

# Rapport annuel 2015-2016

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

Centre intégré universitaire  
de santé et de services sociaux  
de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec



*Le Rapport annuel 2015-2016 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services* est une publication du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-centre-du-Québec, 858, Terrasse Turcotte, Trois-Rivières (Québec) G9A 5C5

La version électronique de ce document peut être consultée sur le site Web de l'établissement : <http://www.ciusssmcq.qc.ca>.

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

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016

Tous droits réservés. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec.

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

Adopté par le conseil d'administration le 14 juin 2016.

Rédaction par Doris Johnston, commissaire aux plaintes et à la qualité des services et mise en page par Christine Blanchet et Lisette Michelin, agentes administratives.

# TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	7
MOT DE LA COMMISSAIRE .....	9
LES FAITS SAILLANTS AU COURS DE L'EXERCICE 2015-2016 .....	11
INTRODUCTION .....	13
LA PRÉSENTATION DU RAPPORT .....	13
LE PORTRAIT RÉGIONAL DU CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE-ET-DU-CENTRE-DU-QUÉBEC.....	15
CHAPITRE 1.....	17
LE RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES .....	17
1. COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES (CPQS).....	17
1.1. LES RÔLES ET RESPONSABILITÉ .....	17
1.2. LA MISSION ET LES VALEURS .....	17
1.3. LE MANDAT .....	18
CHAPITRE 2.....	19
2. LES ACTIVITÉS PONCTUELLES RÉALISÉES PAR LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES ET SES ADJOINTES .....	19
2.1. LES PARTICIPATIONS STATUTAIRES DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES.....	19
➤ <i>Engagement au niveau provincial</i> .....	19
➤ <i>Comité de vigilance et de la qualité des services (CVQS)</i> .....	19
➤ <i>Séances du conseil d'administration du CIUSSS MCQ</i> .....	20
2.2. BILAN DES DOSSIERS DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES.....	20
2.3. COMPARATIF DES DOSSIERS DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES .....	21
2.4. COMPARATIF DES PRINCIPAUX MOTIFS DE PLAINTES (TABLEAU PAR CATÉGORIES D'OBJETS) .....	21
2.5. AUTEURS DES PLAINTES ET DES DEMANDES D'INTERVENTION ADRESSÉES À LA COMMISSAIRE .....	22
2.6. ÉTAT DES DOSSIERS DE PLAINTES DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU SELON LES DÉLAIS D'EXAMEN.....	22
2.7. RÉPARTITION DES MOTIFS DE PLAINTES ET D'INTERVENTIONS POUR LE CIUSSS MCQ .....	23
2.8. LES MESURES D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES ET DU RESPECT DES DROITS DES USAGERS .....	23
2.9. RECOMMANDATIONS DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES ET TRANSMISES AU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU CIUSSS MCQ.....	24
CHAPITRE 3.....	37
3. PROTECTEUR DU CITOYEN.....	37

<b>CHAPITRE 4.....</b>	<b>39</b>
<b>4. MÉDECIN EXAMINATEUR .....</b>	<b>39</b>
<b>4.1. MISE EN CONTEXTE .....</b>	<b>39</b>
<b>4.2. MANDAT DU MÉDECIN EXAMINATEUR .....</b>	<b>39</b>
<b>4.3. BILAN DES DOSSIERS DE PLAINTE CONCLUS PAR LES MÉDECINS EXAMINATEURS .....</b>	<b>39</b>
<b>4.4. ÉTAT DES DOSSIERS DE PLAINTE MÉDICALE DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU SELON LES DÉLAIS D'EXAMEN .....</b>	<b>40</b>
<b>4.5. RÉPARTITION DES MOTIFS DE PLAINTES MÉDICALES.....</b>	<b>40</b>
<b>4.6. LES MESURES D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES ET DU RESPECT DES DROITS DES USAGERS (PLAINTES MÉDICALES) .....</b>	<b>41</b>
<b>4.7. RECOMMANDATIONS ÉMISES PAR LES MÉDECINS EXAMINATEURS.....</b>	<b>41</b>
<b>CHAPITRE 5.....</b>	<b>45</b>
<b>5. COMITÉ DE RÉVISION .....</b>	<b>45</b>
<b>5.1. MISE EN CONTEXTE .....</b>	<b>45</b>
<b>5.2. MANDAT DU COMITÉ DE RÉVISION .....</b>	<b>45</b>
<b>5.3. BILAN DES ACTIVITÉS DU COMITÉ DE RÉVISION .....</b>	<b>45</b>
<b>5.4. RAPPORT DU COMITÉ DE RÉVISION.....</b>	<b>46</b>
<b>5.5. RECOMMANDATIONS ÉMISES PAR LE COMITÉ DE RÉVISION .....</b>	<b>46</b>
<b>6. CONCLUSION ET ORIENTATIONS .....</b>	<b>47</b>



## LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1	DOSSIERS DE PLAINTE ET D'INTERVENTION TRAITÉE PAR LA COMMISSAIRE EN 2015-16 .....	11
TABLEAU 2	RAPPORT D'ACTIVITÉS AVEC SON MANDAT .....	11
TABLEAU 3	RECOMMANDATIONS AU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU CIUSSS MCQ .....	12
TABLEAU 4	RAPPORT SOMMAIRE DES PLAINTES ET INTERVENTIONS .....	20
TABLEAU 5	COMPARATIF DES DOSSIERS 2014-2015 ET 2015-2016 .....	21
TABLEAU 6	COMPARATIF DES PRINCIPAUX MOTIFS DE PLAINTES 2014-15 ET 2015-16 .....	21
TABLEAU 7	AUTEURS DES PLAINTES ET DES DEMANDES D'INTERVENTION .....	22
TABLEAU 8	DÉLAI DE TRAITEMENT DES DOSSIERS DE PLAINTE .....	22
TABLEAU 9	REPARTITION DES MOTIFS DE PLAINTES ET D'INTERVENTIONS .....	23
TABLEAU 10	BILAN DES MESURES ÉMISES ET RÉALISÉES, PAR MISSIONS .....	23
TABLEAU 11	RECOMMANDATIONS ÉMISES PAR MISSION .....	24
TABLEAU 12	RAPPORT SOMMAIRE DES PLAINTES TRANSMISES AU 2E PALIER PROTECTEUR DU CITOYEN .....	37
TABLEAU 13	COMPARATIF DES DOSSIERS DE PLAINTES CONCLUES PAR LES MÉDECINS EXAMINATEUR .....	40
TABLEAU 14	COMPARATIF DES PLAINTES MÉDICALES REJETÉES.....	40
TABLEAU 15	COMPARATIF DU DÉLAI DE TRAITEMENT DES DOSSIERS DE PLAINTE MÉDICALE .....	40
TABLEAU 16	RÉPARTITION DES MOTIFS DE PLAINTES MÉDICALES PAR CATÉGORIES D'OBJETS.....	40
TABLEAU 17	BILAN DES MESURES ÉMISES ET RÉALISÉES, PAR MISSIONS (PLAINTES MÉDICALES).....	41
TABLEAU 18	RECOMMANDATIONS ÉMISES PAR LES MÉDECINS EXAMINATEUR.....	41
TABLEAU 19	BILAN DES ACTIVITÉS DU COMITÉ DE RÉVISION .....	45
TABLEAU 20	RAPPORT SOMMAIRE DES PLAINTES TRANSMISES AU 2E PALIER COMITÉ DE RÉVISION .....	46
TABLEAU 21	RECOMMANDATIONS ÉMISES PAR LE COMITÉ DE RÉVISION .....	46





## MOT DE LA COMMISSAIRE

Il me fait plaisir de vous présenter le *Rapport annuel 2015-2016 sur l'application du régime d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services*, lequel fait état des activités réalisées au cours de la dernière année au commissariat des plaintes, par la commissaire, les adjointes aux plaintes, les professionnelles, les médecins examinateurs, ainsi que le comité de révision.

Cette année, année de grand défi, par la création du CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec a été un moment charnière pour l'ensemble des gestionnaires du nouvel établissement. Ces grands bâtisseurs se sont engagés à répondre au souhait de la population d'obtenir un système de santé performant et d'offrir des soins et services de santé de qualité et au moment requis par l'usager. L'ensemble de la nouvelle équipe de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services ainsi que les nouveaux médecins examinateurs ont concentré leurs efforts à offrir aux usagers un traitement diligent des plaintes et des insatisfactions leur ayant été adressées par les usagers.

Les situations portées à notre attention durant l'année 2015-2016 ont permis d'analyser 1 291 dossiers de plainte, d'intervention et de plainte médicale concernant les services de santé et services sociaux dans la région.

C'est ainsi que la population et les usagers des services de santé et services sociaux, interlocuteurs incontournables et indispensables, ont contribué à l'amélioration de la qualité des soins et des services en favorisant la mise en place de 682 mesures tangibles (recommandations réalisées) et 340 mesures en cours de réalisation pour prévenir la récurrence de situations similaires dans l'avenir.

Je tiens à remercier tous les intervenants de l'équipe de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services pour leur grande écoute, leur empathie et leur compassion envers les plaignants. Également les efforts et volonté déployés afin de répondre à la satisfaction des usagers, et leur souci à assurer l'amélioration des soins et services.

À l'ensemble des gestionnaires, je souhaite souligner leur détermination à collaborer à améliorer les situations vécues par les usagers. Aussi, leur efficacité à rapidement se mettre en mouvement pour changer et harmoniser les différents éléments nécessaires afin d'améliorer les soins et services pour la satisfaction de l'ensemble des usagers.

Enfin, j'en profite pour saluer le soutien du comité de vigilance à s'assurer de la réalisation des recommandations émises par les commissaires et le maintien de ces changements par l'instauration des preuves de réalisation de la recommandation, des audits de perpétuation ainsi que les visites de validation de la satisfaction des soins et services aux usagers par les cas traceurs.

