

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

***2016-2017***

---

1<sup>er</sup> avril 2016 au 31 mars 2017

Présenté par  
Louis-Philippe Mayrand, Commissaire  
aux plaintes et à la qualité des services  
et  
Marion Carrière, Commissaire adjointe  
aux plaintes et à la qualité des services

<b>MOT DU COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES .....</b>	<b>3</b>
<b>LES FAITS SAILLANTS 2016-2017 .....</b>	<b>5</b>
<b>DOSSIERS PHARES .....</b>	<b>6</b>
DOSSIER DES RÉSIDENCES À ASSISTANCE CONTINUE (RAC) .....	6
INTERVENTION EN HÉMODIALYSE .....	6
PRATIQUES PROFESSIONNELLES .....	7
CONSULTATION POUR LES URGENCES .....	7
ASSISTANCE : CLINIQUES EXTERNES ET CLINIQUE D'ORTHOPÉDIE.....	8
<b>LE TRAITEMENT DES DOSSIERS ANALYSÉS.....</b>	<b>8</b>
DU 1 <sup>ER</sup> AVRIL 2016 AU 31 MARS 2017.....	8
<b>RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>15</b>
BILAN DES RECOMMANDATIONS DES COMMISSAIRES SELON L'ÉTAPE DE RÉALISATION .....	15
MOTIFS DES DOSSIERS DE PLAINTES ET D'INTERVENTION DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU .....	15
BILAN DES RECOMMANDATIONS DU PROTECTEUR DU CITOYEN SELON L'ÉTAPE DE RÉALISATION .....	17
<b>CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES DES COMMISSAIRES AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES POUR L'ANNÉE 2017-2018.....</b>	<b>18</b>
<b>RAPPORT ANNUEL DES MÉDECINS EXAMINATEURS.....</b>	<b>20</b>
PRÉAMBULE .....	21
TRAITEMENT DES PLAINTES DU 1 <sup>ER</sup> AVRIL 2016 AU 31 MARS 2017.....	23
BILAN DES DOSSIERS DE PLAINTES SELON L'ÉTAPE DE L'EXAMEN ET LA MISSION/CLASSE/TYPE.....	23
ÉTAT DES DOSSIERS DE PLAINTES DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU SELON LE NIVEAU DE TRAITEMENT ET LE MOTIF.....	24
ÉTAT DES DOSSIERS TRANSMIS POUR ÉTUDE À DES FINS DISCIPLINAIRES.....	25
ÉTAT DES DOSSIERS DE PLAINTES DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU SELON LE DÉLAI D'EXAMEN .....	25
SOMMAIRE DES RECOMMANDATIONS FAITES EN 2016-2017 .....	26
LISTE DES PRINCIPALES RECOMMANDATIONS ÉMISES PAR LES MÉDECINS EXAMINATEURS .....	26
CONCLUSION ET OBJECTIFS POUR L'ANNÉE 2017-2018.....	27
ÉVOLUTION DU BILAN DES DOSSIERS DE PLAINTES SELON L'ÉTAPE DE L'EXAMEN .....	27
<b>RAPPORT DU COMITÉ DE RÉVISION DU CISS DE L'OUTAOUAIS.....</b>	<b>29</b>
<b>RAPPORT ANNUEL 2016-2017 .....</b>	<b>30</b>
PRÉAMBULE .....	30
MANDAT ET RESPONSABILITÉS .....	30
COMPOSITION DU COMITÉ DE RÉVISION DES PLAINTES MÉDICALES .....	30
ÉTAT DES DOSSIERS DE PLAINTES DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU SELON LE DÉLAI D'EXAMEN .....	31
CONCLUSION ET OBJECTIFS POUR L'ANNÉE 2017-2018 .....	31

## **Mot du Commissaire aux plaintes et à la qualité des services**

À titre de Commissaire aux plaintes et à la qualité du Centre intégré de santé et des services sociaux (CISSS) de l'Outaouais, il me fait plaisir de vous présenter, conformément à l'article 33.10 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS), le rapport annuel du Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du CISSSO. Ce rapport, couvrant la période du 1<sup>er</sup> avril 2016 au 31 mars 2017, intègre le rapport annuel des médecins examinateurs, ainsi que le rapport annuel du Comité de révision tel que prévu à l'article 76.11 de la LSSSS.

L'année écoulée était l'année deux du Centre intégré de santé et des services sociaux de l'Outaouais. Elle a été marquée par les ajustements budgétaires et par une intégration plus poussée de ses services. Les données citées dans ce rapport sont recueillies dans le système d'information des plaintes et de la qualité des services (SIGPAQS).

L'année 2016-2017 fut aussi marquée par un haut taux d'absentéisme, dans l'ensemble de l'organisation, qui a eu un impact important sur les services offerts aux usagers. Lorsque la liste de rappel est épuisée, les membres du personnel ne peuvent plus être remplacés et en conséquence l'offre de services est diminuée. Ceci s'est produit dans l'ensemble de l'organisation avec des conséquences sur les usagers en besoin de services. Au moment d'écrire ce rapport annuel, il s'agit d'une préoccupation majeure pour l'équipe des commissaires.

Il est à noter que l'équipe affectée au bureau des commissaires a été également touchée par la pénurie de main-d'œuvre et ceci a ralenti considérablement la capacité de gérer les plaintes à l'intérieur des délais légaux. En effet, seulement 65% des plaintes ont été conclues à l'intérieur du délai de 45 jours comparativement à 81% l'année précédente. Des ressources ont été ajoutées depuis avril 2017 et la situation devrait se résorber d'ici septembre 2017.

Vous trouverez dans les pages suivantes le détail des plaintes, des interventions, des demandes d'assistance et des consultations issues de l'équipe du Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services. Le traitement des plaintes concernant un médecin, un dentiste, un pharmacien, un étudiant stagiaire en médecine ou un résident (plaintes MDPR), reçues par les médecins examinateurs, de même que les activités du Comité de révision, font l'objet de rapports distincts.

J'aimerais tout d'abord souligner l'apport de la Commissaire adjointe intérimaire aux plaintes et à la qualité des services, Madame Marion Carrière, celle de Mme Guylaine Ouimet, commissaire adjointe jusqu'en juin 2016, celui du coordonnateur des Médecins examinateurs, Dr Martin Pham Dinh et toute l'équipe des Commissaires aux plaintes et à la qualité des services pour leur contribution à l'amélioration de services de santé et des services sociaux de l'Outaouais. S'ajoute la collaboration avec le comité des usagers, avec le comité des utilisateurs de l'hôpital Pierre-Janet et les comités des résidents, dans la poursuite de l'atteinte de nos objectifs communs en lien avec le processus d'amélioration de l'expérience des usagers ainsi que le respect de leurs droits.

Finalement, il ne faut surtout pas oublier la contribution des gestionnaires de l'établissement qui sont des acteurs clés dans l'actualisation des pistes de solutions nécessaires à l'amélioration des soins et services. Ces collaborations sont essentielles pour développer une vision globale des besoins de la clientèle et ainsi identifier les meilleures stratégies pour augmenter la satisfaction de celle-ci. Sans les attitudes d'ouverture et de collaboration présentes chez les gestionnaires et les employés de l'établissement, il

nous serait difficile d'exercer pleinement notre rôle et d'arriver à travailler concrètement à l'amélioration de la qualité des services au sein de l'établissement.

Les médecins examinateurs collaborent avec les commissaires locaux dans le processus d'examen des plaintes et l'identification des pistes de solutions aux problèmes administratifs ou organisationnels soulevés. Au cours de la dernière année, 102 plaintes médicales ont été reçues par les Médecins examinateurs.

Dans le cadre de ses fonctions, le Commissaire aux plaintes et à la qualité des services participe aux rencontres du Comité de vigilance et de la qualité, qui a tenu séance à quatre occasions en 2016-2017.



Louis-Philippe Mayrand

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

## Les faits saillants 2016-2017

Le rapport annuel du Commissaire aux plaintes et à la qualité des services prend sa source des données du programme «*Système d'information de gestion sur les plaintes et l'amélioration de la qualité des services*» (SIGPAQS).

- 451 plaintes non médicales soit 10% de plus que l'année précédente.
- 945 demandes d'assistance soit 19% de moins que l'année précédente.
- 64 dossiers d'intervention soit 39% de plus.
- 74 demandes de consultation soit 25% de plus.
- 65 % des plaintes ont été traitées à l'intérieur du délai légal de 45 jours comparativement à 81% l'année 2015-2016).
- 34 plaintes ont été acheminées en deuxième instance au Protecteur du citoyen soit 100% de plus que l'année précédente.
- Plaintes transmises aux médecins examinateurs:
  - 102 plaintes médicales
  - 59 % des plaintes médicales ont été traitées à l'intérieur du délai légal de 45 jours
  - 5 plaintes ont été référées en deuxième instance au Comité de révision et aucun dossier n'a été acheminé au Comité disciplinaire du CMDP

Il est intéressant de noter que le nombre de plaintes reçues a augmenté de 10% par rapport à l'année précédente. Il s'agit d'une tendance à la hausse qui se retrouve dans plusieurs régions du Québec.

Les demandes d'assistance sont à la baisse, fort probablement à cause de la pénurie de personnel que l'équipe des commissaires a subi durant l'année.

Il y a une hausse marquée des dossiers d'intervention, surtout à cause du fait que l'équipe des commissaires, est maintenant en mesure d'identifier les situations récurrentes qui ont un impact négatif sur la qualité des soins.

Les demandes de consultation sont également à la hausse puisqu'un nombre accru de membres du personnel consultent les commissaires. Ceux-ci donnent leur avis sur un ensemble de sujets touchant les droits des usagers.

Enfin, le Protecteur du citoyen s'est montré beaucoup plus actif en Outaouais puisque 34 dossiers ont été ouverts comparativement à 17 l'année précédente.

Il faut rappeler ici que l'équipe des Commissaires aux plaintes et à la qualité des services insiste pour que les insatisfactions soient gérées sur le terrain, au lieu de les référer immédiatement au régime de plaintes qui est en fait le dernier recours dans l'organisation.

Par ailleurs, une réponse rapide de l'équipe des commissaires aux insatisfactions (la grande majorité par téléphone) exprimées par les usagers, donne lieu souvent à une correction immédiate de la situation (l'obtention d'un rendez-vous manqué, la direction de la demande au bon endroit...). Un retour d'appel rapide et une bonne collaboration des gestionnaires sur le terrain nous paraissent être une bonne façon d'améliorer la satisfaction des usagers.

