

***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***

2015-2016

1^{er} avril 2015 au 31 mars 2016

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

Table des matières

Mot du Commissaire aux plaintes et à la qualité des services.....	4
Les faits saillants 2015-2016.....	6
Le traitement des dossiers analysés du 1^{er} avril 2015 au 31 mars 2016.....	7
L'évolution du nombre de plaintes reçues au cours des trois dernières années.....	8
Bilan des dossiers de plaintes selon l'étape de l'examen et la mission	9
Variation du nombre de plaintes reçues selon l'instance visée	10
Les motifs de plaintes	11
Les mesures correctives des dossiers de plaintes	13
Les mesures correctives à portée individuelle selon le motif de plainte	13
Les mesures correctives à portée systémique selon le motif de plainte	14
Dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires.....	15
Les délais de traitement des plaintes	15
Le traitement des interventions	16
L'évolution du nombre d'interventions au cours des trois dernières années.....	16
Les origines des interventions.....	16
Les principaux motifs d'intervention	17
Les mesures correctives à portée individuelle selon le motif d'intervention	17
Les mesures correctives à portée systémique selon le motif d'intervention.....	18
Les demandes d'assistance	18
L'évolution des demandes d'assistance au cours des trois dernières années.....	19
Les demandes de consultation	19
L'évolution des demandes de consultation au cours des trois dernières années	19
Les recommandations des Commissaires	20
Le recours au Protecteur du citoyen	21
Les motifs de plaintes transmis au Protecteur du citoyen	21
Autres fonctions des Commissaires	22
Conclusions et perspectives 2015-2016.....	23
ANNEXE 1 Rapport annuel des Médecins examinateurs.....	25
ANNEXE 2 Rapport du Comité de révision.....	37
ANNEXE 3 Personnes impliquées dans le régime d'examen des plaintes.....	43

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 aux plaintes et à la qualité des services du CISSSO. Ce rapport, couvrant la période du 1^{er} avril 2015 au 31 mars 2016, 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.

Il est important de rappeler que l'année écoulée a été marquée par la mise en place d'une nouvelle structure administrative qui intègre l'ensemble des établissements publics de santé et des services sociaux de l'Outaouais. Les données recueillies dans le système d'information des plaintes et de la qualité des services (SIGPAQS) ont été fusionnées, mais il est vraisemblable qu'il y ait un sous-dénombrement des assistances, des consultations et des interventions accomplies dans les CSSS de l'Outaouais maintenant regroupés dans le CISSS de l'Outaouais. Il est peu probable qu'il y ait un sous-dénombrement significatif dans les plaintes, car la très grande majorité de ces plaintes sont écrites.

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 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 aux plaintes et à la qualité des services, Madame Guylaine Ouimette, 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 des 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 dans le processus d'examen des plaintes et l'identification des pistes de solutions aux problèmes administratifs ou organisationnels soulevés. Nous tenons à souligner l'excellent travail, le dévouement et la précieuse collaboration des Médecins examinateurs, Dre Samia Attia-Galand, Dre Chantal Gagné, Dr Marc Gaudet, Dr Maurice Naim, Dr Martin Pham-Dinh et du substitut, Dr Jean Lemonde.

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 deux occasions en 2015-2016.

Louis P. Mayrand

Louis-Philippe Mayrand
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Les faits saillants 2015-2016

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

- 411 plaintes non médicales (↓ de 24 % comparativement à l'année 2014-2015)
- 1167 demandes d'assistance (↓ de 20 % comparativement à l'année 2014-2015)
- 46 dossiers d'intervention (↓ de 15 % comparativement à l'année 2014-2015)
- 59 demandes de consultation (↓ de 60 % comparativement à l'année 2014-2015)
- 80 % des plaintes ont été traitées à l'intérieur du délai légal de 45 jours (comparativement à 85 % pour l'année 2014-2015)
- 17 plaintes ont été acheminées en deuxième instance au Protecteur du citoyen (comparativement à 18 pour l'année 2014-2015)
- Plaintes transmises aux Médecins examinateurs:
 - 91 plaintes médicales (comparativement à 71 en 2014-2015)
 - 59 % des plaintes médicales ont été traitées à l'intérieur du délai légal de 45 jours (comparativement à 74 % pour l'année 2014-2015)
 - 3 plaintes ont été référées en deuxième instance au Comité de révision et 2 dossiers ont été acheminés au Comité disciplinaire du CMDP

Il est intéressant de noter que le nombre de plaintes reçues a chuté de façon significative par rapport à l'année précédente, soit 24% de moins. Une grande partie de cette diminution s'explique par le fait qu'il y a eu 102 plaintes de moins dans les centres hospitaliers du CISSS de l'Outaouais. Plus particulièrement, c'est au centre hospitalier de Hull (84 de moins) où la diminution a été la plus marquée.