Je vous invite à prendre connaissance du rapport annuel 2015-2016 sur l'application du régime d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services et vous souhaite une excellente lecture.

Doris Johnston .

Doris Johnston,  
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services  
Centre intégré universitaire de santé et services sociaux  
de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec





## LES FAITS SAILLANTS AU COURS DE L'EXERCICE 2015-2016

La commissaire aux plaintes et à la qualité des services et ses adjointes ont traité 921 dossiers de plainte et d'intervention, ce qui représente une diminution de 28 % comparativement à l'an dernier

**Tableau 1 Dossiers de plainte et d'intervention traitée par la commissaire en 2015-16**

648	Plaintes ont été traitées en première instance (↓ de 31 %)
6 940 1022 516 35	<ul style="list-style-type: none"> <li>- autres dossiers (rejetés sur examen sommaire ou abandonnés par l'utilisateur)</li> <li>- motifs de plaintes</li> <li>- mesures correctives</li> <li>- des dossiers traités en moins de 45 jours</li> <li>- dossiers transmis au 2e palier au Protecteur du citoyen</li> </ul>
273	Interventions ont été effectuées par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services et ses adjointes (↓ de 13 %)
675	Demandes d'assistance, soit en aidant à la formulation d'une plainte ou donnant de l'information relativement à la dispensation d'un soin ou un service. (↓ de 20 %)

**Tableau 2 Rapport d'activités avec son mandat**

Dimensions	Faits saillants (résumé)
Activités de promotion	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Code d'éthique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participation au comité de travail sur la révision et harmonisation du code d'éthique.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Droits et obligations des usagers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Présentation des droits des usagers aux journées d'accueil des nouveaux employés (es);</li> <li>- Rencontre du président de la SOC;</li> <li>- Rencontres des usagers en hébergement en dépendance;</li> <li>- Rencontre des directrices des différentes maisons en hébergement pour femmes victimes de violence conjugale;</li> <li>- Rencontre de trois groupes d'étudiants en technique de travail social au Cegep de Trois-Rivières.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédure du régime d'examen des plaintes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rencontre avec chacun des directeurs;</li> <li>- Visite des différents comités des usagers et comités des résidents;</li> <li>- Présentation : mini colloque du comité des résidents;</li> <li>- Kiosque l'AFÉAS (conférence concernant l'aide médicale à mourir);</li> <li>- Révision de la page WEB : les coordonnées de la commissaire, le formulaire internet.</li> <li>- Participation à l'AGA du CAAP.</li> </ul>
Satisfaction des usagers	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Collaboration à la révision du formulaire d'insatisfaction /satisfaction;</li> <li>- 35 dossiers transmis au Protecteur du citoyen;</li> <li>- 11 dossiers traités dont 6 ont bénéficié de recommandations.</li> </ul>
Avis professionnel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 7 dossiers ont été acheminés à la Direction des ressources humaines pour enquête.</li> </ul>

Autres (préciser)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Révision du règlement sur la procédure d'examen des plaintes;</li> <li>- Révision du règlement sur les règles de fonctionnement du comité de révision;</li> <li>- Mise en place d'un sondage de satisfaction sur les services de la commissaire;</li> <li>- Mise en place d'un sondage de satisfaction des services des médecins examinateurs;</li> <li>- Entrevue « Projet de recherche patient/partenaire » avec l'Université de Montréal;</li> <li>- Formation Soins fin de vie;</li> <li>- Formation sur le leadership;</li> <li>- Formation sur le règlement sur la certification des RPA;</li> <li>- Participation au Forum des directeurs.</li> </ul>
-------------------	---

**Tableau 3 Recommandations au conseil d'administration du CIUSSS MCQ**

Dimension	Recommandations
Droits particuliers Confidentialité	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En respect de la confidentialité des dossiers de plainte : Rappeler qu'aucune note au dossier ne doit indiquer qu'une plainte a été portée à la commissaire aux plaintes et à la qualité des services afin de préserver le plaignant de tout préjudice.</li> </ul>
Soins et services / Continuité	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Campagne de sensibilisation sur l'importance (obligation professionnelle) de la lisibilité des notes inscrites et signature au dossier de l'utilisateur.</li> </ul>

# INTRODUCTION

## LA PRESENTATION DU RAPPORT

Le rapport annuel 2015-2016 sur l'application du régime d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services se veut une reddition de comptes conformément aux dispositions applicables de la Loi sur les services de santé et services sociaux.

Ainsi, il présente le bilan des plaintes formulées auprès de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services, de ses interventions et des autres activités réalisées par la commissaire dans le cadre de ses fonctions.

Au-delà de cet impératif de reddition de comptes, le rapport annuel sur l'application du régime d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services est également un mécanisme additionnel de promotion des droits et des obligations des usagers et de tous les intervenants du réseau de la santé.



## **LE PORTRAIT REGIONAL DU CENTRE INTEGRE UNIVERSITAIRE DE SANTE ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE-ET-DU-CENTRE-DU-QUEBEC**

Le CIUSSS MCQ, créé au 1<sup>er</sup> avril 2015, est issu de la fusion des 12 établissements publics de santé et de services sociaux de cette région sociosanitaire et de l'Agence. Il a la responsabilité d'assurer une intégration des soins et services offerts à la population de son réseau territorial. Il veille à l'organisation des services et à leur complémentarité dans le cadre de ses différentes missions (CH, CLSC, CHSLD, centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, centres de réadaptation, santé publique), et ce, en fonction des besoins de sa population et de ses réalités territoriales.

Desservant plus de 501,000 personnes, il compte 130 installations réparties sur tout le territoire de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

On compte également dans la région 211 résidences privées pour aînés, dont 208 ont obtenu un certificat de conformité, ce qui représente 99 % des unités locatives certifiées. Sur les 211, trois nouvelles résidences sont en attestation temporaire.

De plus, nous retrouvons 222 ressources reconnues à titre d'organismes communautaires œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux. L'établissement a accordé un soutien financier dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) à 220 organismes pour leur mission globale et 25 organismes ont reçu du financement uniquement pour des ententes d'activités spécifiques. Au total, 245 organismes ont été soutenus financièrement par ce programme.

Treize compagnies ambulancières couvrent la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Elles ont effectué un total de 48 472 transports au cours de la dernière année. Le Centre de communication santé Mauricie et Centre-du-Québec assure le traitement des appels d'urgence et coordonne la répartition des transports ambulanciers dans la région.

Enfin, nous retrouvons 11 ressources d'hébergement en toxicomanie et jeu pathologique certifiées dans la région.

Chacune de ces instances est desservie par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services, ses adjointes et deux médecins examinateurs.





# CHAPITRE 1

## LE RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES

### 1. COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES (CPQS)

#### 1.1. LES RÔLES ET RESPONSABILITÉ

Nommé par le conseil d'administration, la commissaire aux plaintes et à la qualité des services (CPQS) est responsable envers ce dernier du respect des droits des personnes qui s'adressent à elle dans le cadre de ses fonctions et du traitement diligent de leurs plaintes. Quoi qu'il en soit, elle exerce, notamment, les fonctions suivantes :

- Appliquer la procédure d'examen des plaintes en recommandant, au besoin, toutes mesures susceptibles d'en améliorer le traitement.
- Assurer la promotion de l'indépendance de son rôle, ainsi que la promotion du régime d'examen des plaintes.
- Assurer l'assistance nécessaire à une personne dans la formulation de sa plainte, tout en l'informant qu'elle peut être accompagnée par le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes de la Mauricie et Centre-du-Québec (CAAP), organisme communautaire de la région auquel est dévolu le mandat d'accompagnement au sens de la Loi.
- Examiner avec diligence une plainte, dès sa réception.
- Saisir toute instance visée, lorsqu'en cours d'examen une pratique ou une conduite d'un membre soulève des questions d'ordre disciplinaire et formuler toute recommandation à cet effet dans ses conclusions.
- Dans un délai de 45 jours, informer le plaignant des conclusions motivées auxquelles elle est arrivée, accompagnées, le cas échéant, des recommandations transmises aux instances concernées et indiquer les modalités de recours auprès du Protecteur du citoyen.
- Intervenir de sa propre initiative lorsque les faits sont portés à sa connaissance et qu'elle a des motifs raisonnables de croire que les droits d'une personne ne sont pas respectés.
- Donner son avis sur toute question relevant de sa compétence que lui soumettent les instances citées par la Loi.
- Dresser au moins une fois par année un bilan de ses activités.

#### 1.2. LA MISSION ET LES VALEURS

Ayant pour mission de s'assurer du respect et de l'application du régime d'examen des plaintes, la commissaire aux plaintes et à la qualité des services s'assure également de promouvoir la qualité des services et le respect des droits des usagers. Inspirée par les valeurs organisationnelles énoncées au sein du code d'éthique de l'établissement, ses actions et ses réflexions reposent sur des valeurs dont les principales se déclinent ainsi : le respect, l'imputabilité, la transparence, la solidarité, l'équité, l'excellence,

la qualité et l'innovation. Ces valeurs se traduisent dans l'exécution de son rôle et de ses responsabilités, tant auprès des usagers, des partenaires que de l'ensemble de la population.

### **1.3. LE MANDAT**

En vertu du régime d'examen des plaintes, la commissaire traite les plaintes et insatisfactions formulées auprès de l'ensemble des instances offrant des soins et services de santé et services sociaux de la région incluant les instances suivantes :

- L'ensemble des services des résidences privées pour aînés (RPA) ;
- Les services préhospitaliers d'urgence et le Centre de communication (SPU) ;
- Les organismes communautaires (OC) ;
- Les ressources d'hébergement en toxicomanie et jeu pathologique (RHTJP).

