISSS de Laval.

- **Prêts et récupération d'équipements**

Élaborer une procédure claire sur les obligations liées aux prêts et à la récupération des équipements.

- **Facturation des frais de chambre**

Revoir le processus de facturation des frais de chambre à la lumière des droits et obligations des usagers et de l'établissement.

- **Congé sécuritaire des usagers**

Réaffirmer l'importance du processus de congé sécuritaire des usagers et mettre en place les mesures sécuritaires appropriées.

- **Déclaration rapide d'un événement indésirable (Hôpital juif de réadaptation et Hôpital de la Cité-de-la-Santé)**

Réitérer aux gestionnaires de l'urgence de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé et de l'Hôpital juif de réadaptation, l'importance de la déclaration rapide d'un événement indésirable touchant un usager.

- **Transferts intraétablissement, processus de vérification**
S'assurer que toutes les directions impliquées, de près ou de loin, dans les transferts intraétablissement, mettent en place un processus de vérification auprès des centres de référence lors de transfert d'un usager dans leurs installations.
- **Civières transitoires**
Informar le personnel ainsi que les usagers des modalités des civières transitoires.
- **Accès à un milieu d'hébergement répondant au besoin d'un usager et de son état de santé**
Que le CISSS de Laval poursuive activement ses démarches afin que l'usager accède à un milieu d'hébergement de type familial répondant autant à ses besoins de santé qu'à ceux de socialisation et de protection.



Partie 2

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

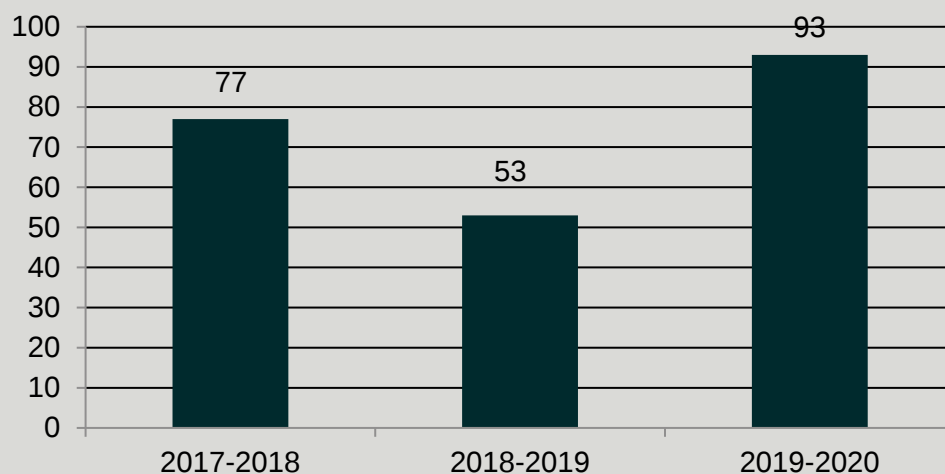
Rapport annuel des activités des médecins examinateurs



Faits saillants

- Augmentation du nombre de médecins examinateurs
- **3** plaintes toujours en traitement en début d'année
- **93 nouvelles** plaintes de nature médicale reçues durant l'année (**↑ de 74 %**)
 - **87** dossiers transmis pour étude à un médecin examinateur
 - **6** plaintes enregistrées, mais toujours en attente d'assignation
- **118** motifs de plainte traités
- **51 %** des plaintes examinées et conclues dans le délai légal de 45 jours
- **13** recommandations transmises

1. Portrait des dossiers de plaintes médicales reçues durant l'année



Traitement des plaintes médicales	2017-2018	2018-2019	2019-2020	%
Plaintes toujours en traitement en début d'année	7	19	3	↓ 89 %
Plaintes reçues durant l'année	77	53	93	↑ 74 %
Sous-total	84	72	96	↑ 32 %
Plaintes traitées durant l'année	65	69	85	↑ 23 %
Plaintes toujours en traitement à la fin de l'année	19	3	11	↑ 366 %

1.1 Sommaire du traitement des plaintes reçues durant l'année

Le Bureau a reçu 93 plaintes de nature médicale au cours de l'année.