En dernier lieu, il faut prendre note du fait que pour la 1<sup>ère</sup> année depuis l'intégration, les données sont compilées par direction au lieu de par mission comme l'année précédente. Certaines données ne seront donc pas comparables parce qu'elles sont présentées d'une façon différente.

## **Dossiers phares**

### **Dossier des Résidences à assistance continue (RAC)**

Suite à une plainte signée par un regroupement de représentants légaux d'usagers, les commissaires aux plaintes et à la qualité ont réalisé plusieurs démarches auprès de la direction déficience intellectuelle, déficience physique et trouble du spectre de l'autisme (Direction DI-DP et TSA) pour se saisir des enjeux et des impacts inhérents à la transformation des Résidences à assistance continue (RAC). L'approche préconisée pour conclure celle-ci, fut basée sur la collaboration avec la direction concernée. Plusieurs consultations avec les cadres supérieurs ont été réalisées afin de non seulement conclure, mais également minimiser les impacts sur les usagers.

### **Intervention en hémodialyse**

Suite à un signalement d'une situation préoccupante pour la qualité et la sécurité des soins aux usagers de ce secteur, la commissaire adjointe a décidé de faire une intervention. Plusieurs démarches ont été faites auprès de la direction des soins infirmiers (DSI). Cette dernière est allée rencontrer des usagers et du personnel afin de bien saisir les préoccupations. Également, une rencontre a eu lieu à l'unité même avec l'équipe de gestion de ce secteur, la directrice et des néphrologues afin de bien comprendre les enjeux et de miser sur une collaboration avec la DSI. Suite à ses visites et aux discussions, la commissaire adjointe a noté des lacunes à différents niveaux ayant un impact sur la qualité et la sécurité des usagers soient l'organisation du travail, le climat de travail, les bris de confidentialité, la salubrité des lieux ainsi que les enjeux pour les usagers utilisant le transport adapté. Des recommandations ont été émises et des échanges constructifs ont eu lieu avec la DSI. D'ailleurs, certaines lacunes ont déjà été corrigées et des travaux sont en cours pour les autres actions à poser.

## Pratiques professionnelles

- Un dossier a servi de référence suite l'examen d'une plainte, où des lacunes importantes ont été notées au niveau des compétences et de la qualité des soins au triage. Ce dossier nous a permis d'avoir un regard global et de constater qu'il s'agissait d'une problématique systémique. Des lacunes récurrentes sont dénotées sur différents aspects au triage soient : évaluation clinique, évaluation de la douleur, réévaluation de l'utilisateur selon les exigences, inscription de la médication, liens entre la médication et les risques inhérents sur la condition actuelle de l'utilisateur, notes évolutives sur l'historique de chute ou d'impact, notes évolutives sur les observations sur tout changement dans la condition de santé de l'utilisateur lors de sa réévaluation et déclaration d'événements sentinelles. Des recommandations systémiques pour toutes les urgences du CISSS de l'Outaouais ont été faites à la DSI à l'égard de ces constats. Des actions ont déjà été mises en place et des chantiers de travail sont en cours.
- Un dossier a servi de référence suite l'examen d'une plainte, où des lacunes importantes ont été notées au niveau l'évaluation clinique et des notes au dossier, d'un résident en CHSLD. Le résident a démontré sur plusieurs jours consécutifs, des signes et symptômes physiques mais aucune action n'a été posée par le personnel soignant. L'examen du dossier a permis de constater que cette situation aurait pu être évitée si une évaluation du résident aurait été faite durant les soins d'hygiène. Des discussions ont eu lieu avec la direction du soutien à l'autonomie aux personnes âgées (SAPA), à l'égard de la recommandation demandant à l'avenir que l'évaluation intégrale de la personne soit pratiquée lors des soins de base, et que tout changement soit documenté. Suite à ces discussions, la direction SAPA a décidé d'intégrer ce fonctionnement dans tous les CHSLD afin d'assurer la qualité et la sécurité des soins.

## Consultation pour les urgences

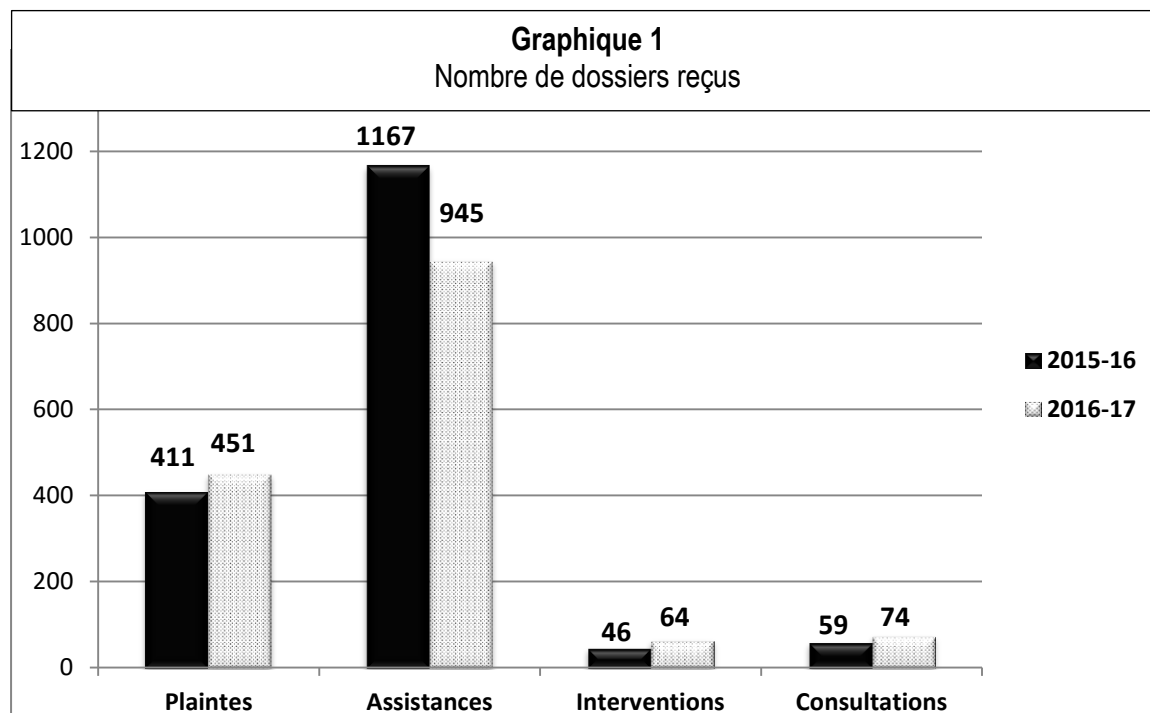
Plusieurs plaintes liées à la qualité des soins dans les urgences incluant le triage ont dû être examinés par les commissaires. Différents constats ont été faits : certaines pratiques professionnelles des infirmières au triage doivent être recadrées incluant l'évaluation clinique, la surveillance et le suivi des usagers, l'assistance pour les soins d'hygiène et le suivi des usagers à l'urgence par le personnel soignant ainsi que l'approche relationnelle auprès des usagers doivent être recadrées. Des recommandations ont été émises à cet effet, ce qui a suscité des discussions avec la DSI à l'égard des moyens/actions à mettre en place pour améliorer les soins. Un travail de collaboration s'est fait entre les commissaires et la DSI, à l'effet que les commissaires ont participé à une rencontre avec l'équipe de gestion de ce secteur, à titre de consultants afin de joindre nos efforts à ceux de la direction. L'objectif de ce travail conjoint se veut l'amélioration continue des soins et services offerts à la population. Des actions concrètes ont déjà été mises de l'avant par la DSI soit une réorganisation du travail au triage pour améliorer la surveillance et le suivi des usagers et un nouvel outil de travail pour les préposés au bénéficiaires pour assurer un suivi adéquat des soins à l'utilisateur. Des chantiers de travail sont également en cours.

## Assistance : cliniques externes et clinique d'orthopédie

Le bureau des commissaires a fait de multiples assistances auprès de la clientèle à l'égard des difficultés récurrentes d'accès téléphonique aux cliniques externes de l'hôpital de Hull et à la clinique d'orthopédie régionale. Les commissaires ont faits un état de situation afin d'évaluer les impacts sur la clientèle. L'analyse quantitative et qualitative démontre clairement un problème d'accessibilité pour la clientèle qui se résulte par des délais déraisonnables pour obtenir un rendez-vous. Les impacts se traduisent par le fait que les usagers ne reçoivent pas les suivis médicaux dans les délais exigés, dû aux problématiques importantes d'accessibilité. En fait, sur un total de 139 assistances pour des problèmes d'accès téléphoniques, 49.6% étaient liés à la clinique d'orthopédie et 32% aux cliniques externes de l'hôpital de Hull. Suite à ce constat, les commissaires ont décidé de faire une intervention auprès de la direction des services professionnels (DSP), responsable de ces secteurs. Des échanges ont eu lieu avec la direction de la DSP afin de clarifier les attendus pour améliorer l'accessibilité à ces services. Une analyse est actuellement en cours par la DSP et les moyens qui seront envisagés pour régler les problématiques seront soumis aux commissaires à très court terme.