## CHAPITRE 2

### 2. LES ACTIVITÉS PONCTUELLES RÉALISÉES PAR LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES ET SES ADJOINTES

Au cours de la dernière année, outre des rencontres avec les différents auteurs des plaintes et les différents collaborateurs en cause, la commissaire a également établi des liens avec les différents intervenants et les partenaires de la région. Ceci, afin d'instaurer un climat de confiance tant auprès des usagers, que des différents intervenants en agissant souvent à titre de médiatrice et favorisant ainsi la recherche de solutions à la satisfaction de tous.

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

- Rencontre avec différents partenaires de la région, notamment les dirigeants du CAAP, des responsables d'organismes communautaires, des responsables des maisons d'hébergement de femmes victimes de violence, des directeurs des ressources d'hébergement en toxicomanie et jeu pathologique, des propriétaires de résidences privées pour aînés;
- Rencontre des différents comités des résidents et des usagers de la région ;
- Participation au comité de conformité de l'établissement assurant la certification des résidences privées pour aînés ;
- Comité des usagers du Centre intégré (CUCI) :
  - conférencière invitée au mini-colloque du comité;
  - dans le cadre de ses fonctions, la commissaire a également participé à des rencontres permettant aux répondants des comités des usagers d'échanger sur certaines problématiques vécues dans les établissements, notamment en regard aux budgets octroyés pour leur fonctionnement.
- Participation à l'élaboration du code d'éthique de l'établissement.

#### 2.1. LES PARTICIPATIONS STATUTAIRES DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

##### ➤ ENGAGEMENT AU NIVEAU PROVINCIAL

Afin de favoriser un partage des meilleures pratiques avec les commissaires de la province et éventuellement influencer les orientations et les pratiques dans le cadre du régime d'examen des plaintes, la commissaire est membre du regroupement des commissaires aux plaintes et à la qualité des services de la province.

##### ➤ COMITE DE VIGILANCE ET DE LA QUALITE DES SERVICES (CVQS)

À titre de membre du comité de vigilance et de la qualité, la commissaire assure le suivi des recommandations transmises au conseil d'administration dans le cadre de l'examen des plaintes et des interventions visant à améliorer la qualité des services.

➤ SEANCES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU CIUSSS MCQ

La commissaire assure sa présence à chaque conseil d'administration afin d'être en vigie des décisions de l'établissement qui pourraient avoir un impact sur les dossiers de plainte en traitement ou à venir. Elle utilise ce moment privilégié afin de se rendre disponible pour les membres du conseil d'administration.

## 2.2. BILAN DES DOSSIERS DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Dans le cadre de ses fonctions, la commissaire aux plaintes et à la qualité des services a ouvert 1 029 dossiers dans le logiciel SIGPAQS (système d'information de gestion des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services). La commissaire souligne qu'il persiste un doute sur la validité des données depuis la fusion des systèmes de la région.

Le Tableau 4 indique le nombre total de dossiers conclus par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services selon le type de dossier et les missions.

**Tableau 4 Rapport sommaire des plaintes et interventions**

Missions	Nombre de dossiers reçus durant l'exercice		Nombre de dossiers conclus durant l'exercice		Orientation pour étude disciplinaire non médicale	Assistances	Consultations
	Plaintes	Interventions	Plaintes	Interventions			
CH	403	170	351	144	s/o	329	s/o
CHSLD	46	53	46	45	s/o	54	s/o
CLSC	119	46	108	37	s/o	90	s/o
CPEJ	85	10	86	5	s/o	116	s/o
CR	18	7	18	5	s/o	15	s/o
<b>SOUS-TOTAL</b>	<b>671</b>	<b>286</b>	<b>609</b>	<b>236</b>	<b>7</b>	<b>604</b>	<b>31</b>
04- (SPU-OC-RHD-RPA) (Agence)	35	37	39	37	0	71	4
<b>CIUSSS MCQ</b>	<b>706</b>	<b>323</b>	<b>648</b>	<b>273</b>	<b>7</b>	<b>675</b>	<b>35</b>

### 2.3. COMPARATIF DES DOSSIERS DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Il appert que le nombre de dossiers de plainte déposés a diminué cette année, passant de 938 dossiers au cours de l'année précédente à 648 dossiers de plainte cette année. Quant aux dossiers d'intervention, ils sont en baisse de 13 % par rapport à l'an dernier.

**Tableau 5 Comparatif des dossiers 2014-2015 et 2015-2016**

	2014 - 2015	2015 - 2016
Nombre de plaintes conclues	938	648
Nombre d'interventions	315	273
Nombre d'assistances auprès des usagers	880	675
Nombre de plaintes qui ont fait l'objet d'un recours auprès du Protecteur du citoyen	39	35
Délai moyen pour le traitement des plaintes (jours)	25	37

Pour diverses raisons, le traitement d'un dossier de plainte ou d'intervention peut être interrompu, notamment si l'utilisateur souhaite abandonner ou cesser la démarche ou encore si la plainte est rejetée par la commissaire sur examen sommaire. Au cours de l'année 2015-2016, le pourcentage de dossier dont le traitement n'a pas été complété est de 10 %.

### 2.4. COMPARATIF DES PRINCIPAUX MOTIFS DE PLAINTES (TABLEAU PAR CATÉGORIES D'OBJETS)

**Tableau 6 Comparatif des principaux motifs de plaintes 2014-15 et 2015-16**

Catégories d'objets	2014 - 2015				2015 - 2016			
	Plaintes	Interventions	Total	%	Plaintes	Interventions	Total	%
Accessibilité	224	58	282	16 %	130	49	179	15 %
Aspect financier	99	16	115	6 %	76	20	96	8 %
Droits particuliers	129	35	164	9 %	85	32	117	9 %
Milieu et ressources	203	108	311	17 %	98	71	169	14 %
Relations interpersonnelles	296	68	364	20 %	243	43	286	23 %
Soins et services	451	101	552	31 %	306	69	375	30 %
Autres	10	3	13	1 %	2	2	4	1 %
<b>TOTAL</b>	<b>1 412</b>	<b>389</b>	<b>1 801</b>	<b>100 %</b>	<b>940</b>	<b>286</b>	<b>1 226</b>	<b>100 %</b>

## 2.5. AUTEURS DES PLAINTES ET DES DEMANDES D'INTERVENTION ADRESSÉES À LA COMMISSAIRE

Le Tableau 7 nous indique que dans 56 % des dossiers, c'est l'utilisateur qui a porté plainte lui-même. Dans les autres dossiers, l'utilisateur a été représenté par un proche ou par un tiers.

**Tableau 7 Auteurs des plaintes et des demandes d'intervention**

Auteur	Plaintes	Interventions	Total	%
Usager	416	104	520	56 %
Représentant	240	89	329	35 %
Tiers	2	87	89	9 %
<b>TOTAL</b>	<b>658</b>	<b>280</b>	<b>938</b>	<b>100 %</b>

Note : le nombre d'auteurs peut être plus élevé que le nombre de dossiers parce qu'il peut y avoir plus d'un auteur par dossier.

Soulignons que le CAAP a assisté et accompagné les usagers dans 114 démarches de plainte dans le cadre du régime d'examen des plaintes.

## 2.6. ÉTAT DES DOSSIERS DE PLAINTES DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU SELON LES DÉLAIS D'EXAMEN

Le délai prescrit par la loi pour l'examen des plaintes est de 45 jours. Il n'y a pas de délai prescrit concernant les dossiers d'intervention. Comme l'illustre le Tableau 8, 80 % des plaintes ont été conclues par l'équipe de la commissaire à l'intérieur du délai de 45 jours.

**Tableau 8 Délai de traitement des dossiers de plainte**

Délai d'examen	Nombre	%
Moins de 3 jours	52	8 %
De 4 à 15 jours	91	14 %
De 16 à 30 jours	144	22 %
De 31 à 45 jours	229	36 %
Sous-total	516	80 %
De 46 à 60 jours	59	9 %
De 61 à 90 jours	44	7 %
De 91 à 180 jours	22	3 %
181 jours et plus	7	1 %
Sous-total	132	20 %
<b>TOTAL</b>	<b>648</b>	<b>100 %</b>

Des efforts ont été consentis afin d'améliorer les délais dans la transmission des conclusions aux parties impliquées. Dans la totalité des cas où le dépassement était au-delà de 45 jours, le non-respect de ce délai s'est fait d'un commun accord avec le plaignant, dans la mesure où ce délai s'avérait nécessaire, notamment dû à la complexité du cas, sa spécificité ou la non-disponibilité en temps opportun d'informations pertinentes.

## 2.7. RÉPARTITION DES MOTIFS DE PLAINTES ET D'INTERVENTIONS POUR LE CIUSSS MCQ

Les 1 226 motifs de plaintes et d'interventions de la part de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services ont donné lieu à la formulation de 1022 mesures d'amélioration, lesquelles ont toutes été entérinées par les instances concernées.

**Tableau 9 Répartition des motifs de plaintes et d'interventions**

Établissement	Accessibilité	Aspect financier	Droits particuliers	Organisation du milieu et ressources matérielles	Relations interpersonnelles	Soins et services dispensés	Autre	Total
CIUSSS MCQ	179	96	117	169	286	375	4	1226

## 2.8. LES MESURES D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES ET DU RESPECT DES DROITS DES USAGERS

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

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

**Tableau 10 Bilan des mesures émises et réalisées, par missions**

Missions	Nombre de dossiers conclus durant l'exercice		Nombre de recommandations ou mesures émises	Nombre de recommandations ou mesures réalisées *	% de recommandations ou mesures réalisées
	Plaintes	Interventions			
CH	351	144	553	372	67%
CHSLD	46	45	120	74	62%
CLSC	108	37	130	86	66%
CPEJ	86	5	88	53	60%
CR	18	5	26	20	77%
<b>SOUS-TOTAL</b>	609	236	917	605	66%
04- (SPU-OC-RHD-RPA) (Agence)	39	37	105	77	73%
<b>CIUSSS MCQ</b>	<b>648</b>	<b>273</b>	<b>1022</b>	<b>682</b>	<b>67%</b>

Légende: 1- Terminé 2- Évolution normale 3- Évolution modérée ou aucun développement (sans risque) et ne nécessitant aucun suivi au comité de vigilance 4- Dossier critique à discuter au prochain comité de vigilance				
ÉTABLISSEMENT	GRIS	VERT	JAUNE	ROUGE
CIUSSS MCQ	175	85	26	0

## 2.9. RECOMMANDATIONS DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES ET TRANSMISES AU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU CIUSSS MCQ

Le Tableau 11 présente les recommandations émises par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services par mission.