Cette variation à la baisse a été particulièrement notable dans les secteurs d'activités de l'urgence et de la clinique d'orthopédie. En compilant le total des assistances, des interventions, des consultations et des plaintes, on note 28 % de moins que l'an passé à l'urgence et 52 % de moins à la clinique d'orthopédie.

Nous croyons que les efforts soutenus du gestionnaire de l'urgence à répondre aux insatisfactions sur-le-champ ont grandement contribué à cette réduction significative. Quant à la clinique d'orthopédie, nous estimons qu'un meilleur accès téléphonique explique bien la diminution des insatisfactions.

La même tendance à la baisse a été notée dans les anciennes missions: CLSC (-19 %), CHSLD (-14 %), CJ (-14 %) et CRDI-TED (-44 %) avec 32 plaintes de moins au total.

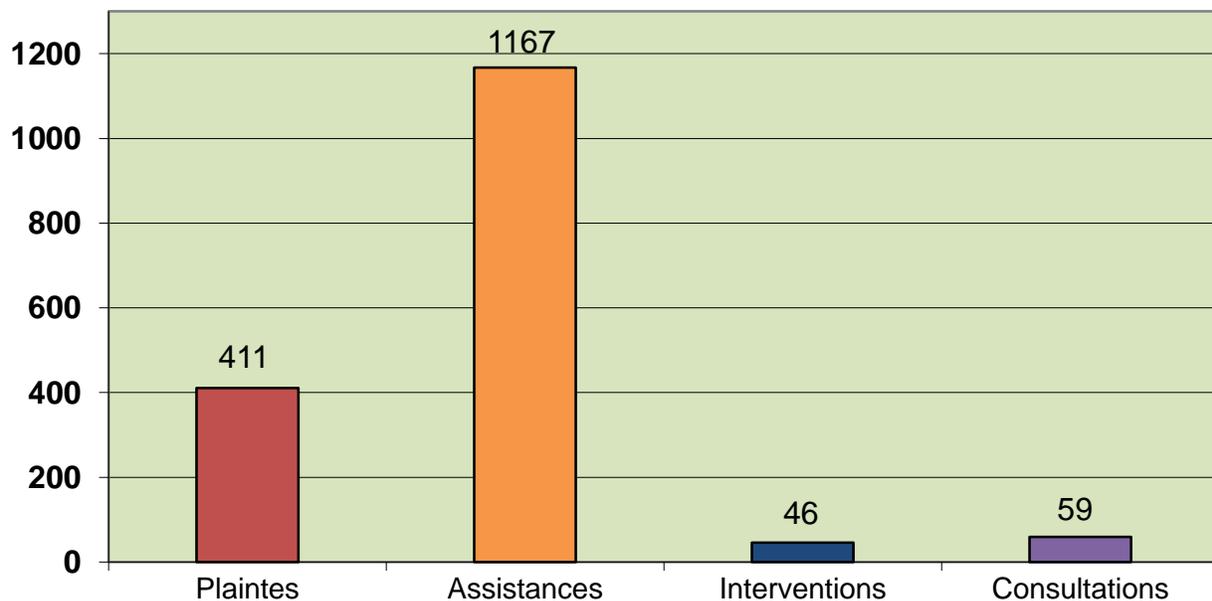
Au niveau des motifs de plaintes, on note une diminution de 42 % des plaintes touchant l'accessibilité, (-47 %) touchant l'aspect financier, (-41 %) concernant les droits particuliers, (-1 %) au niveau de l'organisation du milieu, (-27 %) en ce qui concerne les relations interpersonnelles et finalement (-27 %) pour les soins et services dispensés.

Par ailleurs, il y a eu 28 % moins de plaintes conclues avec mesures et 20 % de demandes d'assistance de moins que l'année précédente.

Il faut dire ici que l'objectif de l'équipe des Commissaires aux plaintes et à la qualité des services pour 2015-2016 était justement que les insatisfactions soient gérées de plus en plus sur le terrain au lieu de les référer immédiatement au régime de plaintes.

Par ailleurs, une réponse rapide de l'équipe des Commissaires aux insatisfactions (la grande majorité par téléphone) exprimées par les usagers donne souvent lieu à une correction immédiate de la situation (par exemple, 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 excellente façon d'améliorer la satisfaction des usagers.

