

 **DIGNE DE CONFIANCE,**
à chaque instant

**2020-
2021**

**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

Québec 

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, 2021

Dépôt légal – 2021

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021

Bibliothèque et Archives Canada, 2021

ISBN 978-2-550-89539-8 (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 reçus	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	11
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	13
6. Plaintes ayant fait l'objet d'un recours au Protecteur du citoyen.....	13
7. Portrait des dossiers d'intervention.....	14
7.1 Motifs d'intervention par mission.....	14
7.2 Motifs d'intervention	14
8. Assistance	15
9. Consultation	16
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 865 motifs de plaintes examinés	18
Annexe 2 - Sommaire des 128 motifs d'intervention examinés	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	24
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	26
3. Délais de traitement	26
4. Recommandations visant l'amélioration des soins et des services médicaux dispensés par l'établissement	27
Perspectives 2021-2022	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	33
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	35

Mot du commissaire aux plaintes et à la qualité des services

J'ai le plaisir de vous présenter le rapport annuel 2020-2021 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 2020 au 31 mars 2021. Les résultats y figurant sont le fruit de l'excellent travail réalisé et de l'expertise développée par les membres de l'équipe du Bureau qui a connu d'importants changements au cours de l'année. Je les en remercie.

Outre le bilan des activités du commissaire, ce rapport 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 à remercier les membres du comité de vigilance qui assurent, au nom du conseil d'administration, une vigie constante du suivi des recommandations visant l'amélioration de la qualité des services ainsi que le respect des droits des usagers de l'établissement.

L'année 2021-2022 amène son lot de défis, la commissaire voyant ses responsabilités augmentées de façon majeure. L'appui et le soutien du conseil d'administration, de qui elle relève, demeurent d'autant plus précieux.



Hélène Bousquet
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

FAITS SAILLANTS

Bilan des activités du Bureau du commissaire :

- Traitement de **1 596** demandes :
 - **684** plaintes (↓ de **8 %**);
 - **619** assistances (↓ de **6 %**);
 - **131** consultations (↓ de **17 %**);
 - **114** interventions (↑ de **16 %**);
 - **48** plaintes de nature médicale (↓ de **48 %**).
- **866** motifs reçus et examinés (↓ de **23 %**).
- **99 %** des plaintes reçues et conclues dans le délai imparti.
- **263** mesures d'amélioration par les instances, dont **30** recommandations du commissaire.
- **16** activités de promotion des droits ou du régime d'examen des plaintes.

Rapport annuel des activités des médecins examinateurs :

- Augmentation du nombre de médecins examinateurs.
- **48** plaintes de nature médicale reçues durant l'année (↓ de **48 %**).
- **61** motifs examinés durant l'année.
- **7** recommandations adressées.

Rapport annuel du comité de révision :

- **2** demandes de dossiers reçues :
 - **1** dossier où la plaignante s'est désistée;
 - **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 2021-2021 des activités du Bureau du commissaire aux plaintes Et à la qualité des services

Présenté par :
Hélène Bousquet
Commissaire 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 :

1. 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. Que les droits de l'ensemble des usagers ou utilisateurs de services soient respectés;
3. De 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 16 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 2019-2020 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

Le commissaire se doit de non seulement maintenir ses connaissances et celles de son équipe à jour, mais d'aussi maintenir des liens de collaboration avec d'autres partenaires.

L'année écoulée n'a toutefois pas permis le rayonnement préconisé.

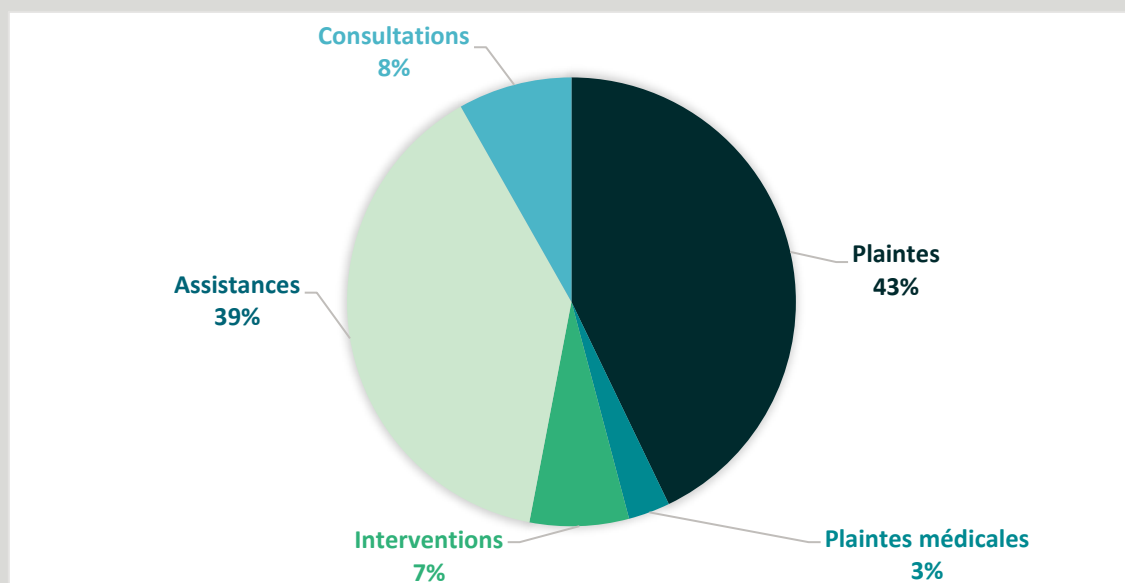
¹ CH (centre hospitalier), CJ (centre jeunesse), CD (centre de dépendance), CRDITED (centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement), DP (déficience physique), CLSC (centre local de services communautaires), CHSLD (centre d'hébergement et de soins de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

4. Portrait des dossiers reçus

4.1 Type de dossiers

Le Bureau du commissaire a reçu, durant cette période, **1 596 dossiers**.