**Tableau 11 Recommandations émises par mission**

CENTRE HOSPITALIER
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer les aides techniques appropriées et les ajuster selon la condition clinique de l'utilisateur;</li> <li>• Préciser à l'employé les attentes de son employeur en ce qui a trait à la mobilisation des usagers;</li> <li>• Assurer le recalibrage de l'appareil « bladder scan » utilisé à l'unité de soins sur une base régulière;</li> <li>• Sensibiliser le personnel à traiter les usagers et leur famille avec courtoisie et politesse;</li> <li>• Répartir les temps de repas du soir de l'équipe sur trois plages horaires pour avoir davantage de personnel en présence afin de répondre aux besoins des usagers;</li> <li>• En lien avec l'article 4 de la LSSSS, sur le droit à l'information et avec l'article 9 sur le droit au consentement, il est recommandé à l'établissement : <ul style="list-style-type: none"> <li>- de prévoir au contrat avec le fournisseur, que ce dernier est responsable d'avoir une preuve que l'utilisateur a été informé des orthèses et attelles qu'il requiert et qu'il a obtenu son consentement libre et éclairé quant à l'achat de celles-ci.</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire un retour avec le personnel, dont l'employé visé par la situation sur : <ul style="list-style-type: none"> <li>- les méthodes de soins préconisées lors de l'enregistrement des ECG;</li> <li>- les techniques et façons de faire afin de préserver le respect de l'intimité des usagers.</li> </ul> </li> <li>• Prévoir un système pour rendre opaque la fenêtre où les gens se dévêtissent.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que l'agente de sécurité soit rencontrée afin de lui rappeler que ses relations avec les usagers doivent être empreintes de courtoisie et de respect;</li> <li>• Qu'une vérification soit faite auprès de l'infirmière assignée à l'utilisateur afin de permettre à un visiteur qui insiste pour demeurer près d'un usager installé sur une civière.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un plan d'action a été réalisé afin de réduire le délai d'obtention des résultats écrits.</li> <li>• Rappel fait à l'employée de : <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'importance de bien connaître les lignes directrices de triage et de les appliquer assidûment;</li> <li>- l'importance d'avoir une attitude exemplaire et rassurante avec les usagers.</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Émettre des consignes claires et écrites à l'attention des employés de l'accueil en ce qui a trait à l'information à transmettre à l'utilisateur lors de la signature du contrat "logement requis par l'utilisateur".</li> </ul>



- 
- Ajout dans la fenêtre d'un film protecteur contre les rayons solaires pour diminuer la chaleur.
- 
- Rappel au personnel de s'assurer qu'il ne reste pas d'usager dans les salles avant le départ du radiologiste.
- 
- Rappel au personnel de l'absence de politique permettant aux employés(es) de l'établissement de passer en priorité;
  - Que lorsque le personnel du triage revoit ou fait passer un usager devant d'autres, d'expliquer à l'ensemble des usagers qui se questionne sur cette priorisation de répondre poliment et honnêtement afin de prévenir une escalade d'insatisfactions.
- 
- Analyser la possibilité d'ajouter des lignes téléphoniques aux systèmes en place;
  - Concernant les cliniques externes, s'assurer que le transfert d'appels soit fait à un autre poste téléphonique lorsque la commis est absente (vacances, maladie, etc.) et qu'aucun remplacement n'est prévu, afin d'éviter qu'il y ait rupture de services pour la clientèle.
- 

#### Revoir le règlement du département de pédiatrie

- À cet effet :
    - ajouter qu'un lit de camp est disponible au parent qui souhaite passer la nuit auprès de son enfant de plus de 2 ans;
    - préciser dans le règlement que le parent doit respecter l'emplacement du lit de camp désigné par le personnel;
    - préciser que ce privilège pourrait être retiré si ce n'est pas respecté;
    - pour une question d'accès à l'enfant hospitalisé et de sa sécurité, regarder la possibilité d'installer un lit de camp à des heures précises;
    - retirer du règlement les items qui font référence à la possibilité d'occuper l'espace libre à côté du lit de son enfant moyennant des frais de chambre semi-privée;
    - informer l'ensemble des intervenants du département de la mise à jour du règlement afin qu'il soit appliqué de façon uniforme.
- 
- Considérant les frais de transport lorsqu'il n'y a pas de nécessité médicale, même pour les personnes de 65 ans et plus, assurer la promotion d'une information complète concernant le risque de facturation du transport ambulancier à l'utilisateur de ce service.
- 
- Proposer un plan d'action visant à s'assurer de :
    - l'évaluation;
    - la réévaluation;
    - la transmission de l'information aux patients et à leur famille à propos des soins à venir et des temps d'attente.
- 

#### Au chef d'administration de programme des trajectoires et approches alternatives à l'hospitalisation et chef de service urgence Cloutier-du-Rivage

- De mettre en place un mécanisme permettant aux médecins de cliniques privées (GMF, cliniques réseau, CLSC, etc.) d'avoir rapidement accès aux services d'un centre hospitalier en évitant le recours à l'urgence;
  - D'élaborer un plan de communication dans le but que tous les médecins soient bien informés de ces modalités de coopération et de fonctionnement.
-

---

### Au chef de service de l'urgence Shawinigan

- Travaux visant à s'assurer de :
  - la réévaluation des usagers en attente d'une consultation médicale à l'urgence, conformément aux lignes directrices de l'ÉTG;
  - la transmission régulière de l'information aux patients présents dans la salle d'attente au sujet de la situation qui prévaut à l'urgence, conformément aux recommandations du Guide de gestion de l'urgence.

---

### La commissaire demande à la Direction des ressources humaines

- De procéder avec diligence à une étude plus approfondie de la situation (comportement de l'intervenant), d'assurer le suivi du dossier et, le cas échéant, de prendre les mesures appropriées;
- De bien vouloir informer la commissaire régulièrement du progrès de l'examen ainsi que toute mesure disciplinaire qui serait prise à l'endroit de l'employé en cause.

---

### La commissaire recommande à la chef de service

- De travailler, en collaboration avec le service des ressources humaines, à rédiger une description de tâches claires pour les agents de sécurité;
- De travailler de concert avec le service des communications afin d'alléger (faire du ménage), d'une part, et améliorer, d'autre part, la signalisation pour plus de clarté et d'efficacité.

- 
- Le chef de service est intervenu auprès de l'infirmière pour lui rappeler :
    - l'importance et l'obligation de toujours se présenter;
    - d'indiquer à l'usager l'intervention qu'elle s'apprête à effectuer;
    - de noter au dossier les interactions avec la famille et avec le médecin.

- 
- Court terme :
    - établir une règle de soins infirmiers qui permet la réorientation de la clientèle avec un niveau de priorité non urgent P4-P5.
  - Moyen terme :
    - assurer le déploiement d'une règle de soins infirmiers permettant la réorientation de la clientèle non urgente P-4 et P-5, qui répond aux critères de réorientation et qui se présente à l'une ou l'autre des urgences du CIUSSS MCQ.

---

### À l'étage d'hospitalisation

- De revoir avec le personnel :
    - l'utilisation du système d'appel dans les chambres privées afin d'obtenir la raison de l'appel de l'usager et faire une priorisation ou délégation des appels à l'intervenant le plus approprié pour y répondre;
    - de rappeler l'importance pour le professionnel qui s'absente pour sa pause ou son repas, de s'assurer, avant son départ, que les usagers qui lui sont assignés soient confortables et non souffrants;
    - faire des audits du délai de réponse aux appels, par la cloche d'appel des usagers;
  - D'ici mai 2016 :
    - informer la commissaire de la démarche convenue afin de valider la satisfaction des usagers du délai de réponse du personnel à la cloche d'appel : jour, soir, nuit.
-

---

### Poursuivre les efforts d'attribution des chambres privées pour les usagers en soins palliatifs

- Lorsque l'usager en soins palliatifs séjourne dans un lit de soins actifs :
  - convenir de l'utilisation d'un signe distinctif, avec l'autorisation de l'usager, permettant aux intervenants d'identifier rapidement une chambre occupée par un usager en soins palliatifs : couvre-lit d'une couleur différente, papillon sur la porte, etc.;
  - assurer la poursuite de la formation en soins palliatifs des intervenants des différents secteurs d'activités afin de permettre d'améliorer l'approche, le soulagement et les soins aux usagers en fin de vie;
  - mettre en place des moyens alternatifs à l'utilisation du « MédiaVox » pour joindre le personnel de l'unité afin de permettre aux usagers de bénéficier de toute la quiétude requise à leur condition;
  - valider auprès du fournisseur et du service technique s'il n'est pas possible « d'éteindre » le son du « MédiaVox » d'une chambre, lorsque requis.
- Réactiver le comité de travail :
  - continuum en soins palliatifs afin de répondre aux besoins des usagers en fin de vie et leur permettre de mourir dans la dignité.
- Faire un sondage annuel auprès des usagers, au moment du congé, sur leur satisfaction en regard de la tranquillité et du bruit pendant leur séjour.