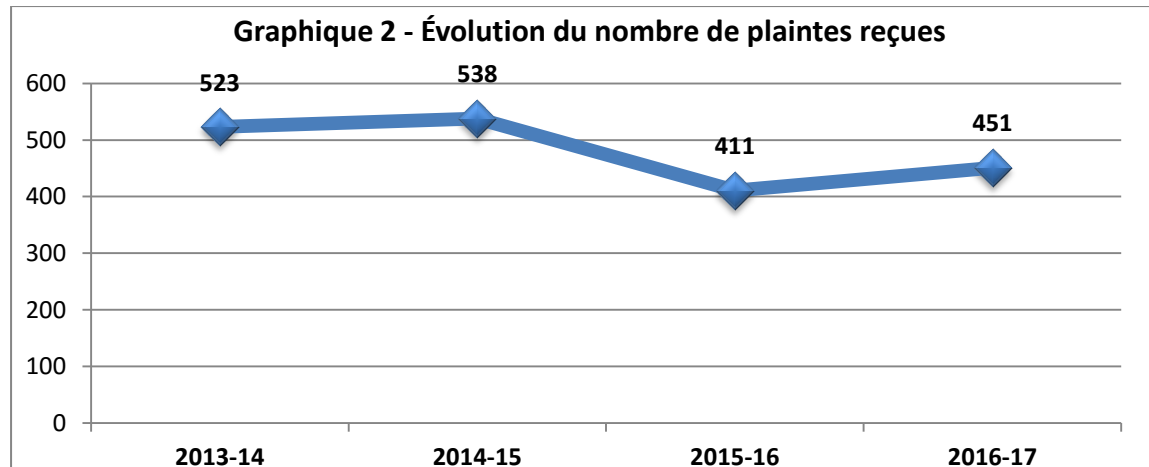
## Le traitement des dossiers analysés

Du 1er avril 2016 au 31 mars 2017

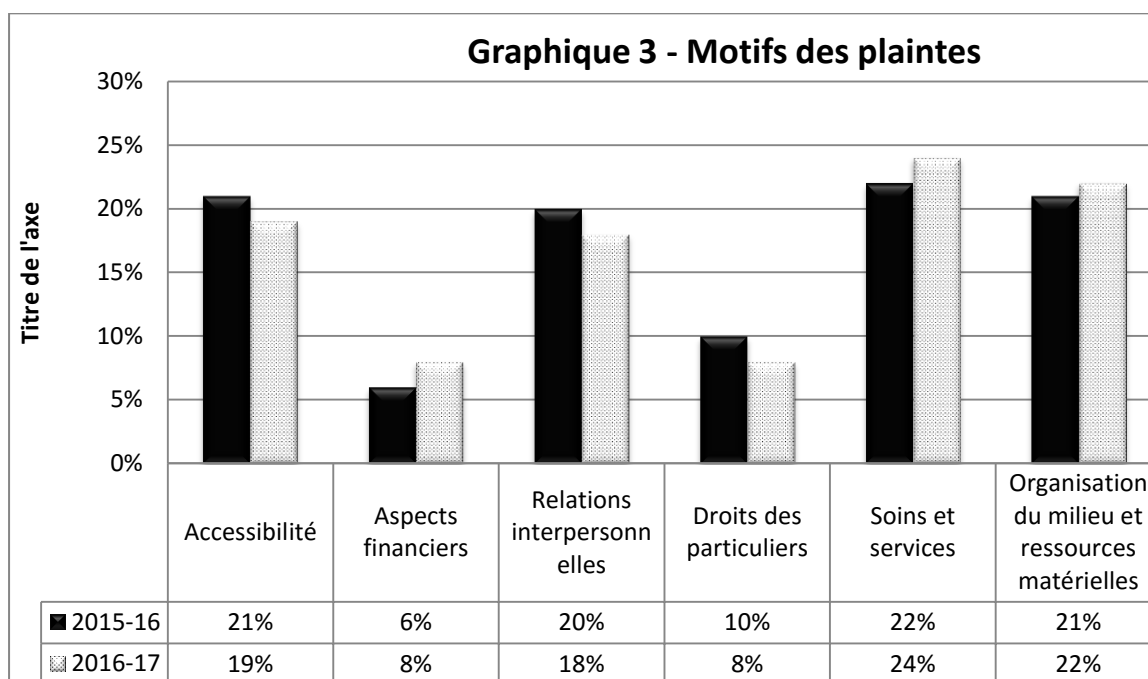




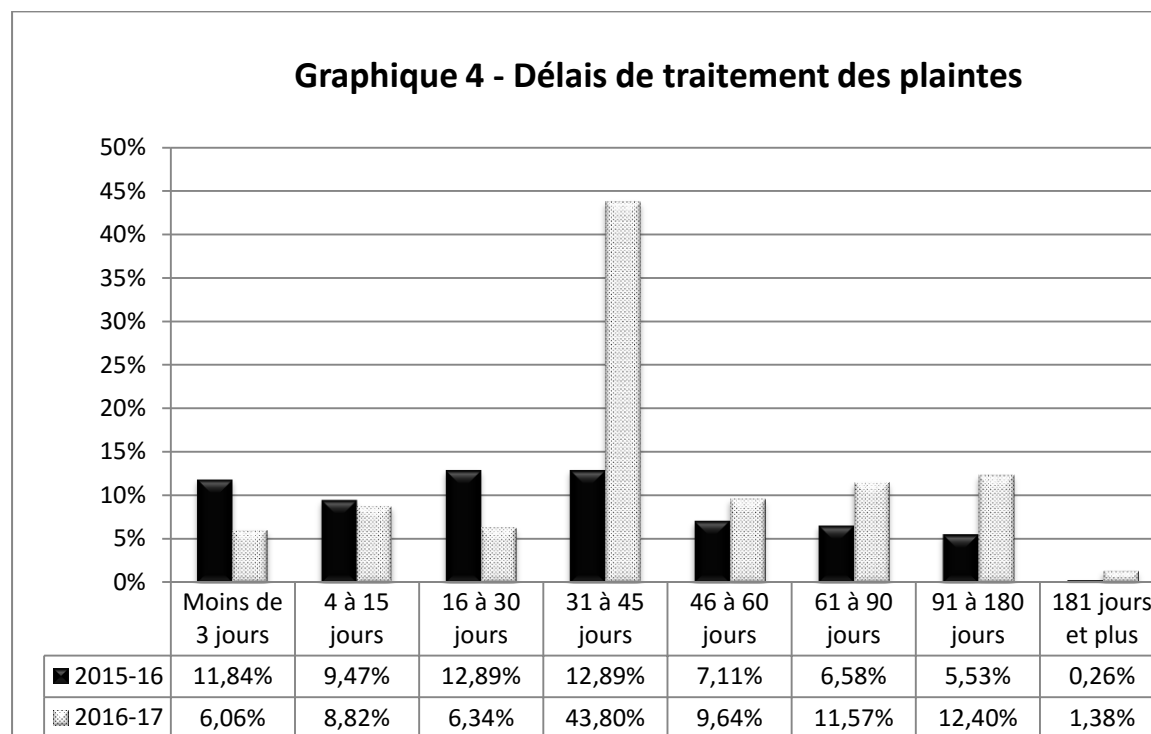
Nous observons au cours de l'année 2016-17, une hausse de 40 plaintes (10%) comparativement à l'année précédente. Par contre, le nombre d'assistances a connu une baisse significative de 222 (19%) comparativement à l'année 2015-16. Cette diminution est reliée, dans un premier temps, à notre capacité de réponse. En fait, le contexte simultané d'augmentation des plaintes en 2016-17 et de manque de ressources humaines, nous a obligé à revoir l'organisation du travail et de moduler l'offre de services. Les conseillers ont été attirés à l'analyse de dossiers, qui se veut leur rôle principal, et retiré de l'assistance téléphonique. Cette fonction a été totalement prise en charge par les techniciens en administration.



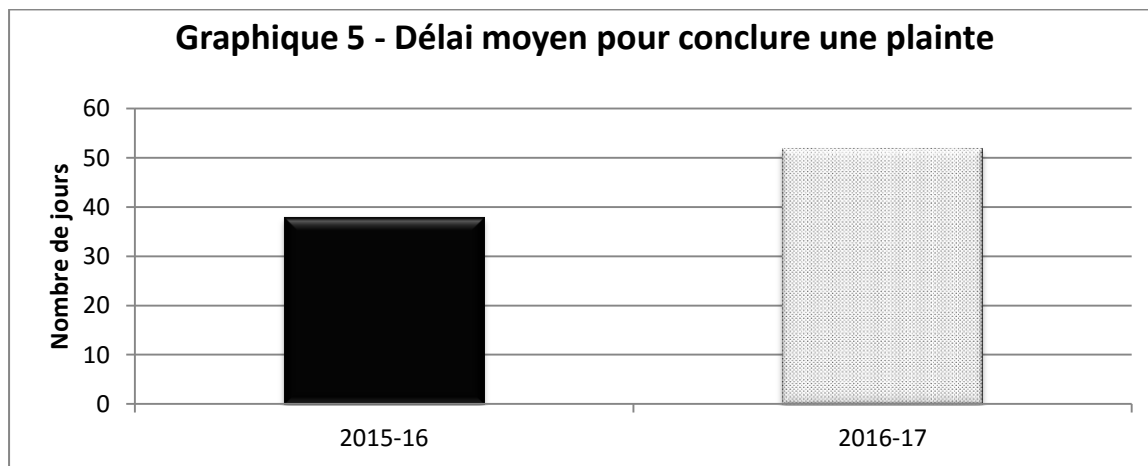
Ce graphique illustre le mouvement du nombre de plaintes reçues au cours des quatre dernières années. En 2015-16, la diminution est attribuable en grande partie au contexte de fusion du CISSS de l'Outaouais. En 2016-17, nous notons une augmentation des insatisfactions des usagers en lien avec différentes trajectoires de services de notre organisation.



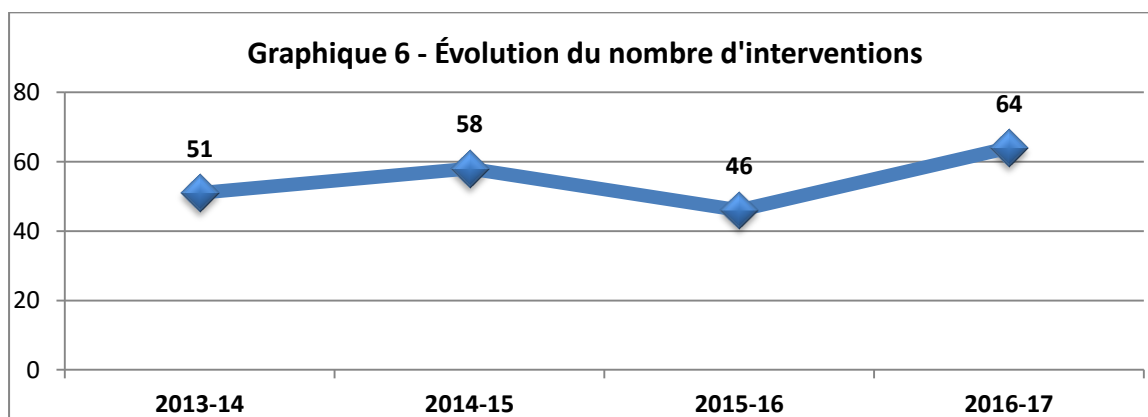
Nous constatons que malgré le travail fait l'an dernier à l'égard des quatre motifs principaux, le niveau d'insatisfaction des usagers s'est très peu amélioré. Des efforts soutenus devront être faits par les directions en ce sens.