Ces dossiers se classent comme suit :



Par rapport à l'année dernière, nous constatons une augmentation du nombre d'interventions et une baisse du nombre d'assistances. Nous expliquons cette dernière par la mise sur pied d'une ligne téléphonique d'aide à la population qui répond à un important besoin des usagers ou citoyens lavallois.

Les plaintes de nature médicale ont, quant à elles, connu une importante baisse, soit moins de 48 % qui peut s'expliquer par la diminution de l'offre de service depuis la pandémie.

Types de dossiers	2019-2020	2020-2021	Écart
Plaintes	743	684	↓ 8 %
Plaintes médicales	93	48	↓ 48 %
Interventions	98	114	↑ 16 %
Assurances	657	619	↓ 6 %
Consultations	157	131	↓ 17 %
Total	1 748	1 596	↓ 9 %

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, **53 dossiers** reçus en lien avec les plaintes, interventions, assistances et consultations, 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 les directions des programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (9), du programme jeunesse-réadaptation (1), du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (30), du programme santé mentale et dépendance (2), des soins infirmiers (3), CHSLD privés (2), CISSS de Laval (6). Le traitement de ces signalements a conduit à la mise en place de 51 mesures correctives dans 17 de ces dossiers.

Mesures	Nombre
Ajout de services ou de ressources humaines	7
Ajustement professionnel	1
Ajustement technique et matériel	1
Amélioration des communications	1
Communication/promotion	1
Conciliation/intercession/médiation/liaison/précision/explication	1
Élaboration/révision/application	7
Encadrement des intervenants/de l'intervenant/Information et sensibilisation des intervenants	17
Évaluation ou réévaluation des besoins	1
Formation du personnel	7
Formation/supervision	1
Politiques et règlements	1
Protocole clinique ou administratif	5
TOTAL	51

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 et au comité de révision, **1 546 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	1 046	68 %
2 à 45 jours	482	31 %
Plus de 45 jours	18	1 %
TOTAL	1 546	100 %

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

Le Bureau a reçu durant l'année **684 plaintes**. De ces dossiers, **665** étaient conclus au 31 mars 2021.

Le traitement leur ayant été accordé se détaille comme suit :

Sommaire des niveaux de traitement des dossiers de plaintes	Nombre	%
Traitement complété	296	45 %
Traitement non complété : abandonné par l'utilisateur/cessé/refusé/rejeté sur examen sommaire	369	55 %
TOTAL	665	100 %

Une explication ici s'impose. L'important nombre de traitements non complétés s'explique par le changement apporté à la saisie informatique de ces dossiers dans le logiciel applicable. Ainsi, lorsque le Bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services agit comme simple agent de liaison entre le plaignant et le gestionnaire concerné par la situation, qui, en vertu de la procédure applicable, est le premier répondant des plaintes visant son secteur, bien que la situation ait été adressée et résolue à la satisfaction du plaignant, le logiciel classe le traitement de ces plaintes comme non complété.

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 elles seules, elles constituent plus de 76 % des plaintes exprimées par nos usagers.

Mission	Nombre	%
Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés/Centre hospitalier (CHSGS/CH)	291	43 %
Centre local de services communautaires (CLSC)	140	21 %
Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ)	81	12 %
Sous-total	512	76 %
Centre de réadaptation	70	10 %
Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)	51	7 %
Résidences privées pour aînés	28	4 %
Ressources intermédiaires	13	2 %
Organismes communautaires	8	0,5 %
CHSLD publics	2	0,5 %
TOTAL	684	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 **865 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, les relations interpersonnelles et l'organisation du milieu et des ressources matérielles qui ont fait l'objet de plus d'insatisfactions au cours de l'année.

À eux seuls, ils constituent plus de 70 % des motifs de plaintes exprimés par nos usagers.

Motifs	Nombre	%
Soins et services dispensés	315	36 %
Organisation du milieu et ressources matérielles	163	19 %
Relations interpersonnelles	126	15 %
Sous-total	604	70 %
Accessibilité	98	11 %
Droits particuliers	94	10 %
Autre	33	4 %
Aspect financier	28	3 %
Maltraitance	8	1 %
TOTAL	865	100 %

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

Depuis le mois de janvier 2021, en raison de la pandémie, l'ajout d'un motif à ce sujet dans la base de données du ministère a été réalisé. C'est toutefois dans la catégorie **Autre** que ce motif a été ajouté.

5.3 Sommaire des mesures prises

L'étude de **456 de ces motifs** a amené l'application de **263 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 le faire, soit par le biais de la formulation, par notre Bureau, de recommandation individuelle ou systémique.