---

### Accessibilité aux rendez-vous téléphoniques en clinique de cardiologie

Court terme :

- accroître la période quotidienne de prise de rendez-vous;
  - mobiliser les ressources ou l'organisation du travail afin de répondre aux besoins du service;
  - assurer la gestion de la liste d'attente et la réalisation des examens, si encore requis, et qui devaient être effectués à l'intérieur d'un délai de trois mois, exigé par le MSSS en questionnant, entre autres, le jumelage des examens.
- Court - moyen terme :
    - effectuer une démarche afin d'optimiser la fonction du soutien administratif du secteur de la cardiologie versus la décentralisation de l'accueil, l'inscription et la prise de rendez-vous.
  - Moyen terme :
    - inventorier les services d'examens de cardiologie effectués sur le territoire MCQ afin d'assurer une utilisation optimum de l'ensemble des plateaux techniques aux bénéfices de l'usager;
    - revoir le mode d'attribution des rendez-vous versus le mode de fonctionnement des différentes installations du CIUSSS MCQ et la nouvelle technologie disponible.

---

### Clinique de gastroscopie

- Évaluer la possibilité d'un suivi téléphonique par l'infirmière d'endoscopie auprès des bénéficiaires, du moins ceux identifiés à risque (procédures thérapeutiques) dans les 24 à 48 heures suivant l'examen endoscopique. En plus d'aider à la reconnaissance précoce des problèmes, nous sommes convaincus que nous y trouverons une augmentation de la satisfaction de la clientèle.
- 
- S'assurer que l'ensemble du personnel prenne connaissance des règles de soins concernant la prévention des chutes ainsi que les activités cliniques s'y rattachant;
  - Faire un rappel à l'ensemble de l'équipe en ce qui concerne le respect des consignes inscrites au plan de travail ainsi qu'une attention particulière aux demandes effectuées par les familles des usagers.
-

- 
- Que les conversations privées ou personnelles, bien que nécessaires et inévitables, soient tenues loin des bénéficiaires en attente de services. Elles pourraient donner l'impression d'indifférence ou au pire être mal interprétées par les bénéficiaires.
- 

#### Engagement du directeur des services techniques

- D'analyser le réaménagement de la façade bétonnée de l'entrée principale afin d'y aménager des stationnements réservés aux détenteurs de vignette pour personne handicapée;
  - De transformer rapidement les 4 stationnements dédiés aux directeurs (hors stationnement des visiteurs) en espaces pour détenteurs de vignette pour personne handicapée;
  - D'évaluer et transformer le maximum d'espaces de stationnement près de l'urgence (horodateurs) en espaces de stationnement pour détenteurs de vignette pour personne handicapée.
- 

#### Hygiène /salubrité

- De sensibiliser le personnel d'hygiène et salubrité afin qu'au moment de préparer la chambre pour la désinfection, qu'il soit vérifié que le contenant à dentiers ne contienne pas d'effets personnels;
  - Qu'en cas d'oubli de tout objet, de le rapporter au poste à l'ASI qui va s'assurer d'en aviser l'utilisateur.
- 

#### Perte de carte d'assurance maladie

- Analyser la possibilité de prendre l'information sur la carte d'assurance maladie des usagers lors de leur arrivée à l'urgence sans conserver la carte afin de diminuer les risques de perte (manipulation) par le personnel.
  - Amélioration de la signalisation vers la Clinique musculo-squelettique. Pour ce faire, le directeur a mandaté la personne responsable de projets dans son équipe afin qu'elle s'assure de la mise en place des correctifs requis;
  - S'assurer qu'un nombre suffisant de chaises dotées d'appuie-bras soit disponible pour répondre convenablement à la condition physique de la clientèle appelée à fréquenter la salle d'attente de la Clinique musculo-squelettique.
- 

#### Centrale de rendez-vous

- De continuer le suivi pour améliorer le service de la centrale de rendez-vous;
  - D'ajouter un plan de continuité des activités à la procédure de prise des appels pour éviter que les usagers attendent en ligne trop longtemps.
  - Qu'une note à l'interne s'adressant aux brancardiers les avisant de laisser les ascenseurs 11 et 12 accessibles aux usagers à mobilité réduite qui doivent se rendre en hémodialyse ou aux endroits qui ne sont pas accessibles autrement (pente à gravir).
- 

#### **HERBERGEMENT : CHSLD, RI, RNI, RPA**

- D'ici mai 2016 :
    - D'effectuer un sondage de satisfaction annuel auprès des usagers et leur famille sur les éléments de la vie quotidienne tels : les soins d'hygiène, les étapes du repas : installation dans le fauteuil roulant, conduite jusqu'à la salle à manger, support à l'alimentation, etc., les tournées d'installation, le milieu de vie « hébergement »: respect et empathie du personnel.
-

---

### La commissaire recommande au directeur de l'hébergement

- De poursuivre avec rigueur la réalisation :
    - de l'aplanissement des horaires à chaque période;
    - du suivi des absences maladies;
    - de l'implantation du modèle de distribution de soins.
  - De s'assurer du respect de la liste de priorisation des soins à effectuer à la mise en place du plan de contingence dont les soins de base requis par les usagers : soins d'hygiène dont barbe et habillement.
- 
- Pour les usagers inaptes :
    - que les soins « esthétiques » prodigués et facturés pour les usagers inaptes aient été préalablement autorisés par le répondant de l'usager;
    - que l'établissement valide la pertinence d'établir une entente de type « contrat » et que ce service soit appuyé par l'émission d'une facture permettant à l'usager d'obtenir le soin et le service et que le répondant ait préalablement consenti à payer les montants prélevés par l'établissement pour ce soin ou ce service;
    - d'évaluer la pertinence d'étendre cette pratique à l'ensemble de l'hébergement du CIUSSS MCQ.
- 

### Recommandations à la propriétaire RPA

- D'utiliser un langage et un ton respectueux envers les résidents, leurs proches et les intervenants;
  - De s'assurer d'offrir aux résidents et leurs proches un milieu de vie répondant le mieux possible à leurs besoins et se rapprochant le plus de leurs habitudes de vie antérieure. Pour cela, faire preuve de souplesse sur les heures de visite : « accueillir, à des heures raisonnables, les personnes significatives pour l'usager et favoriser les relations entre eux »;
  - De respecter le code d'éthique en vigueur qui stipule d'avoir une attitude constructive et positive et reconnaître l'importance de la collaboration.
- 
- De revoir la programmation des activités avec l'aide du technicien de loisirs de l'établissement au besoin;
  - De proposer des activités de groupe, même si au départ les résidents ne semblent pas intéressés. Ne pas tenir pour acquis que les gens ne changent pas d'idée.
  - De s'assurer de respecter le code d'éthique en vigueur qui stipule entre autres : « L'usager doit être traité avec attention, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, son autonomie, de ses besoins et de sa sécurité ».
- 

### Ressource intermédiaire

Les notes au dossier du côté psychosocial ne rendent pas justice au travail fait par l'intervenant. Cet état de fait peut rendre difficile la continuité des soins lors de l'absence de l'intervenant;

- R1: s'assurer que tous les intervenants consignent leurs notes au dossier usager;
  - Il manque deux rapports incident / accident
    - R2: prendre les moyens nécessaires auprès de la RI pour s'assurer que tous les incidents / accidents soient divulgués, déclarés sur le formulaire et versés au dossier usager;
  - Sécurité questionnée dans le milieu de vie;
    - R3: s'assurer de la collaboration de l'ergothérapeute pour évaluer le milieu de vie des individus en lien avec leurs problématiques;
    - R4: porter à l'attention du comité de concertation ARHQ et CIUSSS MCQ le besoin de formation en lien avec les troubles cognitifs et comportementaux.
-

- 
- De rappeler au personnel soignant du centre d'hébergement de respecter les mobilisations prévues et de respecter les limitations de chaque usager lors des manipulations.
- 

#### Perte de l'appareil auditif

- De préciser dans le guide d'accueil, la procédure à suivre en cas de perte, bris ou vol des effets personnels;
  - D'adopter une procédure harmonisée de gestion des effets personnels pour le CIUSSS MCQ.
- 
- Nous suggérons au propriétaire de faire vérifier les menus par une diététiste ou une nutritionniste.
  - Nous recommandons :
    - D'ajouter les déjeuners aux menus actuels;
    - D'afficher les menus sur une période de trois semaines dans un endroit visiblement accessible afin que les résidents puissent les consulter et les respecter.
- 

#### La directrice de la résidence s'est engagée

- À préciser l'information sur la liste de prix des services additionnels disponibles à l'ensemble de la clientèle;
  - À établir des contrats préalablement à l'application de ce type de service, lorsque c'est temporaire : pour un mois par exemple.
- 
- Nous recommandons à la propriétaire d'établir un calendrier d'activités et de nous le faire parvenir.
- 

## CENTRE JEUNESSE

- S'assurer que la révision du plan d'intervention avec les parents soit complétée dans les meilleurs délais.
- 

#### Réadaptation, délinquance et hébergement jeunesse

- De faire un rappel auprès de tous les intervenants concernés à l'application des mesures :
  - de l'importance d'inscrire dans les meilleurs délais tout changement en lien avec les nouvelles coordonnées d'un usager dans le système clientèle jeunesse PIJ (Programme d'intégration jeunesse).