Le délai du traitement des plaintes consiste au temps écoulé entre la réception d'une plainte et l'envoi de la conclusion à l'utilisateur. Rappelons que le délai prescrit par la loi est de 45 jours pour recevoir les conclusions du commissaire. Le graphique 4 illustre que le délai a été respecté seulement qu'à 43.80%. Par le fait même, nous constatons au cours de l'année 2016-17, un ralentissement dans la capacité de répondre dans les délais attendus. Ce ralentissement est marqué pour le traitement des plaintes entre 31 et 45 jours, qui est passé de 12.89% à 43.80%. Notons que la durée de traitement de 91 à 180 jours a plus que doublé comparativement à l'année précédente, en passant de 5.53% à 12.4%. Ce constat s'explique par l'augmentation du nombre de plaintes mais aussi par l'augmentation du nombre d'interventions et de consultations auxquelles le commissaire a dû apporter des actions et faire des suivis.

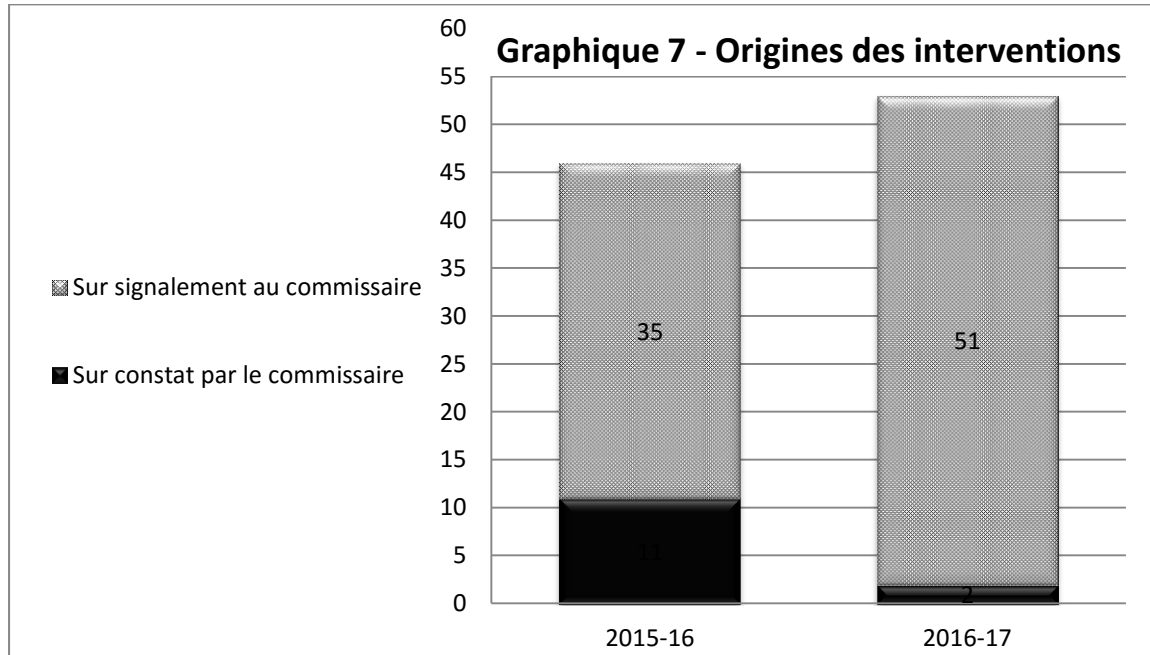


Ce graphique démontre que le délai moyen est passé de 38 jours à 53 jours et ceci est relié au contexte expliqué au graphique 4.

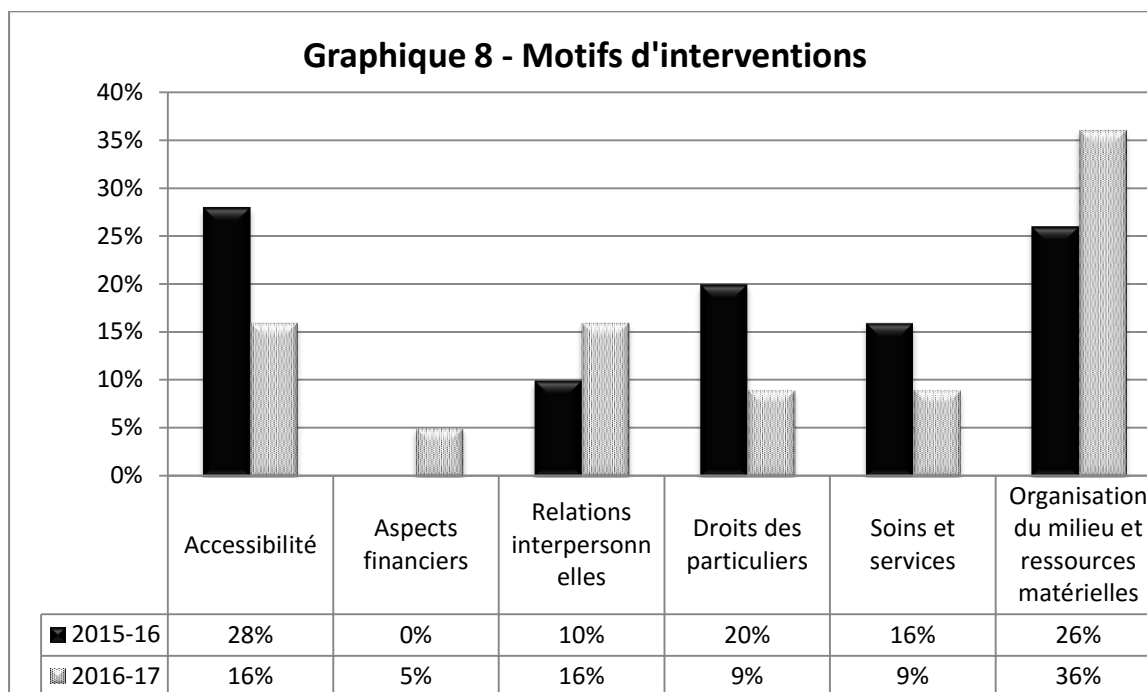


La décision d'intervenir suite à un signalement ou sur constat par le commissaire est un pouvoir et un devoir prévu à la LSSSS. À l'exception de l'année 2015-16, nous observons une augmentation du nombre d'interventions. Cette tendance devrait se maintenir vu la réalisation d'activités promotionnelles. Notons

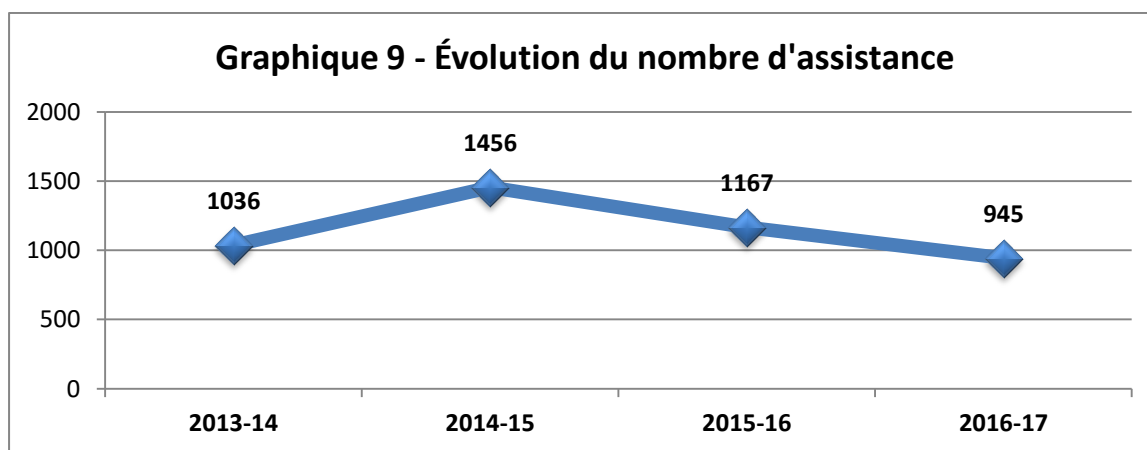
également que l'équipe du bureau des commissaires en est à sa deuxième année de fonctionnement et que certains processus se sont améliorés. Le bureau reconnaît rapidement les situations récurrentes ainsi que les problématiques systémiques.



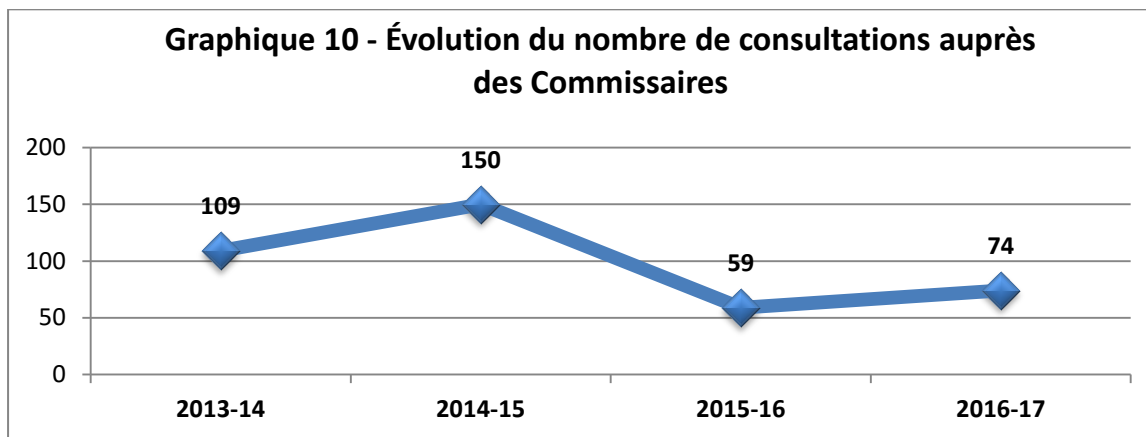
Par ailleurs, le commissaire constate un plus grand nombre de signalements issus du personnel du CISSS de l'Outaouais. Nous estimons qu'une préoccupation clientèle est à la source de ces références. Toutefois, les commissaires questionnent cette pratique et croient que les employés peuvent aussi rechercher à provoquer un changement via le bureau du commissaire ou qu'ils n'ont pas la connaissance de d'autres options pouvant répondre à l'insatisfaction qui leur est exprimée.