Plus spécifiquement, ces mesures se détaillent comme suit :

Types de mesures	Nombre
Encadrement de l'intervenant/des intervenants	52
Protocole clinique ou administratif	28
Formation/supervision/Formation du personnel	24
Information/sensibilisation d'un/des intervenants	23
Élaboration/révision/application	20
Ajustement des activités professionnelles	17
Ajustement technique et matériel	14
Ajustement professionnel	13
Amélioration des communications	11
Communication/promotion	11
Politiques et règlements	11
Amélioration des mesures de sécurité et protection	8
Ajout de services ou de ressources humaines	6
Collaboration avec le réseau	4
Conciliation/intercession/médiation/liaison/précision/explication	4
Respect des droits	4
Code d'éthique	3
Ajustement financier	2

Types de mesures	Nombre
Autre	2
Évaluation ou réévaluation des besoins	2
Amélioration des conditions de vie	1
Communication avec des instances externes	1
Organisation de séances d'information	1
Réduction du délai	1
TOTAL	263

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. En effet, 99 % des dossiers furent traités à l'intérieur du délai imparti.

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	2019-2020		2020-2021	
Moins de 45 jours	731	98 %	658	99 %
Plus de 45 jours	12	2 %	7	1 %
TOTAL	743	100 %	665	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 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 **11 dossiers**, dont nous avons reçu la demande de transmission et qui a été conclue par le Protecteur du citoyen. Suivant les enquêtes de ce dernier durant l'année, le Protecteur du citoyen a entériné les conclusions émises par notre Bureau dans **9 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, **114 dossiers d'intervention** ont été reçus au Bureau durant l'année comparativement à 98 l'année précédente, représentant une **hausse** de plus de **16 %**. De ceux-ci, **111 dossiers ont été conclus**.

7.1 Motifs d'intervention par mission

Parmi les **111 dossiers reçus et conclus**, ce sont les missions CHSGS/CH, CLSC et CHSLD qui ont fait l'objet de plus d'insatisfactions au cours de l'année. À eux seuls, ils constituent plus de **74 % des signalements** exprimés par nos usagers.

Mission	Nombre	%
CHSGS/CH	32	29 %
CHSLD	29	26 %
CLSC	21	19 %
Sous-total	82	74 %
Centre de réadaptation	16	14 %
Résidences privées pour aînés	7	6 %
Ressources intermédiaires	3	3 %
Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse	1	1 %
CHSLD publics (privés non conventionnés)	1	1 %
Organisme communautaire	1	1 %
TOTAL	111	100 %

7.2 Motifs d'intervention

Certains signalements reçus contenant plus d'un motif, en tout, **128 motifs** ont été portés à l'attention de la commissaire au cours de la période et se détaillent comme suit :

Motifs	Nombre
Maltraitance	38
Organisation du milieu et ressources matérielles	37
Soins et services dispensés	25
Relations interpersonnelles	13
Droits particuliers	6
Accessibilité	5
Autre	3
Aspect financier	1
TOTAL	128

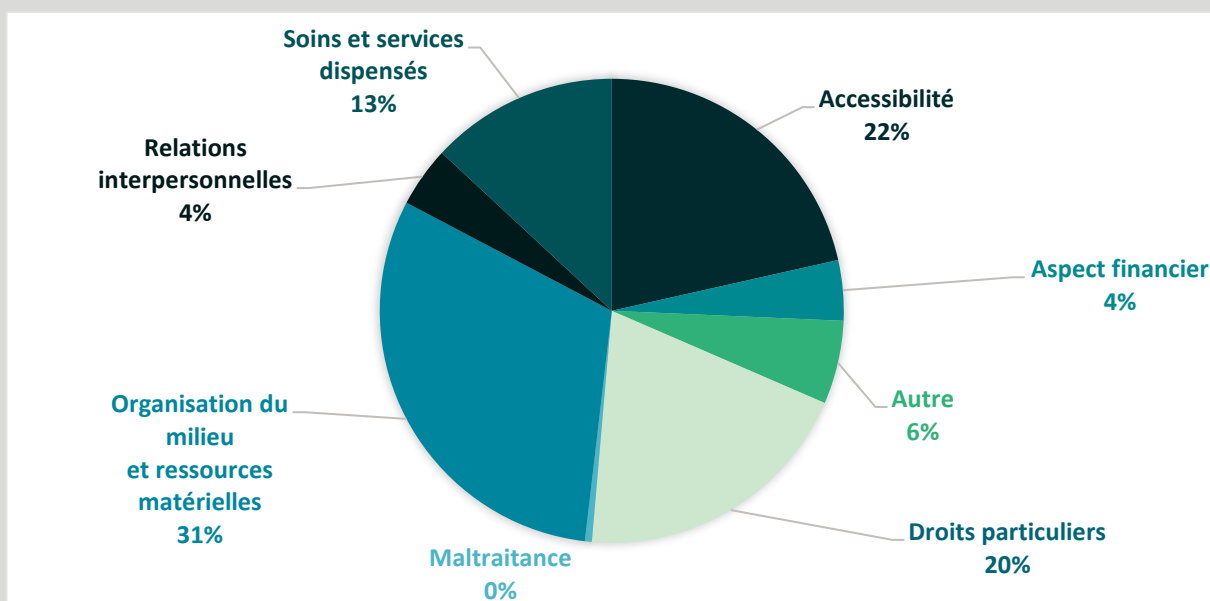
Les détails de ces principaux motifs se retrouvent à l'annexe 2.