Parmi ces dossiers, 19 dossiers n'ont pas fait l'objet, suivant un examen sommaire, d'étude approfondie. Ainsi, seuls 74 dossiers ont donc fait l'objet d'un examen par un médecin examinateur.

Sommaire des niveaux de traitement	Nombre	%
Désistement	9	9 %
Rejetées sur examen sommaire/Refusées/Problème réglé avant la fin de l'examen/Hors compétence/Autre	10	11 %
Plaintes examinées	74	80 %

Par ailleurs, un seul dossier a été transmis au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) pour études disciplinaires.

Tous les dossiers des années antérieures ont été conclus par cette instance durant l'année.

1.2 Sommaire des motifs de plaintes traitées durant l'année

Parmi les 85 plaintes traitées, certaines contiennent plus d'un motif. Dans les faits, 118 motifs d'insatisfactions ont été soumis.

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 75 % des motifs de plaintes soumis.

Motifs	Nombre	%
Soins et services dispensés	89	75 %
Relations interpersonnelles	24	20 %
Organisation du milieu et ressources matérielles	2	2 %
Droits particuliers	1	1 %
Aspect financier	1	1 %
Accessibilité	1	1 %
Total	118	100 %

2. Enquêtes par champs de pratique

Les motifs de plaintes traités durant l'année concernent 24 champs de pratique.

Les principaux secteurs visés au cours de l'année furent : l'omnipratique/médecine générale, l'orthopédie, la psychiatrie, la médecine interne et l'urgence.

Secteur visé	Nombre	%
Anesthésie-réanimation	2	2 %
Services médicaux généraux	4	3 %
Cardiologie	1	1 %
Chirurgie cardio-vasculaire et thoracique	1	1 %
Chirurgie générale	2	2 %
Chirurgie plastique	2	2 %
Gastroentérologie	5	4 %
Gynécologie	2	2 %
Hématologie	3	3 %
Médecine interne	9	6 %
Neurologie	4	3 %
Obstétrique	2	2 %
Omnipratique/Médecine générale	30	25 %
Oncologie	1	1 %
Ophtalmologie	8	7 %
Orthopédie	10	8 %
Oto-rhino-laryngologie	2	2 %
Pédiatrie	1	1 %
Physiatrie	1	1 %
Pneumologie	1	1 %
Psychiatrie	13	10 %
Radiologie diagnostique	2	2 %
Soins palliatifs	1	1 %
Urgence	11	9 %
Urologie	1	1 %
Total	118	100

3. Délai de traitement

La loi prévoit que le traitement de toute plainte médicale doit se faire diligemment, à l'intérieur d'un délai de 45 jours suivant sa transmission à un médecin examinateur.

L'ajout de nouvelles ressources dédiées à l'examen des plaintes médicales au cours de l'année a permis d'améliorer 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.

Parmi les plaintes examinées au cours de l'année 2019-2020, **51 %** l'ont été dans le délai de 45 jours imparti par la loi.

Délai de traitement des dossiers traités 2019-2020	Nombre de dossiers	%
0 à 45 jours	43	51 %
46 à 90 jours	31	36 %
91 jours et plus	11	13 %

Le dépassement de ce délai entraîne automatiquement le droit de l'une ou l'autre des parties impliquées de recourir, si elle le souhaite, au Comité de révision.

Une fois la plainte assignée par le médecin examinateur coordonnateur à un médecin examinateur, le délai encouru pour l'examen de ces mêmes 85 dossiers se détaille comme suit :

Délai d'examen des dossiers traités 2019-2020	Nombre de dossiers	%
0 à 45 jours	64	75 %
46 à 90 jours	11	13 %
91 jours et plus	10	12 %

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 médicaux par la formulation, en outre, de recommandations.

Ainsi, **13 recommandations** d'ordre individuel ou systémique ont été formulées au cours de l'année.