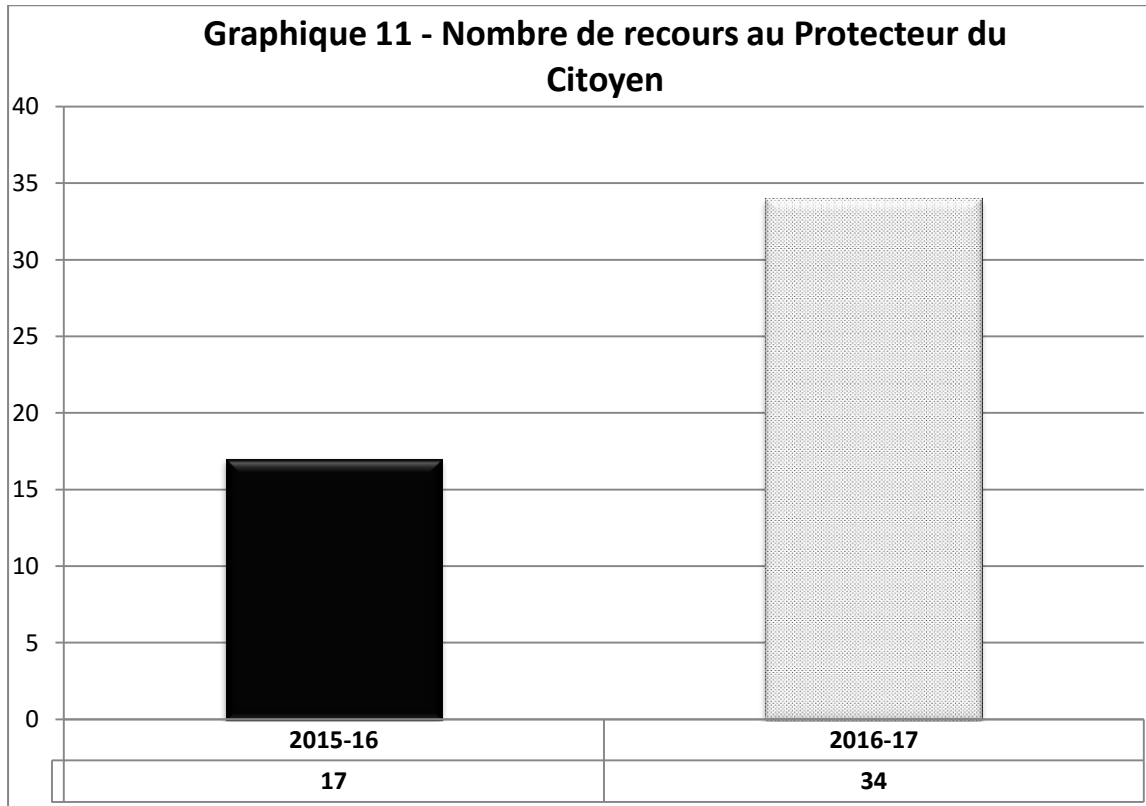
À l'exception du motif soins et services, le graphique 8 illustre que les interventions sont particulièrement liées à l'organisation du milieu et ressources matérielles (36%), à l'accessibilité (16%) et aux relations interpersonnelles (16%). Notons que ces quatre motifs sont également dominants dans les plaintes reçues. Nous observons une hausse marquée de 10% quant au motif lié à l'organisation du milieu tandis que le motif lié à l'accessibilité a diminué de 12%, et celui lié aux droits particuliers a été réduit de 11%. Nous tenons à souligner le travail de l'organisation au niveau de l'accessibilité dans la dernière année.



L'assistance est souvent le premier niveau d'agir du commissaire. Lorsqu'un usager nous demande de l'assister, tous les membres de notre équipe peuvent interpellier les gestionnaires concernés afin de résoudre l'insatisfaction exprimée. Cette action requiert une collaboration immédiate et une implication des gestionnaires.



Le nombre des consultations a augmenté puisque les membres du personnel y voient maintenant une plus-value pour leur prestation à l'égard des usagers.



Le nombre de recours au Protecteur du citoyen a augmenté de 100% au cours de l'année précédente et ceci n'est pas unique à notre région. Les recommandations du Protecteur du citoyen sont toujours accueillies avec respect et servent de référence dans l'analyse des plaintes.

## RECOMMANDATIONS

Au cours de l'examen des plaintes et des interventions, certaines mesures correctives sont mises en place rapidement lorsque les Commissaires jugent qu'il y a, entre autres, un risque pour la sécurité des usagers. Aussi, plusieurs mesures correctives sont apportées par les gestionnaires dès qu'ils reçoivent un avis de plainte ou d'intervention des Commissaires. Ceci dans le but de corriger immédiatement une situation et d'en éviter la récurrence.

Dans leurs conclusions, les Commissaires peuvent émettre des recommandations aux directions concernées en vue d'améliorer la satisfaction des usagers et de favoriser le respect de leurs droits.

### Bilan des recommandations des Commissaires selon l'étape de réalisation

En cours de réalisation au début de l'exercice	Émises durant l'exercice	Fermées durant l'exercice		En cours de réalisation à la fin de l'exercice
		Réalisées	Non-réalisables	
26	68	32	3	59

En 2016-2017, les Commissaires ont émis **68** recommandations. Ils ont assuré le suivi de ces nouvelles recommandations ainsi que le suivi de **26** recommandations émises dans les années antérieures qui elles, étaient encore en cours de réalisation en début d'année. Un effort considérable a été fourni par les directions pour mettre en œuvre les travaux nécessaires à la réalisation des recommandations. À cet égard, **32** recommandations ont été réalisées cette année et **3** ont dû être annulées puisqu'elles n'étaient plus réalisables pour diverses raisons. Ainsi, **59** recommandations demeurent en suivi actif au début de l'année 2017-2018. Toutes ces recommandations font l'objet d'un suivi auprès du Comité de vigilance et de la qualité.

Un dossier de plainte ou d'intervention peut contenir plusieurs motifs d'insatisfaction et les conclusions de ces dossiers ne comportent pas toutes des recommandations des Commissaires. Cependant, les 68 recommandations émises en 2016-2017 sont en lien avec les six catégories de motifs. C'est dire quelles couvrent l'ensemble des dimensions des services rendus par le CISSS de l'Outaouais.

Ces deux dernières années, les motifs d'insatisfaction les plus fréquents sont l'organisation du milieu, les soins et services et l'accessibilité.

### Motifs des dossiers de plainte et d'intervention dont l'examen a été conclu

MOTIF	PLAINTÉ	INTERVENTION	TOTAL	Total par motif %
Accessibilité	94	10	104	18.87
Aspect financier	38	3	41	7.44
Droits particuliers	41	6	47	8.53

Organisation du milieu et ressources matérielles	107	23	130	23.60
Relations interpersonnelles	90	10	100	18.15
Soins et services dispensés	117	12	129	23.41

<b>TOTAL</b>	<b>487</b>	<b>64</b>	<b>551</b>	<b>100.00</b>
--------------	------------	-----------	------------	---------------

Parmi les motifs touchant l'organisation du milieu (23.60%), l'absence de règles et de procédures soulève le plus d'insatisfaction. Certaines recommandations des Commissaires sont à l'effet d'établir des politiques ou procédures pour justement clarifier ce qui doit être fait, mieux organiser le travail et enfin, permettre de mieux encadrer le personnel. Par exemple, il est recommandé d'élaborer une politique ou procédure établissant la période de validité d'une requête d'examen de laboratoire pour tous les centres de prélèvements ou encore, de revoir le processus de divulgation suite à un décès, afin que les médecins et les professionnels appropriés soient présents et répondent aux questions des familles.

Les insatisfactions se rapportant aux soins et services sont tout aussi nombreuses (23.41%). Elles portent en majorité sur les habiletés techniques et professionnelles, c'est-à-dire les capacités de base à faire le travail, et aussi sur l'absence de suivi dans la continuité des soins et services. À l'égard de la compétence technique et professionnelle, une recommandation peut être à portée individuelle si un employé spécifique est visé par la plainte ou à portée systémique lorsqu'il s'agit d'établir, par exemple, un plan de formation pour tout le personnel d'une unité de soins ou d'un service. En ce qui a trait à la continuité des services, entre autres, une recommandation est à l'effet qu'il y ait analyse de la trajectoire des services offerts à un usager afin de revoir la qualité et la fluidité de l'offre de services rendus, dans le but d'améliorer les soins et services de manière intégrée, humanisée, sécuritaire et adaptée tout au long du parcours de la personne âgée vulnérable et en fin de vie.

Au troisième rang se situent les motifs en lien avec l'accessibilité (18.87%) et dans la même proportion, les motifs touchant les relations interpersonnelles (18.15%). Les insatisfactions rapportées en lien avec l'accès sont l'absence de service ou de ressource, les difficultés d'accès aux services requis, les délais pour les services aux urgences ou encore, le délai d'accès téléphonique pour prendre ou annuler un rendez-vous. L'accessibilité figurant parmi les priorités de l'établissement, plusieurs discussions et démarches ont eu lieu tout au long de l'année visant autant à améliorer l'accès aux divers services qu'à réduire les délais d'attente. Recevant plusieurs appels à cet égard, les Commissaires ont soulevé la problématique aux directions concernées afin que soit amélioré l'accès téléphonique dans certains secteurs. Aussi, une recommandation en lien avec l'accessibilité a été réalisée. L'offre de services en lien avec la prise de rendez-vous dans le secteur des Collines a été revu afin d'améliorer la facilité d'accès à la prise de rendez-vous pour l'ensemble des installations de ce secteur.

En ce qui a trait aux relations interpersonnelles, les motifs qui soulèvent le plus d'insatisfaction sont le manque d'empathie, l'attitude ou les commentaires inappropriés et l'abus d'autorité par un intervenant ou un professionnel. Douze demandes d'enquête et de suivi ont été adressées à la Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques concernant les comportements et attitudes d'employés spécifiques. Les Commissaires ont aussi demandé à des gestionnaires de rencontrer certains employés de leur service et d'évaluer la nécessité d'appliquer des mesures d'encadrement ou de soutien. Pour le respect des droits des usagers, les Commissaires veillent à ce que les valeurs de bienveillance, de professionnalisme, d'engagement et de collaboration, choisies par l'établissement, soient respectées et vivantes.