Suivant l'étude de ces **128 motifs**, **53** 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 des 619 dossiers traités par notre Bureau.

Sommaire des motifs d'assistance



Motifs	Nombre
Organisation du milieu et ressources matérielles	191
Accessibilité	133
Droits particuliers	123
Soins et services dispensés	81
Autres	36
Relations interpersonnelles	26
Aspect financier	26
Maltraitance	3
TOTAL	619

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 **131 personnes** ont requis ce service.

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

Le commissaire a pour fonction de travailler à l'amélioration des pratiques par la formulation et la transmission au conseil d'administration, 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.

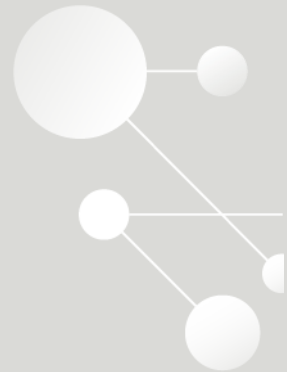
Le comité de vigilance et de la qualité est responsable du suivi de ces recommandations. Au cours de l'année 2020-2021, **30 nouvelles recommandations** lui ont été présentées.

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 865 motifs de plaintes examinés

Motifs	Nombre
Soins et services dispensés	315
Habilités techniques et professionnelles	33
Absence de suivi	31
Évaluation et jugement professionnels	27
Application de la discrétion confiée au directeur de la protection de la jeunesse	24
Soins d'assistance pour les activités de la vie quotidienne et de la vie domestique et civique	22
Plan de service ou plan d'intervention – Application et suivi	16
Organisation du milieu et ressources matérielles	163
Mécanismes de prévention des infections	93
Perte de biens personnels	10
Bris mécanique	6
Disponibilité de l'équipement et du matériel	5
Présence de règles et procédures	5
Règles et procédures du milieu, respect des règles	5
Relations interpersonnelles	126
Commentaires inappropriés	26
Manque d'empathie	16
Manque de politesse	15
Attitude non verbale inappropriée	13
Manque d'information	10
Abus d'autorité par un intervenant, par un professionnel ou un médecin	6
Accessibilité	98
Difficultés d'accès aux services formellement requis	22
Listes d'attente	12
Temps d'attente pour obtenir le rendez-vous	11
Refus de services dans un programme	11
Droits particuliers	94
Droit à l'information sur l'état de santé	16
Choix du professionnel	11
Droit à l'accompagnement	7
Droits d'accès aux services en langue anglaise	6
Droits au consentement libre et éclairé aux services	5
Choix de l'établissement transitoire	4
Droit de porter plainte	4

Motifs	Nombre
Autre	33
Aspects financiers	28
Frais d'hébergement inadéquats	8
Processus de réclamation	5
Maltraitance	8
Négligence	4
Violence	4
TOTAL	865

Par direction :

Motifs	Nombre	%
Soins et services dispensés	315	36 %
• Direction du programme jeunesse	70	22 %
• Direction des soins infirmiers	66	21 %
Organisation du milieu et ressources matérielles	163	19 %
• Direction des soins infirmiers	33	20 %
• Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées	30	18 %
Relations interpersonnelles	126	15 %
• Direction des soins infirmiers	24	19 %
• Direction du programme jeunesse	22	17 %
Accessibilité	98	11 %
• Direction des services professionnels	33	34 %
• Direction OPTILAB LLL (Laval, Laurentides et Lanaudière)	16	16 %
Droits particuliers	94	10 %
Autres	33	4 %
Aspects financiers	28	3 %
Maltraitance	8	1 %
TOTAL	865	100 %

Annexe 2 - Sommaire des 128 motifs d'intervention examinés

Motifs	Nombre
Soins et services dispensés	25
Processus de transfert/interétablissement	4
Évaluation et jugement professionnels	4
Coordination des acteurs	3
Coordination entre les services-Réseau	2
Arrêt de service	2
Organisation des soins et services (systémique Propre à l'établissement)	2
Relations interpersonnelles	13
Manque de politesse	2
Manque d'écoute	2
Droits particuliers	6
Accessibilité	5
Difficulté d'accès aux services réseau	2
Organisation du milieu et ressources matérielles	37
Stationnement	2
Mécanismes de prévention des infections	24
Aspect financier	1
Maltraitance	38
Négligence	22
Violence	12
Autres	3
TOTAL	128

Annexe 3 - Détails des recommandations

- **Absence de respect du code de vie et manque d'impartialité du personnel d'un organisme lavallois.**
 1. Clarifier les processus disciplinaires dans le code de vie et dans l'entente de service de supervision des droits d'accès (SDA).
 2. Élaborer un code d'éthique spécifique au service de supervision des droits d'accès du Regroupement des familles monoparentales et recomposées de Laval (RFMRL).
 3. Rendre disponible le code d'éthique aux usagers du service de supervision des droits d'accès.

- **Obtention d'une place dans un CHSLD conventionné.**
 4. Rappeler au personnel que les familles ne peuvent s'adresser directement à un CHSLD conventionné afin de tenter d'y obtenir une place pour leur parent, puisque l'ensemble des places sont utilisées et gérées par le CISSS territorial. De telles références ne peuvent qu'occasionner des démarches inutiles et créer de faux espoirs et/ou de la frustration chez les familles.