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 2020-2021

- Devant l'augmentation du nombre de plaintes et de leur complexité, nous avons recruté en 2019 davantage de médecins examinateurs possédant des expertises variées : intensiviste/ancien gestionnaire et psychiatre. L'équipe compte désormais six membres, dont le coordonnateur, et compte également sur un consultant externe lorsqu'il y a conflit d'intérêts.
- Suivant les pas du Collège des médecins du Québec, nous avons interrompu le traitement des plaintes non urgentes au plus fort de la crise de la COVID-19 pour environ 8 semaines. Le traitement des plaintes a pleinement repris à la mi-mai 2020.
- Depuis la mi-mars 2020, nous notons une importante diminution du nombre des plaintes médicales (probablement en raison de la réduction des services, davantage de disponibilité des médecins et peut-être d'une plus grande tolérance de la part des patients). Il est trop tôt à ce stade pour déterminer la direction que cela prendra. Pour l'instant, nous jugeons que la taille de l'équipe est adéquate.
- Les objectifs pour 2020-2021 restent comme toujours une plus grande harmonisation du traitement des plaintes, une meilleure synchronisation/communication pour les plaintes mixtes (médicales et hospitalières) et l'émission, lorsqu'approprié, de recommandations systémiques aptes à améliorer les soins de santé de façon globale.
- L'équipe de médecins examinateurs se réjouit de pouvoir compter sur un excellent support de la part de l'administration.

Annexe



Annexe 1 - Détails des recommandations

1. Attitude non professionnelle d'un gastroentérologue en endoscopie

S'assurer que le patient soit informé :

- 1.1. Qu'il devra communiquer avec son médecin de famille si sa condition clinique change;
- 1.2. De la rare possibilité de ne pas devoir subir de colonoscopie si celle-ci n'est plus indiquée à la suite de l'évaluation clinique du gastroentérologue.

Ces informations devront être dûment consignées dans le dossier du patient lors de l'évaluation téléphonique de l'infirmière, de même que dans le feuillet explicatif remis à cet effet.

2. Non-respect des normes en matière d'hygiène des mains à la clinique externe d'ophtalmologie

- 2.1. Dans une perspective d'amélioration de la qualité des soins, nous recommandons au chef du service d'ophtalmologie, de concert avec le responsable de la prévention et du contrôle des infections de rappeler, aux membres de son service, l'importance qu'il convient d'accorder au strict respect de l'hygiène des mains et des normes qui s'y rattachent.

3. Changement important qui a touché le transport adapté en 2017

- 3.1. Rappeler aux membres du CMDP les modifications concernant l'offre de service en transport adapté pour les usagers du CISSS de Laval.

4. Attitude et compétence d'un médecin

- 4.1. Revoir anonymement cette plainte et son traitement en vue d'améliorer la communication entre les intervenants.

5. Conseils verbaux émis par l'urgentologue à l'infirmière du triage : le cas précis d'un patient qui quitte avant d'être évalué par l'urgentologue

- 5.1. Présenter le cas de la patiente, dans le respect des règles de confidentialité, lors d'une réunion de service. Les membres pourront aborder le sujet des conseils verbaux émis par les médecins aux infirmières du triage, notamment dans le cas précis où le patient quitte avant d'être évalué par l'urgentologue.

6. Comportement d'un médecin contrevenant à la politique de l'établissement en matière de promotion de la civilité et de prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail - Climat de tension en endoscopie

- 6.1. Proposer une formation sur la communication interprofessionnelle à l'ensemble des médecins du service de gastroentérologie.

7. Transfert de l'urgence vers l'unité de débordement et réponse tardive à une crise convulsive (20 minutes)

- 7.1. Revoir la procédure de transfert de l'urgence vers l'unité de débordement.
- 7.2. Questionner la pertinence de placer la crise convulsive sur code comme la crise cardiaque.

8. Insatisfaction concernant le suivi d'une radiographie faite à l'urgence

8.1. Nous recommandons au chef de service de radiologie de revoir les processus afin d'améliorer l'utilisation des systèmes déjà en place.