En plus d'assurer le suivi de leurs propres recommandations, les Commissaires suivent l'évolution des recommandations émises à l'établissement par le Protecteur du citoyen pour les dossiers de plaintes lui étant adressées en deuxième recours.

### Bilan des recommandations du Protecteur du citoyen selon l'étape de réalisation

En cours de réalisation au début de l'exercice	Émises durant l'exercice	Réalisées durant l'exercice	En cours de réalisation à la fin de l'exercice
2	28	15	15

Ainsi, en 2016-2017, le Protecteur du citoyen a émis **28** recommandations à l'établissement. L'évolution de ces recommandations et de deux recommandations de l'année antérieure, a mené à la réalisation de quinze d'entre elles. Une quinzaine de recommandations sont à poursuivre en 2017.

En 2016-2017, les directions impliquées dans la réalisation des recommandations des Commissaires et du Protecteur du citoyen ont non seulement mis en œuvre les actions nécessaires mais l'ont fait plus rapidement en respectant, pour plusieurs, les échéanciers demandés. En effet, si l'on veut intervenir efficacement pour améliorer les services et éviter la récurrence de situations déplorables, voire même dangereuses, les actions doivent être prises dans les plus brefs délais.

## **Conclusions et perspectives des Commissaires aux plaintes et à la qualité des services pour l'année 2017-2018**

Il s'agit du deuxième rapport annuel des Commissaires aux plaintes et à la qualité des services du CISSS de l'Outaouais. De plus en plus, les commissaires et les conseillers sont en mesure de raffiner leurs analyses à la lumière de l'expérience passée au cours des deux dernières années. Plus particulièrement, notre équipe est en mesure d'identifier les problématiques systémiques en faisant l'examen de dossiers phares, appelés ainsi car ils révèlent plus particulièrement certaines difficultés organisationnelles et cliniques qui touchent un nombre important de dossiers de plaintes.

Il est dorénavant clair pour toute l'équipe que les causes profondes d'un événement indésirable menant à une plainte ne se résument pas nécessairement au dernier geste posé. Pour avoir un effet systémique sur l'amélioration de la qualité des services, l'analyse et les recommandations du Bureau des commissaires aux plaintes et à la qualité des services doivent aussi tenir compte des causes plus profondes en amont des situations dénoncées par les usagers.

Au cours de l'année 2016-17, l'équipe des commissaires aux plaintes et à la qualité du CISSS de l'Outaouais a adressé 68 recommandations aux différentes directions concernées et 32 ont été réalisées durant l'année. Au total, 59 recommandations sont en cours de réalisation et un suivi actif sera fait par l'équipe pour s'assurer de la réalisation de celles-ci.

Plusieurs activités de promotion ont été organisées durant l'année écoulée. Tout d'abord, l'ensemble de nos outils promotionnels ont été refaits et déployés dans les installations. Outre ceux fournis par le MSSS, nous avons produit, un dépliant maison, plus facile à comprendre pour les usagers. Durant la semaine des droits des usagers, une conférence de presse fut organisée sur le droit de porter plainte et les médias y ont accordés une grande importance.

Par ailleurs, l'équipe des commissaires participent aux rencontres des familles qui ont lieu deux fois par année dans les CHSLD de l'Outaouais. Nous profitons de ces rencontres pour visiter d'autres installations et ainsi faire d'autres observations utiles à l'amélioration de la qualité. Nous collaborons également avec le comité des usagers et les comités de résidents pour promouvoir le régime de plaintes. Puis, nous présentons le rôle des commissaires dans différentes directions et équipes. Enfin, le formulaire de plainte en ligne a lui aussi été repensé pour être plus convivial.

Les plaintes et les insatisfactions ne sont pas les seuls éléments qui témoignent de la satisfaction des usagers, mais elles en représentent une manifestation significative. Selon nous, c'est une opportunité de questionner les pratiques cliniques ou administratives, d'améliorer constamment les processus qui mènent à la dispensation des services et d'entendre le point de vue des clientèles desservies par le réseau. La voix de la clientèle devient alors un levier pour l'amélioration de la qualité des services dans notre réseau.

Au début de l'année 2017-2018, des ajustements ont été apportés à l'équipe des commissaires de sorte qu'une nouvelle conseillère s'est ajoutée depuis le début de mai. Toutefois, les absences non remplacées de l'année précédente ont générées un retard important dans les conclusions de plaintes. De l'aide temporaire a été ajoutée à l'équipe pour gérer ces retards tant au niveau administratif que médical. Enfin, des mesures sont prises pour éviter qu'il y ait d'autres absences non remplacées au cours de l'année 2017-2018.

La prochaine année sera un grand défi pour le CISSS de l'Outaouais et pour le processus d'amélioration de la qualité. On note, au cours des derniers mois, une augmentation importante du nombre de plaintes et de signalements reçus. Ceci n'est pas unique à notre région mais bien plutôt un phénomène qui s'observe dans l'ensemble des régions du Québec. En effet, les ajustements apportés aux processus cliniques l'ont été faits dans l'ensemble du Québec, approximativement au même moment.

L'intégration de ces nouvelles trajectoires de services et de nouvelles façons de faire nécessite effectivement du temps et des efforts importants de la part de l'organisation. Le résultat obtenu sera nécessairement tributaire de la capacité de l'organisation à se réévaluer et d'intégrer, dans ses plans d'actions, les améliorations souhaitées par la population, entre autres par le biais des plaintes, des assistances et des interventions effectuées par l'équipe des commissaires en leurs noms.

Pour la prochaine année, le bureau des commissaires s'est fixé des objectifs afin de répondre à la clientèle de façon efficace, efficiente et dans les délais requis. Les objectifs suivants ont été établis : améliorer les trajectoires des dossiers de plaintes, création de tableaux de bord, revoir l'archivage des dossiers et réviser les tâches et le fonctionnement du personnel professionnel et cléricale et établir des indicateurs de qualité et de performance.

# Rapport annuel des Médecins examinateurs

Karim Abou-Nassar, MD  
Samia Attia-Galand, MD  
Chantal Gagné, MD  
Geneviève Gagnon, MD  
Marc Gaudet, MD  
Maurice Naïm, MD  
Thi Anh Thu Nguyen, MD  
Martin Pham-Dinh, MD  
Olivier Triffault, MD  
Grace-Anna Zoghbi, MD

## 2016-2017

du 1<sup>er</sup> avril 2016 au 31 mars 2017

Transmis au Commissaire aux plaintes et à la qualité des services le 25 mai 2017  
Transmis au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens le 2017  
Transmis au Président-directeur général le 15 juin 2017

## Préambule

Toute plainte, quelle qu'en soit la source, doit être dirigée vers le Commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

Lorsque la plainte ou l'un des objets de la plainte concerne un membre du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) ou un résident, le Commissaire aux plaintes doit la transmettre au Médecin examinateur dans les plus brefs délais.

Le Médecin examinateur est le médecin responsable de l'application de la procédure d'examen des plaintes qui concerne un membre du CMDP ou un résident. Il est désigné par le Conseil d'administration, sur recommandation du CMDP. Il n'a pas à être membre du CMDP (art. 34 et 42 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*).

Un de ses rôles est de voir à ce que la qualité des soins donnés par les médecins, dentistes, pharmaciens et résidents de l'établissement soit la meilleure possible.

S'il s'agit d'une plainte d'ordre administratif ou organisationnel, qui touche des services médicaux, celle-ci est traitée par le Commissaire aux plaintes, après consultation avec le Médecin examinateur, car celui-ci doit collaborer à l'identification des solutions à de tels problèmes.

Le Médecin examinateur constitue un dossier de plainte distinct du dossier médical et des dossiers professionnels. Ce dossier est confidentiel. Tous les documents se rapportant à la plainte et à son traitement sont inclus dans ce dossier. Les conclusions motivées et les recommandations du Médecin examinateur sont déposées au dossier du professionnel visé.

Le Médecin examinateur saisi d'une plainte, verbale ou écrite, doit décider de son orientation parmi les options suivantes:

- rejeter toute plainte qu'il juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi
- examiner la plainte
- acheminer la plainte vers le CMDP pour étude à des fins disciplinaires
- il peut, lors de l'étude de l'examen de la plainte, décider de l'acheminer directement vers le CMDP pour étude à des fins disciplinaires

Il existe un organisme communautaire appelé le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP) de l'Outaouais, dont le mandat est d'aider les gens à rédiger leur plainte.

Aux fins d'examen de la plainte, le Médecin examinateur a accès à tous les documents, y compris les dossiers médicaux et les dossiers des professionnels. Toute personne doit fournir au Médecin examinateur tous les renseignements ou documents qu'exige l'examen de la plainte. Toute personne doit également assister à une rencontre que celui-ci convoque.

Le Médecin examinateur doit, dans les 45 jours de la date où il accuse réception de la plainte, faire parvenir ses conclusions motivées par écrit au plaignant avec copie au professionnel visé ainsi qu'au Commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

Les conclusions et, le cas échéant, les recommandations du Médecin examinateur doivent être versées au dossier de plainte ainsi qu'au dossier du professionnel visé.

Dans les 60 jours de la date des conclusions du Médecin examinateur, **le plaignant ainsi que le professionnel visé** peuvent demander au Comité de révision des plaintes médicales de revoir le traitement accordé à l'examen de la plainte par le Médecin examinateur.

Ce Comité de révision des plaintes médicales est composé de trois membres nommés par le Conseil d'administration; deux de ces membres étant nommés parmi les médecins, dentistes ou pharmaciens sur la recommandation du CMDP.

Le Comité de révision des plaintes médicales doit permettre au plaignant, au professionnel visé et au Médecin examinateur de présenter leurs observations. Au terme de sa révision, le Comité doit, dans les 60 jours de la réception d'une demande de révision, faire parvenir par écrit un avis motivé à l'utilisateur, au professionnel visé, au Médecin examinateur ainsi qu'au Commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

**Le Comité de révision des plaintes médicales peut:**

- confirmer les conclusions du Médecin examinateur
- demander au Médecin examinateur un complément d'examen
- acheminer le dossier vers le CMDP pour formation d'un comité à des fins disciplinaires
- recommander au Médecin examinateur ou aux parties elles-mêmes des mesures de nature à les réconcilier.