- **Refus d'accepter, en temps de pandémie où le papier est proscrit et la télémédecine favorisée, les requêtes de prélèvement dûment complétées de façon électronique par un professionnel de la santé.**
 5. En collaboration avec la Direction des ressources informationnelles LLL, dans le contexte actuel de pandémie, mettre rapidement en place un processus visant à accepter, voire même à favoriser les requêtes complétées par voie électronique.

- **Facturation des frais de chambre et choix de chambre.**
 6. Rappel à l'ensemble du personnel de toujours référer les usagers lorsque des changements dans le choix de chambre doivent être effectués, et ce, au service concerné.
 7. Rappeler au personnel de toujours référer au service de comptabilité ou à l'admission (selon l'heure de la demande).

- **Protocole des mesures de contrôle en unité de réadaptation non conforme aux meilleures pratiques et écart dans la tenue de dossiers.**
 8. Révision du protocole des mesures de contrôle en centre jeunesse.
 9. Formation aux éducateurs sur la rédaction des suivis d'activités.

- **Dégradation de l'état d'une usagère dû à l'absence du suivi prescrit par un médecin du Programme régional ambulatoire de gériatrie (PRAG) dans le délai indiqué.**

Que les directions concernées mettent en place les moyens nécessaires de façon à :

 10. Assurer le suivi de ses usagers.
 11. Éviter les délais de prise en charge médicale notamment lorsque des cliniques sont annulées.

- **Difficulté dans l'obtention d'un rendez-vous au centre de prélèvement.**
 12. Actualiser la plateforme informatique permettant au personnel des cliniques médicales de Laval de prendre des rendez-vous urgents pour les usagers dans les centres de prélèvement.
 13. Identifier une solution complémentaire qui permettra aux usagers résidents à Laval ayant des suivis médicaux à l'extérieur de Laval d'avoir accès à des plages de rendez-vous dans les trois jours ouvrables.

- **Manque d'entretien dans la chambre d'une usagère et manque de vigilance lors de l'administration de la médication d'une résidente d'une ressource intermédiaire (Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées).**
 14. Qu'un plan d'action soit mis en place auprès de la ressource intermédiaire visant à ce que les bonnes pratiques d'administration des médicaments soient actualisées par le personnel et que les chambres sont entretenues adéquatement.
 15. Que la Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées s'assure de l'actualisation de ce plan.
 16. Que la Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées s'assure de l'actualisation de mécanismes de vigie pour assurer le maintien de la qualité de l'administration des médicaments.

- **Force excessive utilisée par les agents d'intervention de l'unité de psychiatrie.**
 17. De procéder à l'analyse de l'environnement physique et architectural des lieux d'intervention fréquents des agents d'intervention afin d'identifier les endroits à risque de blessure pour les usagers et d'en faire rapport.
 18. D'apporter les modifications nécessaires dans les meilleurs délais.

- **Usagère ayant obtenu son congé sans être informée de son résultat positif d'une infection à la salmonelle.**
 19. Réviser le processus de divulgation des résultats des tests pour les usagers ayant reçu leur congé de l'urgence, en collaboration avec la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique.
 20. Mettre en place les mesures d'amélioration identifiées.
 21. Évaluer la pertinence selon lequel le résultat de l'infection à la salmonelle soit ajouté comme une valeur critique.

- **Manque d'accessibilité d'une usagère hospitalisée à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé en zone chaude aux appels audiovidéos avec ses proches avant son décès et;
Non-respect de la procédure de gestion des effets personnels des usagers engendrant la perte des objets personnels d'une usagère à la suite de son décès.
Communications difficiles et confuses entre la répondante de l'usagère décédée et le personnel de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé, au sujet de la perte des objets personnels de la défunte.**
 22. Évaluer la pertinence d'avoir un minimum de deux *iPad* disponibles sur chaque unité pour les usagers.
 23. Évaluer la pertinence que la vulnérabilité de l'utilisateur soit prise en considération dans la planification et la priorisation des rendez-vous audiovidéo.
 24. Réviser la procédure sur la gestion des effets personnels des usagers.
 25. Réviser les formulaires de réclamation.
 26. Réviser le processus pour la mise en consigne à la sécurité.
 27. Réviser le formulaire de décompte des effets personnels.
 28. Analyser la possibilité de changer les sacs actuellement utilisés et, au besoin, procéder à l'achat et au changement.
 29. Analyser la pertinence que la procédure soit aussi actualisée en CHSLD, en collaboration avec la Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées.
 30. Analyser la possibilité qu'une personne de référence soit identifiée au sein du CISSS de Laval à titre de répondante lorsqu'un usager se questionne sur l'état d'avancement de son dossier de perte et/ou de réclamation.