#### Protection de la jeunesse

- De faire le même rappel auprès de tous les intervenants concernés à l'évaluation et à l'orientation.
- 
- Sensibiliser les intervenants quant à l'importance de rappeler aux usagers la possibilité de se faire accompagner par une personne de leur choix ou par le comité des usagers.
- 
- S'assurer que les informations inscrites dans le registre de suivi des activités soient claires et que les dates de référence soient rigoureusement inscrites et facilement repérables.
- 
- Engagement de l'instance à donner la formation sur l'aliénation parentale et les conflits de séparation à l'intervenant afin de favoriser, entre les usagers et les intervenants du centre jeunesse, une relation basée sur la confiance, l'empathie, l'écoute et la meilleure qualité possible de communication;
  - Lorsqu'un usager demande une rencontre, avec ou sans accompagnement, s'assurer de prévoir une plage horaire minimale convenue lors de la prise de rendez-vous et éviter autant que possible de juxtaposer une telle rencontre avec une autre rencontre importante (telle qu'un contact supervisé ou une audience à la Cour);
-

- 
- Lorsque la rencontre n'est pas concluante ou que des points n'ont pas pu être abordés à fond, réaliser un suivi, offrir une autre rencontre ou tout autre moyen de soutien sans nécessairement attendre que la personne le demande;
  - Par l'élaboration et la révision d'un plan de services intégrés, inclure les professionnels des autres secteurs de services, le cas échéant, afin de travailler de manière concertée et en synergie pour la réalisation d'objectifs communs centrés sur les besoins de la personne et de sa famille.
- 

#### La commissaire recommande à la Direction de la protection de la jeunesse

- De faire suivre à la commissaire le plan d'action qui soutient les actions en cours, en lien avec le remplacement des bénévoles, et d'autres solutions alternatives;
  - D'établir le plan d'action en lien avec la création d'un document officiel à l'attention des bénévoles concernant les règles précises à suivre, ainsi que les rôles et les responsabilités avant, après et pendant les supervisions de contacts;
  - De rappeler à la bénévole visée en regard de cette situation :
    - son rôle et ses responsabilités en lien avec sa tâche de contrôle et de surveillance;
    - les conduites attendues du code d'éthique;
    - les règles à suivre;
    - l'importance de la confidentialité et les conséquences si elle y contrevient.
- 

- Qu'une vigie soit effectuée en regard de certains éléments au dossier afin de tendre vers la norme décrite dans le Guide de rédaction du suivi des activités rédigé en septembre 2014;
  - D'assurer les interventions requises auprès de l'intervenante visée, s'il y a lieu, revoir la procédure puisque la norme selon laquelle la révision d'un PI doit être faite dans un délai de 3 mois (90 jours) pour un enfant hébergé et pour les situations en clarification de projet de vie;
  - L'approche « ISO » (intervention orientée vers les solutions) utilisée dans cette intervention requiert peut-être une évaluation-révision du délai réalisme à répondre à cette norme lorsqu'on la privilégie, puisqu'elle commande d'accorder plus de temps aux parents pour obtenir sa participation.
- 

- Faire un rappel auprès de l'intervenant concerné :
    - sur la nécessité de garder confidentiel le nom des personnes déclarantes sur le plan des signalements, particulièrement dans les notes au suivi d'activités;
    - d'assurer la déclaration du bris de confidentialité aux instances requises;
  - Sensibiliser l'intervenant concerné quant à l'importance de respecter les consignes émises dans le Guide de rédaction, les notes au suivi d'activités, récemment révisé et rediffusé;
  - Faire un rappel auprès de l'intervenant concerné sur l'importance de respecter les délais prescrits quand il s'agit de remettre aux parents de même qu'aux procureurs des parties représentées, le rapport psychosocial en vue d'une audience au tribunal.
- 

#### Contentieux de la DPJ

- D'élaborer un plan d'action afin d'assurer une réponse dans les meilleurs délais et de ne pas retarder indûment le traitement d'un dossier devant être présenté au tribunal, particulièrement dans les cas jugés prioritaires, tels que le risque d'abus sexuel.
-

---

### Supervision de contact

De rencontrer la bénévole visée :

- rappeler les conduites attendues de sa part, inspirées du code d'éthique;
- revenir sur les propos qu'elle a tenus et des comportements qui ne sont pas acceptables, ni tolérés;
- rappeler son rôle et ses responsabilités comme bénévole / superviseure. (Doit aussi se responsabiliser et contacter la personne autorisée pour obtenir l'information, s'il y a lieu.

---

### Au chef de service

- De rencontrer la professionnelle pour :
  - expliquer clairement les attentes à son égard concernant l'organisation des contacts;
  - revoir son rôle dans l'organisation des contacts;
  - appeler le bénévole pour expliquer le mandat de contact;
  - s'assurer de sa compréhension;
  - informer le parent lors d'un changement de superviseur, lorsque requis, comme dans cette situation;
  - sensibiliser la professionnelle à l'importance d'encadrer le contact et de déterminer les modalités autorisées afin de s'assurer d'un contact positif;
  - s'assurer qu'elle effectue un retour après le contact, autant avec la bénévole qu'avec le parent.

### À l'équipe

- D'encadrer les contacts et de déterminer clairement les modalités et d'en faire part au bénévole - superviseur;
  - D'inscrire ce qui est permis durant le contact dans le suivi d'activités PIJ, afin que l'urgence sociale puisse supporter le bénévole durant le contact, s'il y a lieu (modalités de contact et consignes inscrites clairement);
  - De s'assurer que les intervenants révisent le plan d'intervention par écrit en le remettant aux parents, et ce, aux dates convenues;
  - De sensibiliser son équipe à l'importance de bien organiser les contacts afin de réduire les risques d'erreurs possibles.
- 

### CLSC

- Assurer le suivi auprès de la Direction des services financiers du traitement d'une réclamation d'un objet brisé par l'intervenante à domicile.
- 
- Demande de service non complétée :
    - assurer le respect de la demande de consultation en pédopsychiatrie pour l'enfant si une telle demande a été acheminée au service, tel que le souligne la mère;
    - assurer les services psychosociaux requis si la mère recontacte le service.
- 
- Devant des informations contradictoires des intervenants des différents services :
    - de confirmer la trajectoire, par écrit, que doivent suivre les usagers de la clinique du Coumadin;
    - d'en informer, en rencontre d'équipe, le personnel de la sécurité, de l'accueil et du laboratoire.
-



---

### Entrée principale édifice St-Joseph

- De poser un tapis de manière permanente dans la rampe d'accès pour handicapés;
- De faire un calendrier de vérification des rampes d'accès pour handicapés à l'intérieur du CIUSSS MCQ afin de prévenir les chutes et de les sécuriser, ainsi que d'y faire les installations nécessaires au besoin.

---

### Programmes soutien à domicile

- Dès l'adhésion au programme de soutien à la famille pour les personnes ayant une déficience :
    - que les critères d'admissibilité et d'exclusion leur soient donnés par écrit afin d'éviter aux familles de se sentir lésées;
    - guider la famille sur les différents programmes disponibles et leurs critères d'admissibilité afin de la rassurer et de lui permettre de voir venir les enjeux financiers auxquels elle doit faire face et l'aide financière à laquelle elle aura droit.
- 

## RÉADAPTATION

- Lors d'un refus de service que :
    - la lettre de refus soit signée par un gestionnaire ou un professionnel et que le signataire en assume l'imputabilité;
    - les personnes dont la demande est refusée soient orientées vers une ressource pouvant mieux convenir à leurs besoins, qu'elles soient soutenues et qu'un suivi soit réalisé afin de nous assurer que les personnes obtiennent une réponse satisfaisante à leurs besoins;
    - les demandes de services qui ne semblent pas clairement ou hors de tout doute requérir les services de réadaptation de deuxième ligne soient acceptées dans un premier temps et qu'un mécanisme visant à approfondir l'évaluation des besoins de la personne soit formalisé et systématisé. Faisant suite à cette évaluation, s'il s'avère qu'une autre ressource conviendrait mieux pour la réponse aux besoins de la personne, que la demande soit réorientée et que la personne soit soutenue, tel qu'il a été mentionné au point 2. Le temps investi à cette étape devrait permettre un gain d'efficacité profitant globalement à l'ensemble du réseau de la santé;
    - lorsqu'il est impossible pour un établissement de répondre aux demandes de services que des mesures supplétives soient utilisées afin d'offrir les services répondant aux besoins de la personne, et ce, sans aucuns frais pour l'usager;
    - le service profite de la réforme actuelle du réseau de la santé et des nombreux changements qui sont à venir dans l'organisation des services pour procéder à une révision en profondeur des trajectoires de services, et s'assurer de formaliser des mécanismes de concertation entre les différents intervenants impliqués dans les services aux enfants ayant des besoins particuliers. Quelques expériences réalisées sur le territoire du CIUSSS MCQ constituent à cet effet des pratiques exemplaires.
- 

### Stationnement InterVal – rue Jacques de Labadie

- De réserver l'espace de stationnement situé sur le terrain de la maison pour les usagers qui fréquentent le service;
  - Jusqu'au déménagement, demander la collaboration du personnel afin de ne pas se stationner devant le 1485, Place de la Fontaine pour faciliter le stationnement et l'accès pour les usagers;
  - De faire respecter le règlement sur les espaces de stationnement déjà réservés à la clientèle sur le terrain du CIUSSS MCQ situés à proximité.
-

---

Il est recommandé à la directrice du Programme jeunesse – famille

- D'évaluer la possibilité de mettre en place des mécanismes internes (CIUSSS MCQ) pour assurer à la clientèle les services requis dans des circonstances inhabituelles vécues par la clientèle;

Il est recommandé à la directrice adjointe au Continuum santé et bien-être déficience physique

- Qu'une sensibilisation soit faite à la professionnelle de l'AÉO afin d'exercer une vigilance dans la justesse de l'information transmise aux usagers afin de ne pas créer d'attente.
- 

## ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Engagement de mettre en place de nouvelles mesures, soit

- De documenter davantage les étapes (avertissement, suspension, etc.);
  - De prendre un engagement écrit envers la personne au moment d'une suspension ou expulsion :
    - les motifs;
    - les conditions de retour (en cas de suspension);
    - les attentes de l'équipe et du milieu;
    - l'engagement de l'équipe.
  - De vérifier dès le premier contact, lors de l'entrevue initiale systématiquement, si la personne est connue des services du Réseau d'aide le Tremplin (RALT). Ceci afin d'offrir le soutien maximal, mais aussi de mettre les conditions nécessaires à une période d'hébergement;
  - Que dans toute situation conflictuelle, un seul interlocuteur devra être interpellé pour répondre à la personne ou à la famille :
    - évaluer la possibilité et la pertinence d'intégrer au dossier du client les compléments d'information émanant des rencontres cliniques et des orientations s'il y a lieu;
  - De vérifier la possibilité et la pertinence de documenter de façon plus précise les faits observés de régression, de perte d'acquis, de déresponsabilisation ou de contamination négative du groupe. Comparer la tenue de dossier à d'autres cas similaires;
  - D'accompagner ou demeurer à proximité de la personne lorsqu'elle récupère ses effets personnels, lors d'un départ précipité;
  - De demeurer vigilant à l'égard de l'état des résidents lorsqu'une personne se désorganise;
  - D'informer davantage la clientèle sur le processus interne de plaintes ou de suggestions. Sur ce point, nous recommandons aussi d'informer la clientèle du processus de plainte auprès de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services.
  - Nous recommandons l'élaboration d'un document afin de baliser les critères de réorientation et la procédure à suivre dans de tels cas. Nous suggérons aux responsables d'évaluer la possibilité que les rencontres concernant une réorientation se fassent davantage durant la journée, et ce, en tenant compte des particularités de chacune des situations.
- 

## SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE (SPU)

- Nous recommandons aux responsables de la compagnie ambulancière de rencontrer les ambulanciers concernés et de prendre les mesures qui s'imposent sur le comportement reproché.
  - De sensibiliser les paramédics visés et l'équipe à l'importance d'avoir un comportement professionnel et respectueux en tout temps.
-

## GUICHET D'ACCÈS CLIENTÈLE ORPHELINE (GACO)

- D'ajouter au modèle de lettre de confirmation d'inscription et d'information signé par le coordonnateur médical du GACO s'il y a modification de son état de santé après un nouveau diagnostic à la ligne 7 du 2e paragraphe;
  - De s'assurer que les intervenants au suivi d'un usager au CRDI-TSA informent de façon formelle le GACO pour faire réviser la priorité afin d'obtenir un médecin de famille, advenant que l'état de santé de l'usager se détériore pendant sa période d'attente.
-



## CHAPITRE 3

### 3. PROTECTEUR DU CITOYEN

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

Des 35 dossiers transmis au 2<sup>e</sup> palier, l'analyse du Protecteur du citoyen a donné lieu à la formulation de 16 recommandations à l'endroit du CIUSSS MCQ.

**Tableau 12 Rapport sommaire des plaintes transmises au 2e palier Protecteur du citoyen**

Missions	Nombre de dossiers transmis durant l'exercice	Nombre de dossiers conclus par le Protecteur durant l'exercice	Nombre de recommandations émises par le Protecteur	Nombre de recommandations réalisées
CH	12	4	7	2
CHSLD	3	1	3	0
CLSC	3	1	6	6
CPEJ	13	1	0	0
CR	0	0	0	0
<b>SOUS-TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>7</b>	<b>16</b>	<b>8</b>
04- (SPU-OC-RHD-RPA) (Agence)	4	3	0	0
<b>CIUSSS MCQ</b>	<b>35</b>	<b>10</b>	<b>16</b>	<b>8</b>



# CHAPITRE 4

## 4. MÉDECIN EXAMINATEUR

### 4.1. MISE EN CONTEXTE

Le médecin examinateur :

- Dresse, au besoin et au moins une fois par année, un rapport décrivant les motifs des plaintes examinées ainsi que ses recommandations ayant notamment pour objet l'amélioration de la qualité des soins ou des services médicaux, dentaires et pharmaceutiques dispensés dans un centre exploité par l'établissement;
- Transmet une copie de ce rapport à la commissaire aux plaintes et à la qualité des services, au conseil d'administration et au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.

Source : article 50, Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Ce rapport doit être déposé au comité de vigilance et de la qualité, lequel doit :

- Recevoir et analyser les rapports et recommandations transmis au conseil d'administration et établir les liens systémiques entre ces rapports et recommandations;
- Faire des recommandations au conseil d'administration sur les suites qui devraient être données à ces rapports ou recommandations dans l'objectif d'améliorer la qualité des services aux usagers;
- Assurer le suivi auprès du conseil d'administration de l'application, par ce dernier, des recommandations qu'il a faites.

Source : article 181.0.3, Loi sur les services de santé et les services sociaux.

### 4.2. MANDAT DU MÉDECIN EXAMINATEUR

Le médecin examinateur exerce les fonctions reliées à l'application de la procédure d'examen des plaintes qui concernent un médecin, un dentiste ou un pharmacien, de même qu'un résident;

Source : article 44, Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Le médecin examinateur est responsable envers le conseil d'administration de l'application de la procédure d'examen des plaintes qui concernent un médecin, un dentiste ou un pharmacien de même qu'un résident.

Source : article 42, Loi sur les services de santé et les services sociaux.

### 4.3. BILAN DES DOSSIERS DE PLAINTÉ CONCLUS PAR LES MÉDECINS EXAMINATEURS

Au cours de l'année 2015-2016, 97 dossiers de plainte ont été conclus par les médecins examinateurs comparativement à 155 l'an dernier, ce qui reflète une diminution de 37 % du nombre de dossiers.

**Tableau 13 Comparatif des dossiers de plaintes conclues par les médecins examinateur**

Nombre de plaintes conclues	2014 – 2015	2015 - 2016
	155	97

**Tableau 14 Comparatif des plaintes médicales rejetées**

Nombre de plaintes rejetées sur examen sommaire ou parce que frivoles, vexatoires ou faites de mauvaise foi.	2014 – 2015	2015 - 2016
	5	3

#### 4.4. ÉTAT DES DOSSIERS DE PLAINTÉ MÉDICALE DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU SELON LES DÉLAIS D'EXAMEN

La proportion de dossiers de plainte conclus par les médecins examinateurs à l'intérieur du délai de 45 jours prévu dans la loi est de 66 %. Il est à noter que le non-respect de ce délai peut être relié notamment à la complexité du cas, sa spécificité ou la non-disponibilité en temps opportun d'informations pertinentes.

**Tableau 15 Comparatif du délai de traitement des dossiers de plainte médicale**

Délai moyen pour le traitement des plaintes (jours)	2014 – 2015	2015 - 2016
	54	64

#### 4.5. RÉPARTITION DES MOTIFS DE PLAINTES MÉDICALES

Le Tableau 16 présente le comparatif des motifs de plaintes médicales par motifs. Les 142 motifs de plaintes ayant nécessité l'intervention des médecins examinateurs ont donné lieu à la formulation de 71 mesures d'amélioration.

**Tableau 16 Répartition des motifs de plaintes médicales par catégories d'objets**

Catégories d'objets	2014 – 2015	2015 - 2016
Accessibilité	15	15
Aspect financier	1	0
Droits particuliers	21	19
Milieu et ressources	1	0
Relations interpersonnelles	51	40
Soins et services dispensés	120	68
Autres	1	0
<b>TOTAL</b>	<b>210</b>	<b>142</b>



#### 4.6. LES MESURES D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES ET DU RESPECT DES DROITS DES USAGERS (PLAINTES MÉDICALES)

Tableau 17 Bilan des mesures émises et réalisées, par missions (plaintes médicales)

Missions	Nombre de plaintes conclues durant l'exercice	Nombre de recommandations ou mesures émises	Nombre de recommandations ou mesures réalisées *	% de recommandations ou mesures réalisées
CH	89	58	45	78%
CHSLD	5	5	5	100%
CLSC	1	0	0	
CPEJ	0	0	0	
CR	2	8	0	0%
<b>CIUSSS MCQ</b>	<b>97</b>	<b>71</b>	<b>50</b>	<b>70%</b>

#### 4.7. RECOMMANDATIONS ÉMISES PAR LES MÉDECINS EXAMINATEURS

Le Tableau 18 présente les recommandations émises par les médecins examinateurs qui ont été transmises au conseil d'administration du CIUSSS MCQ.

Tableau 18 Recommandations émises par les médecins examinateur

Recommandations des médecins examinateurs
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bien documenter dans le dossier du bénéficiaire le consentement aux soins par une note signée;</li> <li>• S'assurer de la compréhension du bénéficiaire en ouvrant la voie au questionnement avant de procéder;</li> <li>• Ne pas oublier l'inviolabilité de la personne et de respecter son choix de retirer son consentement aux soins en tout temps, quelles qu'en soient les conséquences.             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vous devez alors lui expliquer les conséquences de son choix et les méthodes alternatives de soins s'il y a lieu.</li> </ul> </li> </ul>

---

### 1. Au comité exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

d'évaluer la pertinence d'un comité de gestion de crise dans des situations complexes (implication des proches et du bénéficiaire dans la prise de décision).

1.1. évaluer le rôle de ce comité au-delà de l'épisode aigu (ex. en cours de réadaptation, besoins sociaux, psychologiques);

1.2. réaffirmation du rôle central du médecin traitant et de ses responsabilités de gestion de crise.

2. Toute modification dans la capacité de rendre les soins attendus et les solutions proposées devrait faire l'objet d'une divulgation dans les plus brefs délais au bénéficiaire afin de lui permettre, à lui et à ses proches, de participer à cette réorientation devenue nécessaire.

3. *Au médecin concerné*, dans des situations de relations difficiles, d'offrir lui-même le recours à un autre confrère de la prise en charge afin d'enrayer une escalade dangereuse des conflits.

4. Que le rôle de chacun des intervenants au dossier soit bien compris par le bénéficiaire ou ses proches, surtout dans des cas complexes nécessitant le recours à plusieurs consultants.

5. Que le médecin traitant soit bien identifié et que toutes les demandes de soins ou modifications de soins, en particulier les demandes en regard d'un changement de professionnel, lui soient spécifiquement adressées pour une meilleure coordination des soins et une meilleure compréhension de ceux-ci par le bénéficiaire ou ses proches.

6. Réaffirmation du rôle central du médecin traitant et de ses responsabilités de gestion de crise.

- sensibiliser les médecins de l'équipe à accorder davantage d'attention à la qualité de leur communication;
- voir les équipes de l'urgence pour leur réitérer l'importance d'informer tous les patients de tous les niveaux de priorité et des temps d'attente, ainsi que sur l'importance de faire une réévaluation périodique et systémique selon le niveau de priorité de chaque usager.