La conclusion retenue dans son avis est donc finale.

Lorsque la plainte est traitée par un comité de discipline formé par le CMDP, le Médecin examinateur doit informer par écrit le plaignant, tous les 60 jours, du progrès de l'étude de la plainte tant que l'étude n'est pas terminée.

Après l'étude de la plainte, le Comité de discipline doit faire un rapport détaillé au comité exécutif du CMDP. Le comité peut faire des recommandations pour améliorer la qualité des soins.

Après étude du Comité de discipline, le comité exécutif formule ses recommandations au Conseil d'administration et lui transmet le dossier.

À toutes les étapes de l'étude d'une plainte, le Médecin examinateur est mis à contribution:

- Si le comité exécutif est d'avis qu'il n'y a pas lieu d'imposer des mesures disciplinaires, il informe le Médecin examinateur de ses conclusions motivées. Le Médecin examinateur doit en informer le plaignant et le Commissaire aux plaintes et à la qualité des services.
- Si le Conseil d'administration décide d'imposer des mesures disciplinaires à la suite des recommandations du CMDP, le Président-directeur général doit en avertir le professionnel visé et le Médecin examinateur. Ce dernier doit en informer le plaignant et le Commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

Le Médecin examinateur doit transmettre au Conseil d'administration et au CMDP un rapport annuel de ses activités et de ses recommandations.

## Traitement des plaintes du 1<sup>er</sup> avril 2016 au 31 mars 2017

### Bilan des dossiers de plainte selon l'étape de l'examen\*

En cours d'examen au début de l'exercice	Reçus durant l'exercice	Conclus durant l'exercice	En cours d'examen à la fin de l'exercice	Transmis au 2e palier
4	102	94	12	7

En 2016-17, 102 dossiers ont été adressés aux Médecins examinateurs et 94 ont été conclus durant l'exercice.

\*Les données en provenance du système SIGPAQS (Système d'information de gestion sur les plaintes et sur l'amélioration de la qualité de services) ne comptabilisent pas les plaintes en attente d'assignation à un Médecin examinateur pour examen.

À la fin de l'exercice 2016-17, plus de 70 dossiers sont en attente d'assignation à un Médecin examinateur, dont un reçu en juillet et deux reçus en août 2016.

### Bilan des dossiers de plainte selon l'étape de l'examen et la mission/classe/type

MISSION / CLASSE / TYPE	En cours d'examen au début de l'exercice	Reçus durant l'exercice		Conclus durant l'exercice		En cours d'examen à la fin de l'exercice	Transmis au 2e palier
		Nombre	%	Nombre	%		
<b>CH</b>							
CHSGS	3	90	88.24	84	89.36	9	7
CHSP	1	8	7.84	6	6.38	3	0
CHSLD	0	1	0.98	1	1.06	0	0
CLSC	0	3	2.94	3	3.19	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>102</b>	<b>100.00</b>	<b>94</b>	<b>100.00</b>	<b>12</b>	<b>7</b>

CHSGS : Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés

CHSP : Centre hospitalier de soins psychiatriques

CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée%

CLSC : Centre local de services communautaires

La grande majorité des plaintes traitées proviennent des hôpitaux.

État des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu selon le niveau de traitement et le motif

Motif / Niveau de traitement	Traitement non complété					Traitement complété		Total	Total par motif %
	Abandonné par l'utilisateur	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	Sous-total	Avec mesure	Sans mesure		
<b>Accessibilité</b>									
Délai pour obtenir rendez-vous	0	0	0	0	0	1	3	4	3.17
Report de chirurgie	0	0	0	0	0	2	0	2	1.59
Difficulté d'accès aux services formellement requis	0	0	0	0	0	0	3	3	2.38
Difficulté d'accès aux services réseau	0	0	0	0	0	0	1	1	0.79
Refus de services	0	0	0	0	0	0	1	1	0.79
<b>Sous-total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>11</b>	<b>8.73</b>
<b>Droits particuliers</b>									
Confidentialité	0	0	0	0	0	1	1	2	1.59
Droit à l'information sur l'état de santé	0	0	0	0	0	1	0	1	0.79
<b>Sous-total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>2.38</b>
<b>Organisation du milieu et ressources matérielles</b>									
Présences de règles et procédures	0	0	0	0	0	2	0	2	1.59
<b>Sous-total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>1.59</b>
<b>Relations interpersonnelles</b>									
Abus physique	0	0	0	0	0	0	1	1	0.79
Attitude non-verbale inappropriée	0	0	0	0	0	0	1	1	0.79
Commentaires inappropriés	0	0	0	0	0	1	2	3	2.38
Manque de clarté	0	0	0	0	0	0	1	1	0.79
Manque d'écoute	0	0	0	0	0	0	5	5	3.97
Manque d'empathie	1	0	0	1	2	1	14	17	13.49
Manque d'information	0	0	0	0	0	3	5	8	6.35
Refus de s'identifier	0	0	0	0	0	0	2	2	1.59
Manque de politesse	0	1	0	0	1	2	1	4	3.17
Manque à l'égard de la vie privée	0	0	0	0	0	0	1	1	0.79
<b>Sous-total</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>33</b>	<b>43</b>	<b>34.13</b>
<b>Soins et services dispensés</b>									
Habilités techniques et professionnelles	1	0	0	0	1	1	4	6	4.76
Compétence/présence de formation	0	0	0	1	1	0	0	1	0.79
Absence de suivi	2	0	0	0	2	2	11	15	11.90
Congé ou fin de service prématuré	0	0	0	0	0	0	1	1	0.79
Continuité/orientation inappropriée	0	0	0	0	0	0	1	1	0.79
Choix de médication	0	0	0	0	0	0	4	4	3.17
Décision d'appliquer une contention	0	0	0	0	0	1	0	1	0.79
Décision de priorisation	0	0	0	0	0	0	3	3	2.38



Évaluation et jugement professionnels	4	0	0	0	4	2	22	28	22.22
Organisation des services propre à l'établissement	0	0	0	0	0	0	1	1	0.79
Organisation des services propre à l'installation	0	0	0	0	0	2	0	2	1.59
Traitement / intervention	0	0	0	0	0	1	1	2	1.59
Traitement / médication	0	0	0	0	0	1	0	1	0.79
Application et suivi du plan de service ou d'intervention	0	0	0	0	0	0	1	1	0.79
<b>Sous-total</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>49</b>	<b>67</b>	<b>53.17</b>
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>11</b>	<b>24</b>	<b>91</b>	<b>126</b>	<b>100.00</b>

Prendre note qu'une plainte peut contenir plusieurs motifs. Les principales causes d'insatisfaction se regroupent sous deux volets : les relations interpersonnelles et les soins et services dispensés. Pour les motifs des **relations interpersonnelles**, les mesures émises ont été l'amélioration de la communication, l'information et la sensibilisation des professionnels. Des rappels ont également été effectués en lien avec les conduites attendues de la part des professionnels visés. À l'égard des motifs de plaintes touchant les **soins et services dispensés**, la grande majorité des mesures émises concernent la sensibilisation et l'encadrement des professionnels à l'application et au respect des protocoles et des politiques tant au plan individuel que systémique.

#### État des dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires

Dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires	Nombre
Plainte transmise au CMDP	1

Un seul dossier a été transmis au CMDP et celui-ci est toujours en cours.

#### État des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu selon le délai d'examen

DÉLAI D'EXAMEN	Moyenne (jours)	Nombre	%
Moins de 3 jours	1	6	6.38
4 à 15 jours	9	31	32.98
16 à 30 jours	23	21	22.34
31 à 45 jours	35	18	19.15
<b>Sous-total</b>	<b>19</b>	<b>76</b>	<b>80.85</b>
46 à 60 jours	51	5	5.32
61 à 90 jours	76	4	4.26
91 à 180 jours	120	9	9.57
181 jours et plus	0	0	0.00

<b>Sous-total</b>	<b>91</b>	<b>18</b>	<b>19.15</b>
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>94</b>	<b>100,00</b>

Le pourcentage de plaintes traitées dans le délai prescrit de 45 jours s'est largement amélioré cette année (80.85%) comparativement au résultat de 2015-2016 (59.43%).

Le délai moyen pour conclure une plainte dans le délai prescrit est ainsi passé de 22 jours en 2015-2016 à 19 jours en 2016-2017.

### **Sommaire des recommandations faites en 2016-2017**

Suite à l'analyse d'une plainte, le Médecin examinateur peut faire certaines recommandations. Le suivi de celles-ci est assuré par le Comité de vigilance et de la qualité.

Les recommandations peuvent être adressées comme suit:

- recommandations adressées à des médecins en particulier et déposées à leur dossier professionnel tel que la Loi l'exige
- recommandations adressées au CMDP ou à des chefs de départements ou de services pour corriger certaines lacunes afin d'améliorer les services.
- recommandations médico-administratives adressées au CMDP et à la direction pour la création de nouveaux services ou l'amélioration de certains aspects médico-administratifs. Ces recommandations peuvent être faites par le Médecin examinateur ou conjointement avec le Commissaire aux plaintes.

### **Liste des principales recommandations émises par les Médecins examinateurs**

- Diffusion d'un protocole de traitement des allergies avec Benadryl dès le triage dans toutes les salles d'urgence.
- Achat d'équipement pour l'évolution des urgences ophtalmologiques dans toutes les salles d'urgence.
- Mesure de l'acuité visuelle au triage dans toutes les salles d'urgence.
- Transmission aux urgentologues du document "Avis du médecin examinateur sur la prise en charge du traumatisme oculaire"
- Clarifier la trajectoire chirurgicale des patients avec des infections invasives.
- Établir une politique de congé et de suivi des patients vus en consultation par un spécialiste, mais sous les soins du médecin d'urgence.

- Processus de triage et d'orientation des consultations en orthopédie respectant les expertises de chaque orthopédiste.
- Avis aux usagers lorsqu'un orthopédiste cesse ses activités chirurgicales.
- Réviser la pertinence des rapports suggérant des radiographies de contrôle pour le suivi des pneumonies pédiatriques.