**Partie
2**

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

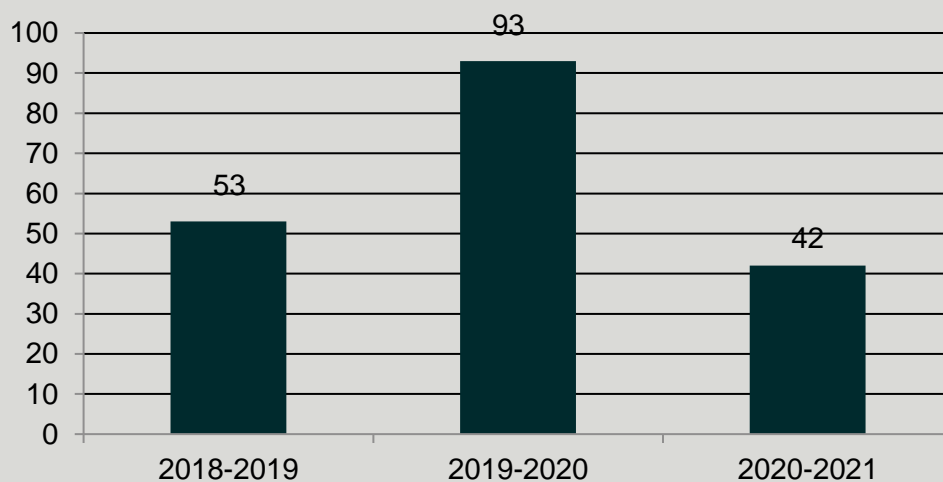
**Rapport annuel 2020-2021 des activités
des médecins examinateurs**



Faits saillants

- Augmentation du nombre de médecins examinateurs
- **11 plaintes** toujours en traitement en début d'année
- **48 nouvelles** plaintes de nature médicale (**↓ de 48 %**) et toutes furent transmises pour étude à un médecin examinateur
 - **42 plaintes** médicales reçues pour cette année
 - **6 plaintes** médicales de l'année précédente
- **61 motifs** de plainte traités (dossiers conclus)
- **72 %** des plaintes examinées et conclues dans le délai légal de 45 jours
- **7 recommandations** transmises

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



Traitement des plaintes médicales	2018-2019	2019-2020	2020-2021	%
Plaintes toujours en traitement en début d'année	19	3	11	↑ 296 %
Plaintes reçues durant l'année	53	93	42	↓ 55 %
Sous-total	72	96	53	↓ 45 %
Plaintes traitées durant l'année	69	85	46	↓ 46 %
Plaintes toujours en traitement à la fin de l'année	3	11	7	↓ 36 %

1.1 Sommaire du traitement des plaintes conclues durant l'année

Le Bureau a conclu 46 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 27 dossiers ont donc fait l'objet d'un examen par un médecin examinateur.

Sommaire des niveaux de traitement	Nombre	%
Désistement	10	22 %
Rejetées sur examen sommaire/refusées/problème réglé avant la fin de l'examen/hors compétence/autre	9	20 %
Plaintes examinées	27	58 %

Par ailleurs, un seul dossier a été transmis au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens pour études disciplinaires et qui est toujours en traitement.

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 46 plaintes traitées, certaines contiennent plus d'un motif. Dans les faits, 61 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 72 % des motifs de plaintes soumis.

Motifs	Nombre	%
Soins et services dispensés	44	72 %
Relations interpersonnelles	13	21 %
Droits particuliers	2	3 %
Organisation du milieu et ressources matérielles	1	2 %
Accessibilité	1	2 %
Total	61	100 %

2. Enquêtes par champs de pratique

Les motifs de plaintes traités durant l'année concernent 17 champs de pratique.

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

Secteur visé	Nombre	%
Anesthésie-réanimation	1	2 %
Cardiologie	4	7 %
Chirurgie générale	2	3 %
Chirurgie plastique	1	2 %
Gastro-entérologie	2	3 %
Gynécologie	2	3 %
Néphrologie	2	3 %
Obstétrique	2	3 %
Omnipratique/médecine générale	17	28 %
Oncologie	1	2 %
Orthopédie	2	3 %
Oto-rhino-laryngologie	3	5 %
Psychiatrie	6	10 %
Radiologie diagnostique	2	3 %
Soins palliatifs	3	5 %
Urgence	10	16 %
Urologie	1	2 %
Total	61	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 46 plaintes examinées et conclues au cours de l'année 2020-2021, **56 %** l'ont été dans le délai de 45 jours imparti par la loi.

Délai de traitement des dossiers traités 2020-2021	Nombre de dossiers	%
0 à 45 jours	26	56 %
46 à 90 jours	9	20 %
91 jours et plus	11	24 %

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 46 dossiers se détaille comme suit :

Délai d'examen des dossiers traités 2020-2021	Nombre de dossiers	%
0 à 45 jours	33	72 %
46 à 90 jours	7	15 %
91 jours et plus	6	13 %

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.

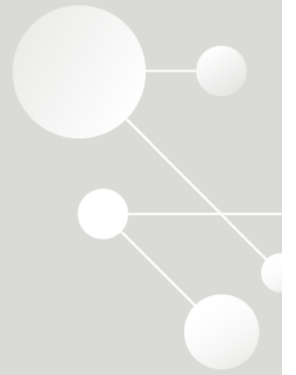
Ainsi, **7 recommandations** d'ordre individuel ou systémique ont été formulées au cours de l'année. Le comité de vigilance et de la qualité est responsable d'assurer le suivi de ces recommandations.