9. Manque persistant d'un médecin à se conformer aux règlements concernant les délais de tenue de dossier malgré plusieurs rappels

9.1. À défaut par ce dernier de corriger la situation d'ici le 30 novembre 2019, recommandation à l'exécutif du CMDP de former un comité de discipline pour remédier à la situation.

10. Comportement d'un médecin contrevenant à la politique de l'établissement en matière de promotion de la civilité et de prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail

10.1. Rappeler aux membres du service d'ophtalmologie que le médecin doit avoir une conduite irréprochable envers toute personne avec laquelle il entre en relation, notamment envers tout patient, que ce soit sur le plan physique, mental ou affectif, de même que les dispositions du code de civilité de l'établissement.

10.2. Que la Direction générale assure le suivi étroit des démarches d'amélioration auprès de responsables clairement identifiés.



Partie 3

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

Rapport annuel du comité de révision des plaintes

Présenté par :

Lynn Grégoire

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 quatrième année complète d'opération, soit du 1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020. 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 ». De façon plus spécifique, le comité de révision des plaintes a notamment pour fonctions :

- 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 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 Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Laval :

1. Le président du comité est nommé parmi les membres indépendants du conseil d'administration du CISSS de Laval.
2. Les deux autres membres et un membre substitut sont nommés parmi les médecins, dentistes ou pharmaciens du CISSS de Laval sur recommandation du CMDP.
3. 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 2019-2020

Nom	Fonction	Statut
Mme Johanne Goudreau	Membre du CA (nomination le 18 octobre 2018 et démission le 1 ^{er} décembre 2019)	Présidente sortante
Mme Lynn Grégoire	Membre du CA nommée le 28 janvier 2020 pour combler la vacance de la durée non écoulée du mandat du membre (présidente) du comité à remplacer	Présidente actuelle
Dr Danny Duplan	Représentant du CMDP	Membre désigné
Dr Jean Rivest	Représentant du CMDP	Membre désigné
Dre Esther Simoneau	Représentante du CMDP	Membre substitut

2.3 Fréquence des rencontres et modalités de fonctionnement

Réunion régulière

Comme 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 deux rencontres régulières dans l'année financière 2019-2020.

Des suivis d'analyse ont également été complétés au moyen de rendez-vous téléphonique 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	Absences	Taux de présence	Poste vacant
23 octobre 2019	2	Régulière	3 membres plus médecin examinateur	0	100 %	0
27 novembre 2019	2	Régulière	3 membres plus médecin examinateur	0	100 %	0

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
23 octobre 2019	2	Qualité des soins et manque de professionnalisme	Confirmation des conclusions du médecin examinateur et recommandation au CMDP
27 novembre 2019	2	Qualité des soins et manque de professionnalisme	Confirmation des conclusions du médecin examinateur

Pour l'année 2019-2020, quatre demandes de révision ont été traitées reliées à la qualité des soins et au manque de professionnalisme.

Les travaux du comité ont mené aux conclusions suivantes :

- trois révisions ont abouti en confirmation des conclusions du médecin examinateur;
- une révision a permis de confirmer les conclusions du médecin examinateur et, en vertu de son pouvoir de recommandation prévu à la Loi, le comité a demandé au CMDP du CISSS de Laval de s'assurer qu'une période de surveillance systématique de l'utilisateur soit dorénavant associée au type d'acte médical indiqué dans ce dossier.

3.2 Délais pour le traitement des dossiers

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

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
23 octobre 2019	1 ^{re} demande	26 septembre 2019	23 octobre 2019	27 jours
23 octobre 2019	2 ^e demande	13 septembre 2019	23 octobre 2019	40 jours
27 novembre 2019	3 ^e demande	2 octobre 2019	27 novembre 2019	56 jours
27 novembre 2019	4 ^e demande	2 octobre 2019	27 novembre 2019	56 jours