---

• Afin de pouvoir juger de la pratique des médecins :

- il serait opportun de connaître les données de sécurité (complication) au niveau de ces services afin qu'une révision des façons de faire soit prévue advenant une déviation des standards de pratique. (ASGE, Vol 74, No 4: 2011, Guidelines-Complication of Coloscopie).
- qu'une information écrite (idéalement standardisée) soit remise au bénéficiaire ou aux proches au départ du service d'endoscopie.
- cette information devrait inclure une description des problèmes potentiels, leur présentation et surtout la conduite appropriée à tenir le cas échéant. Qu'une copie de ces recommandations soit versée au dossier, dûment signée.

---

• Porter une attention particulière au caractère privé des informations psychiatriques divulguées de façon inopportune aux proches.

#### Au résident visé dans cette situation

- Raffiner son approche afin d'assurer une complicité des proches.
  - Un rappel à l'intervenante visée ainsi qu'en rencontre d'équipe à l'ensemble des intervenants qui pourraient être visés.
-

- 
- Communiquer sans délai et de vive voix avec le médecin consultant afin d'optimiser la date de rendez-vous et de la prise en charge.
  - Que le département de psychiatrie élabore une politique claire en matière d'accompagnement aux visites médicales (psychiatriques). Cette politique serait exposée aux bénéficiaires au moment de leur prise de rendez-vous. S'il y a volonté ferme d'avoir un accompagnateur, en ayant conscience des implications de cette décision, un avis en ce sens pourrait être donné au département afin qu'un « modus operandi » soit appliqué pour satisfaire les besoins des uns et des autres.
- 

#### Au département de pédiatrie

- Revoir la politique d'administration des antihistaminiques de première génération versus l'utilisation des antihistaminiques de deuxième génération. (WAO Guidelines).
- 

#### Procédure lors d'une intervention

1. Au médecin, que le choix du bénéficiaire d'obtenir une sédation demeure prépondérant et doit être respecté. Si tel est son choix, après des explications, une sédation respectant les normes de l'ASGE devrait lui être administrée.
  2. Que l'endoscopie sans sédation continue à être proposée aux bénéficiaires considérant les avantages et l'état actuel de la technologie.
  3. Que cette façon de faire soit proposée aux bénéficiaires qui ne manifestent que peu d'anxiété face à la procédure et à ceux chez qui une sédation pourrait causer préjudice.
  4. Au service d'endoscopie digestive d'évaluer la pertinence de transmettre au bénéficiaire, au moment de la prise de rendez-vous, les avantages de la non-sédation et celles de la sédation afin qu'une décision sur cette façon de faire soit prise dès que possible. Ceci favoriserait une meilleure gestion du temps d'endoscopie et de la salle de récupération.
- 

#### Interprétation d'une radiographie

- Amendement assuré par le radiologiste et déposé au dossier de l'usager.
  - La chef de l'accueil rencontrera les personnes concernées pour leur rappeler de référer la clientèle au papier de la marche à suivre qui leur a été remis, afin de limiter la confusion.
- 

#### À la prescription d'un médicament d'exception

- Informer les médecins et pharmaciens de la marche à suivre pour un médicament d'exception ou un médicament concerné par l'article 116 de la LSSSS.
  - Que la pharmacie clarifie ses attentes quant au rôle du médecin en ce qui a trait à l'information nécessaire afin de procéder.
- 

De prendre les moyens nécessaires pour s'assurer que tous les incidents et les accidents soient divulgués au centre d'hébergement. Que le personnel soit sérieusement informé de leur obligation à divulguer (article 233.1) et fortement sensibilisé à se responsabiliser sur leur rôle, peu importe l'étape où ils ont à intervenir.

---

Assurer, pour la population de la région, la disponibilité de soins et services médicaux, en clinique médicale, pour les usagers sans médecin de famille.

---



# CHAPITRE 5

## 5. COMITÉ DE RÉVISION

### 5.1. MISE EN CONTEXTE

Le comité de révision :

- Dresse, au besoin et au moins une fois par année, et chaque fois qu'il l'estime nécessaire, un rapport décrivant les motifs des plaintes ayant fait l'objet d'une demande de révision depuis le dernier rapport, de ses conclusions ainsi que des délais de traitement de ses dossiers;
- Peut, en outre, formuler des recommandations ayant notamment pour objet l'amélioration de la qualité des soins ou services médicaux, dentaires et pharmaceutiques dispensés dans un centre exploité par l'établissement;
- Transmet une copie de ce rapport au conseil d'administration, au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et à la commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Le contenu de ce rapport est intégré au rapport annuel de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

Source : article. 57, Loi sur les services de santé et les services sociaux.

### 5.2. MANDAT DU COMITÉ DE RÉVISION

- 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 de l'établissement de services de santé et de services sociaux.
- 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 local aux plaintes et à la qualité des services de l'établissement concerné.

Source : article. 52, Loi sur les services de santé et les services sociaux.

### 5.3. BILAN DES ACTIVITÉS DU COMITÉ DE RÉVISION

Tel que le prévoit la loi, pour les plaintes médicales, une personne peut se prévaloir de son droit de recours en deuxième instance auprès du comité de révision de l'établissement. Aussi, 4 des 97 dossiers de plainte médicale conclus par les médecins examinateurs ont été transmis au comité de révision de l'établissement.

**Tableau 19 Bilan des activités du comité de révision**

Nombre de plaintes reçues	4
Nombre de réunions	- prévues 2 - tenues 2
Taux de participation	100 %

**Tableau 20 Rapport sommaire des plaintes transmises au 2e palier comité de révision**

Missions	Nombre de dossiers transmis durant l'exercice	Nombre de dossiers conclus durant l'exercice	Délais < 60 jrs		Nombre de recommandations ou mesures émises	Nombre de recommandations ou mesures réalisées*	% de recommandations ou mesures réalisées
			Nombre dossiers	%			
GH	4	3	1	33%	0	0	
GHLD	0	1	0	0%	0	0	
CLSC	0	0	0		0	0	
CPEJ	0	0	0		0	0	
CR	0	0	0		0	0	
<b>CIUSSS MCQ</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>25%</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

#### 5.4. RAPPORT DU COMITÉ DE RÉVISION

Le comité de révision a entériné les conclusions des médecins examinateurs dans trois des dossiers étudiés.

Cependant le comité de révision :

- A demandé au médecin examinateur de prendre connaissance d'un document dans l'étude de l'un d'entre eux afin de déterminer, ou non, s'il modifierait son opinion et de sa décision. Le médecin examinateur n'a pas modifié sa conclusion;
- A répondu à une interrogation du médecin examinateur en ce qui a trait au délai entre l'épisode de soins et l'évaluation de la plainte;
- S'est assuré que des démarches étaient véritablement en cours afin que l'utilisateur obtienne dans les meilleurs délais les soins requis.

#### 5.5. RECOMMANDATIONS ÉMISES PAR LE COMITÉ DE RÉVISION

Le Tableau 21 présente les recommandations émises par le comité de révision et transmises au conseil d'administration du CIUSSS MCQ.

**Tableau 21 Recommandations émises par le comité de révision**

Recommandations du comité de révision
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proposer, compte tenu du nombre important de chirurgies de la cataracte effectuées dans le CIUSSS MCQ et des complications potentielles qu'elles entraînent, qu'une évaluation soit faite par le comité de l'acte ou par le biais d'une étude par critères objectifs afin d'évaluer l'ensemble de l'acte de la chirurgie de la cataracte dans un but d'amélioration globale de la qualité de celle-ci.</li> <li>- Que soit assurée une rigueur dans la tenue du dossier médical de l'utilisateur dont la consignation de son consentement tel qu'il est requis par les normes en vigueur.</li> </ul>

## CONCLUSION ET ORIENTATIONS

L'ensemble des activités réalisées dans le cadre de l'application du régime d'examen des plaintes pour l'exercice 2015-2016 nous a permis d'identifier des pistes d'amélioration en ce qui a trait à la qualité des soins et des services pour les utilisateurs de l'établissement CIUSSS MCQ.

Par ailleurs, certains éléments d'amélioration en cours de réalisation n'atteignent pas encore les objectifs fixés et demeurent une source d'insatisfaction pour les usagers. Soulignons les délais d'attente à l'urgence, l'accès à un médecin de famille, la difficulté de recrutement pour les propriétaires de résidences privées et le taux de roulement (rétention) de ce personnel, pour ne nommer que ceux-là.

En ce premier anniversaire du CIUSSS MCQ, malgré une baisse du nombre de plaintes, la commissaire et les médecins examinateurs sont d'avis que la pertinence des objets d'insatisfaction des usagers ont permis d'émettre des recommandations et d'améliorer de façon significative la qualité des soins et des services offerts à la clientèle. Ce qui nous permet d'affirmer la pertinence du régime d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services.

Nous avons l'obligation d'unir nos forces, d'une part afin d'assurer une plus grande connaissance des droits des usagers et de la procédure d'examen des plaintes, d'autre part afin de répondre aux besoins exprimés par les usagers. Il est important de souligner et reconnaître le courage de ces plaignants, puisque c'est rarement eux qui bénéficient des améliorations apportées mais bien l'ensemble des utilisateurs des soins et des services. Traitons chacun des usagers comme si c'était l'un de nos proches!

J'encourage tous les partenaires internes et externes à continuer de collaborer à l'harmonisation des soins et services afin de poursuivre les améliorations mises de l'avant et atteindre le plus haut taux de satisfaction chez les utilisateurs de ces services.





Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux  
de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec  
858, Terrasse Turcotte, Trois-Rivières (Québec) G9A 5C5

**[WWW.CIUSSMCQ.CA](http://WWW.CIUSSMCQ.CA)**

*Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de la Mauricie-et-  
du-Centre-du-Québec*

**Québec** 