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

Perspectives 2021-2022

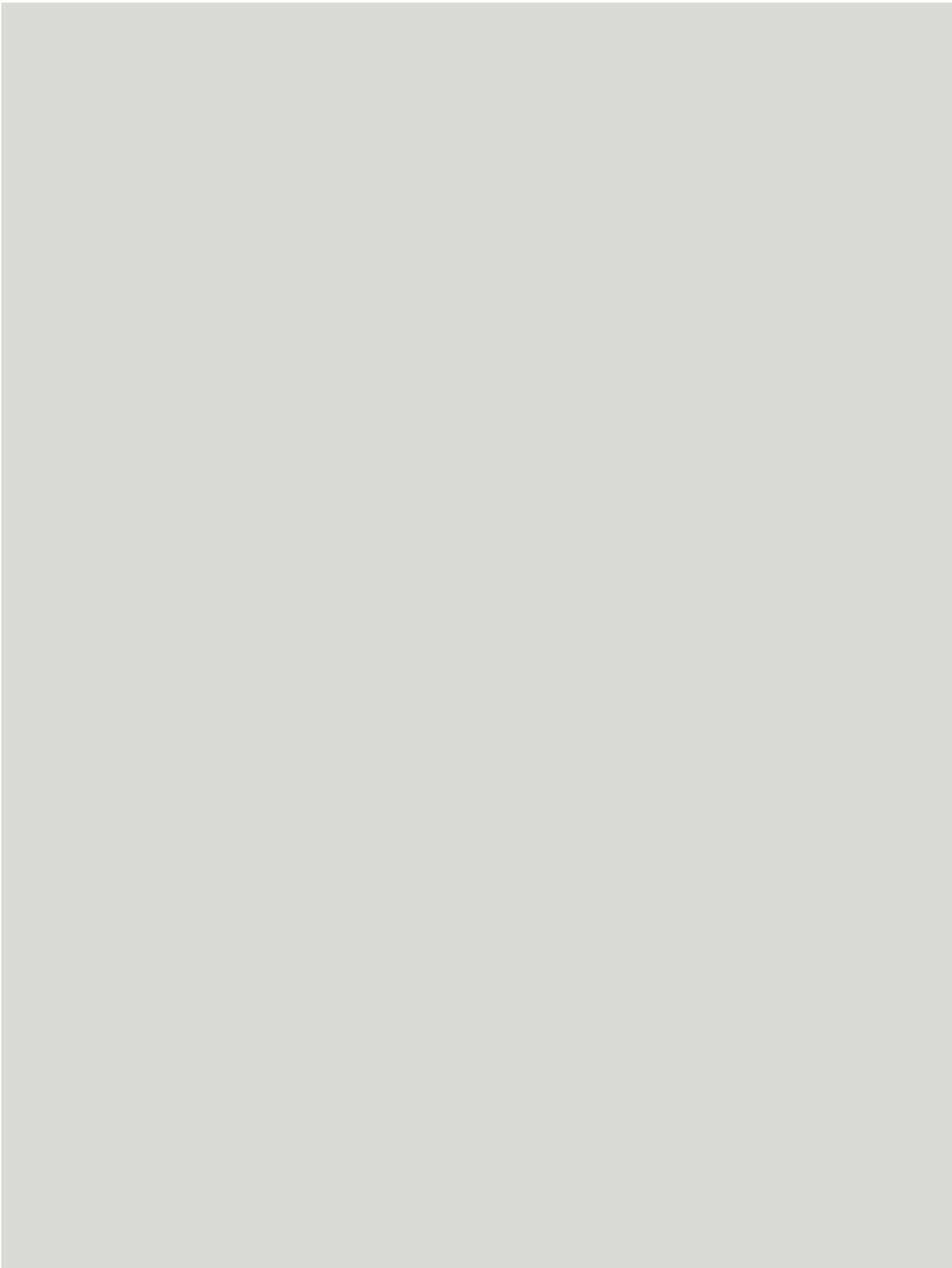
- Devant l'augmentation du nombre de plaintes et de leur complexité, nous avons recruté en 2019 davantage de médecins examinateurs possédant des expertises variées : intensiviste/ancien gestionnaire et psychiatre. L'équipe compte désormais sept membres, dont le coordonnateur, et un consultant externe 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 2021, 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 usagers). 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 2021-2022 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

- **Procédure lorsqu'un médecin ne répond pas à ses appels durant sa garde.**
 1. Faire un rappel auprès des membres du personnel infirmier au sujet la procédure à suivre lorsqu'un médecin ne répond pas à ses appels, notamment lorsque la situation est urgente.
- **À la suite d'un conflit concernant la procédure d'annulation d'une de ses cliniques externes, le médecin visé a eu un comportement perçu comme intimidant et colérique envers une secrétaire de la clinique externe de chirurgie.**
 2. Étant donné que le médecin visé a offert ses excuses et a entrepris des démarches concrètes pour changer son comportement, nous recommandons que la surveillance de ces engagements soit suivie par le chef de service de la chirurgie générale.
- **Effets secondaires néfastes de médication et consentement aux soins ignorés.**
 3. Présentation par le médecin visé lors de réunions scientifiques en vue de rappeler à ses collègues la possibilité de la pneumopathie à l'amiodarone.
 4. Que le médecin visé par cette plainte s'assure de l'autonomie de l'usager et de son consentement aux soins, particulièrement lorsque la médication proposée comporte des effets secondaires qui peuvent être graves.
- **Mauvaise inspection d'une usagère lors d'une visite à l'urgence en lien avec des lacérations profondes.**
 5. Sensibilisation sur l'importance d'une bonne inspection des plaies ainsi que de faire un questionnaire précis concernant les mécanismes d'une lacération.
- **« Les impacts du harcèlement sont dévastateurs pour les travailleurs, les victimes comme leurs collègues, ainsi que leur entourage. Les organisations s'exposent également à d'importantes répercussions sur leur environnement de travail, leur santé financière et leur réputation ».**
 6. La recommandation du médecin examinateur s'adresse à l'ensemble des médecins du CMDP de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé. Ce rappel de tolérance zéro à l'égard du harcèlement pourrait faire l'objet d'un item à l'ordre du jour d'une assemblée générale du CMDP, selon un horaire et une forme convenable à cette assemblée.
 7. Qu'un mécanisme anonyme puisse permettre au personnel d'alerter les autorités lorsqu'il est témoin de harcèlement.