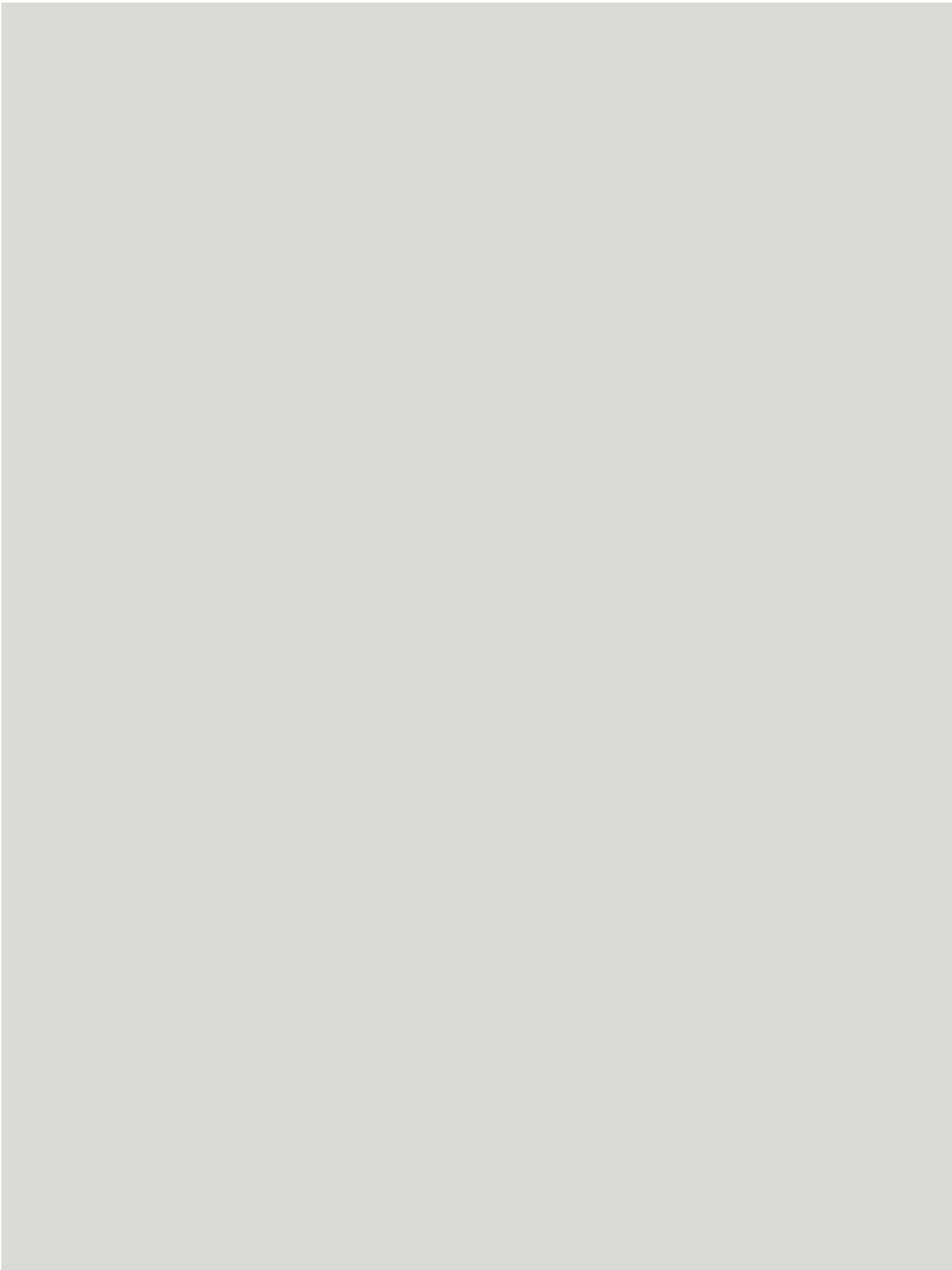
4. Conclusion

À titre de nouvelle présidente du comité depuis le 28 janvier 2020, 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 patients/plaignants et les professionnels. Les membres du comité réitèrent l'importance de soutenir le développement des professionnels sur le 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