## Conclusion et objectifs pour l'année 2017-2018

Durant l'exercice 2016-2017, les Médecins examinateurs ont conclu le traitement de 94 dossiers de plaintes, ils ont émis 12 recommandations pour améliorer la qualité des soins et services offerts au CISSS de l'Outaouais et ils ont transféré 1 dossier au CMDP pour étude à des fins disciplinaires.

**Les bons points de 2016-17** furent l'instauration d'un système de pré-analyse de dossier qui réduit le délai de transmission de la plainte au médecin visé et qui améliore la performance des Médecins examinateurs d'environ 30%. De plus, cinq Médecins examinateurs ont été recrutés en décembre 2016 avec comme objectif de résoudre complètement les délais d'attente en 2017.

**Les difficultés en 2016-17** furent l'instabilité du soutien administratif. De décembre 2016 à avril 2017, l'absence du technicien en administration remplacé tardivement par un autre technicien à temps partiel, a occasionné d'importants retards dans la prise en charge des dossiers. La liste d'attente est passée de 40 à plus de 70 plaintes durant cette période.

**La réalité en 2016-17**, c'est l'augmentation constante du nombre de plaintes. Ce phénomène n'est pas local, il est national.

## Évolution du bilan des dossiers de plainte selon l'étape de l'examen

EXERCICE	En cours d'examen au début de l'exercice	Reçus durant l'exercice	Conclus durant l'exercice	En cours d'examen à la fin de l'exercice
<b>2016 - 2017</b>	4	102	94	12
<b>2015 - 2016</b>	19	91	106	4
<b>2014 - 2015</b>	17	79	77	19

Aux statistiques de 2016-17, il faut ajouter les plaintes non prises en charge durant l'année, soit un peu plus de 70. Il est difficile de comparer avec les années antérieures parce que cette donnée n'a pas été comptabilisée antérieurement, mais le nombre était certainement inférieur à 40. Si la tendance observée en début d'année 2017 se maintient, dans les premiers mois de l'année 2017-18 on risque de s'approcher du seuil critique d'un an d'attente pour la prise en charge des dossiers de plainte par le médecin examinateur.

L'accroissement du nombre de plaintes a complètement contrebalancé l'amélioration de la productivité offerte par le nouveau système de pré-analyse des plaintes. En 2017, il y a des dossiers complexes de plaintes à gérer, ils concernent principalement des décès survenus dans nos hôpitaux de Hull et Gatineau.

Le traitement de chaque plainte nécessite plusieurs heures de révision de dossier et de documentation, des rencontres avec le plaignant et les professionnels visés, mais également avec divers consultants d'autres services. Ces rencontres sont nécessaires pour bien comprendre les causes qui ont mené à l'insatisfaction des plaignants et pour déterminer si des correctifs sont nécessaires. Certains dossiers complexes ne peuvent être conclus dans les délais prescrits étant donné les délais nécessaires à l'obtention des informations et les rencontres à organiser.

Les objectifs des Médecins examinateurs pour l'année à venir sont de:

1. Diminuer les retards accumulés pour les dossiers en traitement. Considérant la charge de travail accumulée, l'élimination complète des retards est irréaliste dans la prochaine année.
2. Réduire les délais de traitement
3. Stabiliser l'équipe de soutien administratif à long terme
4. Développer l'expertise locale.

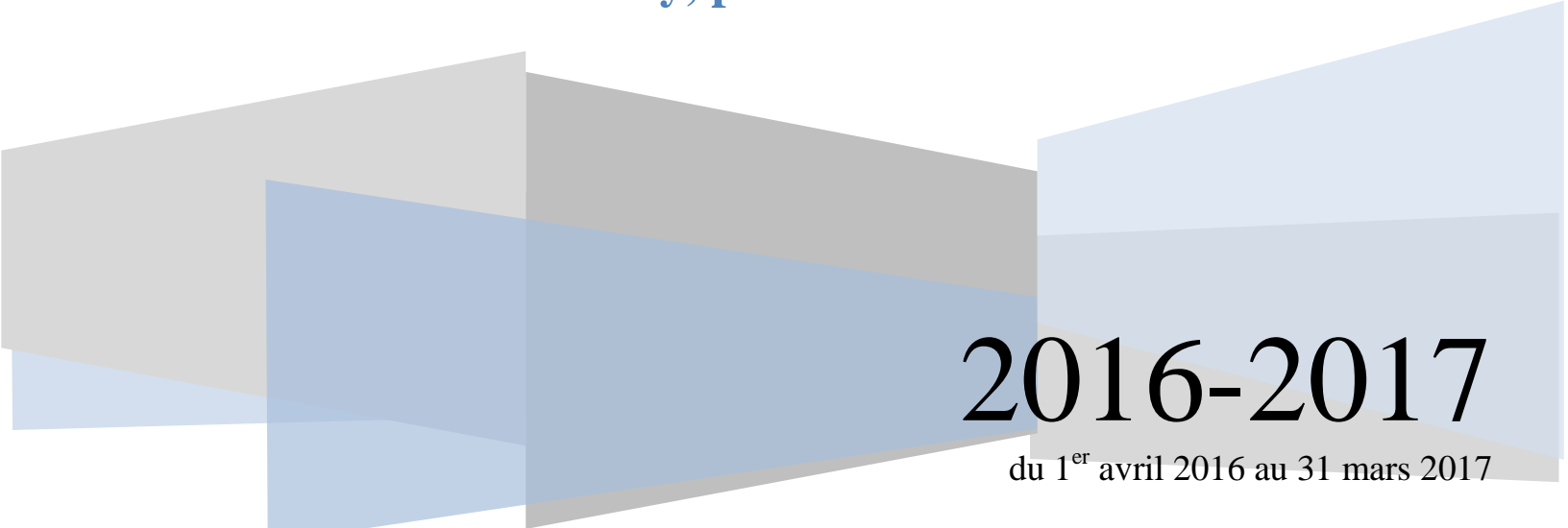
Dans les prochains mois, nous espérons encore améliorer la productivité du bureau avec un projet pilote qui vise la création d'une plateforme de collaboration en ligne et nécessitant une révision en profondeur du fonctionnement du bureau ainsi que des processus pour simplifier, structurer et organiser le travail.



Dr Martin Pham-Dinh,  
Médecin examinateur, Coordonnateur

# Rapport annuel du comité de révision des plaintes médicales

**M Michel Roy, président**



# 2016-2017

du 1<sup>er</sup> avril 2016 au 31 mars 2017

**Transmis à la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services le 1<sup>er</sup> juin 2017**  
**Transmis au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens le 11 juillet 2017**  
**Transmis au Président-directeur général le 15 juin 2017**

## Comité de révision du CISSS de l'Outaouais RAPPORT ANNUEL 2016-2017

### Préambule

Le Conseil d'administration du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Outaouais, le 29 octobre 2015, a institué un Comité de révision des plaintes médicales pour le CISSS de l'Outaouais. Ce comité a pour fonction de réviser le traitement accordé à l'examen des plaintes de l'utilisateur par un médecin examinateur de l'établissement.

### Mandat et responsabilités

Le Comité de révision des plaintes médicales a pour fonction, lorsque la demande lui en est faite par le plaignant ou par le professionnel visé par la plainte, de réviser le traitement accordé à l'examen de la plainte d'un usager ou de toute autre personne par un médecin examinateur du CISSS de l'Outaouais.

### Composition du comité de révision des plaintes médicales

Le comité de révision du CISSS de l'Outaouais était formé au 31 mars 2017 des membres suivants:

- M. Michel Roy, président
- Dr Gilles Aubé, membre
- Dre Amélie Gervaise, membre

Le comité s'est rencontré à cinq reprises, soit le 8 avril 2016, le 1er juin 2016, le 31 août 2016, le 17 octobre 2016, le 22 novembre 2016 et le 23 janvier 2017. Huit demandes de révision de plaintes ont été traitées dans l'année. Les motifs, conclusions, et délais de traitement des dossiers figurent dans le tableau suivant :

Dossier	Motif de la demande	Conclusion	Respect du délai (60 jours)
Dossier 2016-003	Erreur médicale	Demande de complément d'examen du médecin examinateur	Oui (34 jours)
Dossier 2016-004	Erreur médicale	Confirmation des conclusions du médecin examinateur	Oui (50 jours)
Dossier 2016-005	Erreur médicale	Confirmation des conclusions du médecin examinateur	Oui (25 jours)
Dossier 2016-006	Délais d'attente	Confirmation des conclusions du médecin examinateur + Recommandation C.A.	Oui (41 jours)
Dossier 2016-007	Suivi post-opératoire	Confirmation des conclusions du médecin examinateur + Recommandation C.A.	Oui (49 jours)
Dossier 2016-008	Suivi post-	Confirmation des conclusions du	Oui (49 jours)

	opérateur	médecin examinateur	
Dossier 2016-009	Accessibilité aux services	Confirmation des conclusions du médecin examinateur + Recommandation médecin examinateur	Oui (37 jours)
Dossier 2016-010	Délais d'attente	Confirmation des conclusions du médecin examinateur	Oui (42 jours)

2017-06-01

Deux recommandations ayant pour objet l'amélioration de la qualité des soins ou services médicaux, dentaires et pharmaceutiques ont été formulées par le comité.

### État des dossiers de plainte dont l'examen a été conclu selon le délai d'examen

DÉLAI D'EXAMEN	Moyenne (jours)	%
Moins de 60 jours	41	100
61 à 90 jours		
91 à 180 jours		
181 jours et plus		
TOTAL	41	100

Le Comité de révision des plaintes médicales doit rendre une décision motivée dans les 60 jours calendrier de la réception d'une demande de révision.

### Conclusion et objectifs pour l'année 2017-2018

Le comité de révision a adopté en 2016-2017 un rythme constant dans le traitement des demandes, permettant de respecter dans tous les cas le délai maximal de 60 jours. Les mandats des trois membres ont été renouvelés par le conseil d'administration à l'automne 2016 ce qui contribue à la qualité et la continuité des travaux.

Le comité tient à souligner la bonne collaboration du bureau de médecin examinateur, et du bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

Pour la prochaine année le comité souhaite conserver ou améliorer son délai moyen d'examen, mais surtout s'assurer qu'encore cette année, toutes les demandes de révision soient traitées dans le délai maximal de 60 jours. Également, le comité produira un document visant à faire connaître son mandat par la population de l'Outaouais et profitera des activités de communication et promotion du commissaire aux plaintes et à la qualité des services pour en assurer la distribution.



M. Michel Roy, président