Partie 3

Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

Comité de révision des plaintes Rapport annuel 2020-2021

Présenté par :
Yves Carignan
Président 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 cinquième année complète d'opération, soit du 1^{er} avril 2020 au 31 mars 2021. 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 fonction, sauf lorsqu'une plainte est acheminée pour étude à des fins disciplinaires, 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 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 2020-2021

Nom	Fonction	Statut
Mme Lynn Grégoire	Membre du CA (nomination le 28 janvier 2020 et démission le 13 juillet 2020)	Présidente sortante
M. Yves Carignan	Membre du CA (président)	Président actuel (nomination le 13 juillet 2020)
Dr Danny Duplan	Représentant du CMDP	Membre désigné (démission adoptée par le CA le 13 juillet 2020)
Dr Jean Rivest	Représentant du CMDP	Membre désigné
Dre Esther Simoneau	Représentante du CMDP	Membre désigné (était membre substitut, nomination à titre de membre désigné le 24 septembre 2020)
Dr Sébastien Mubayed	Représentant du CMDP	Membre substitut (nomination le 24 septembre 2020)

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 une rencontre régulière dans l'année 2020-2021.

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

Date de la réunion	Nombre de demandes de révision traitées	Type de réunions	Membres présents	Absent	Taux de présence	Poste vacant
26 août 2020	1	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 de la réunion	Nombre de demandes de révision traitées	Motifs	Conclusions
26 août 2020	1	Qualité des soins et manque de professionnalisme	Confirmation des conclusions du médecin examinateur et recommandation au CMDP

Pour l'année 2020-2021, deux demandes de révision ont été traitées liées à la qualité des soins et le manque de professionnalisme et une demande de révision a été abandonnée par la plaignante.

Les travaux du comité ont mené aux conclusions suivantes :

- 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 « mettre en place un mécanisme pour s'assurer que chaque département, utilisant le bloc opératoire, respecte l'échéancier comme prescrit dans les règlements du CMDP, pour dicter le protocole opératoire complet et que celui-ci se retrouve au dossier de l'usager dans le même laps de temps. De plus, un rappel sur la tenue de dossier doit être fait auprès de tous ses membres ».
- Une demande de suivi de la recommandation auprès du CMDP a été faite et une réponse de leur part a été adressée au président du comité le 10 novembre 2020. Dans cette lettre, le CMDP confirmait que le règlement concernant l'échéancier de la dictée opératoire a fait l'objet d'un rappel auprès du chef du département de chirurgie. De plus, les procédures de contrôle et d'avis de retard, élaborées en collaboration avec le service des archives, sont actuellement révisées afin d'éviter la répétition d'une telle situation.

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, comme stipulé à l'article 52 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS), 60 jours pour traiter la demande de révision et transmettre sa décision, compte tenu des mesures prises en regard de la COVID-19 et le respect de la distanciation sociale.

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

Délais pour le traitement des dossiers

Date de la réunion	Demande traitée	Date de la réception de la demande de révision	Date de l'avis de décision du comité	Délais pour le traitement du dossier
26 août 2020	1 ^{re} demande	27 avril 2020	11 septembre 2020	136 jours

Le retard occasionné s'explique par le report de la convocation à une réunion du comité de révision des plaintes, à la suite des mesures prises par le directeur national de la santé publique du Gouvernement du Québec en regard de la COVID-19, de respecter la distanciation sociale.

4. Conclusion

À titre de président du comité, je tiens à souligner le caractère bien particulier de cette année, en raison de la crise sanitaire. Cela nous a demandé de nous ajuster avec résilience. Ainsi, au terme d'un examen diligent du dossier et dans une perspective d'amélioration de la qualité des services et de l'acte médical, je tiens à souligner l'excellent travail du médecin examinateur et des membres du comité dans des circonstances instables.

L'analyse a été réalisée avec professionnalisme et éthique. Les membres du comité ont constaté que la demande de révision était principalement associée à des difficultés à respecter le délai pour dicter le protocole opératoire. Nous tenons à remercier le CMDP pour sa collaboration et son suivi auprès de tous les utilisateurs du bloc opératoire.

Je remercie les membres du comité pour leur engagement et leur professionnalisme en particulier leur analyse objective de la plainte qui leur a été présentée. 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.

En terminant, 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 