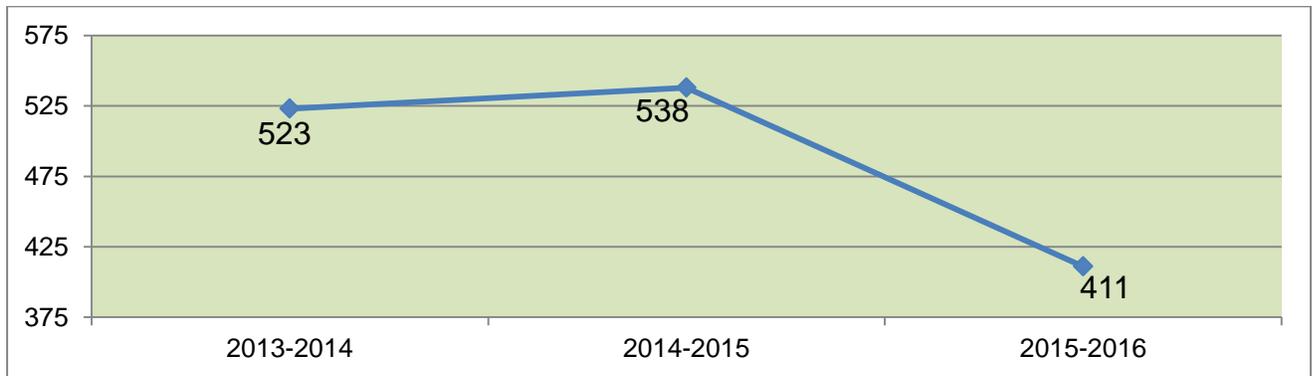
Le traitement des dossiers analysés 1^{er} avril 2015 au 31 mars 2016



- 411 **plaintes** ont été reçues conformément à la procédure d'examen des plaintes des usagers.

- 1167 demandes d'**assistance** ont été adressées à l'équipe des Commissaires. De ces demandes, 708 (61 %) concernaient un soin ou un service et 459 (39 %) étaient relatives à une demande d'aide à la formulation d'une plainte.
- 46 **interventions** ont été effectuées par les Commissaires conformément aux dispositions de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.¹ (*Lois et Règlements du Québec* (L.R.Q., chapitre S-4.2)).
- 59 demandes de **consultation** ont été formulées auprès de l'équipe des Commissaires aux plaintes et à la qualité des services. Ces demandes proviennent principalement des gestionnaires, des intervenants du CISSS de l'Outaouais et de différents intervenants du réseau de la santé et des services sociaux de même que des bureaux des différents députés de la région. Ces consultations portent généralement sur les droits des usagers ainsi que sur le régime d'examen des plaintes.

L'évolution du nombre de plaintes reçues au cours des trois dernières années

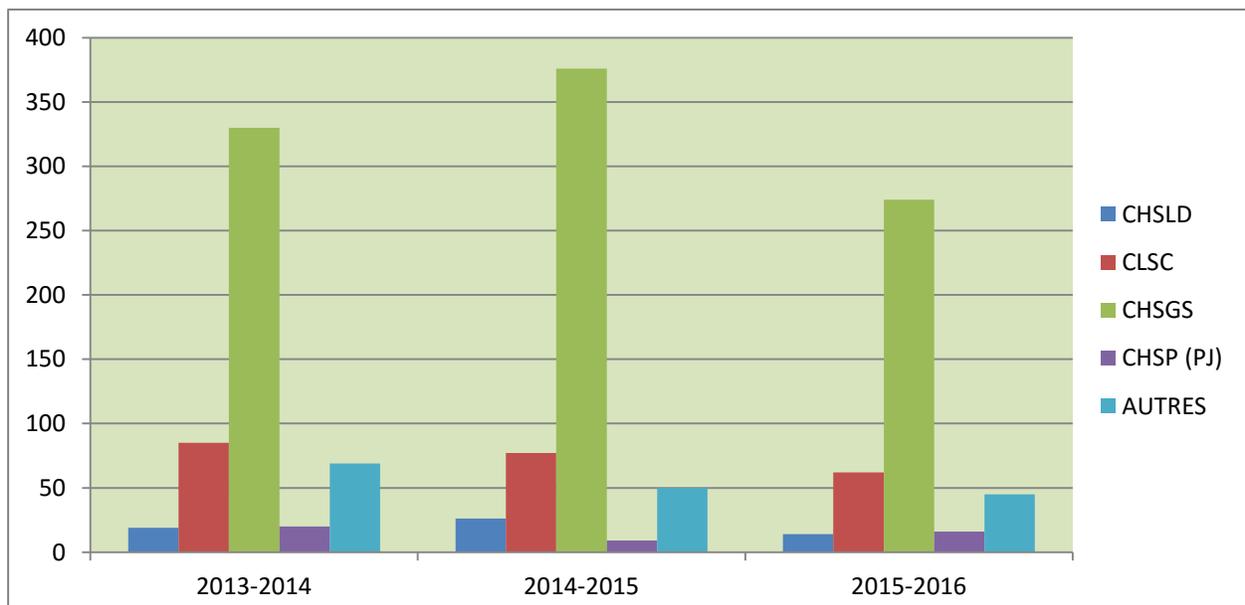


Bilan des dossiers de plaintes selon l'étape de l'examen et la mission

MISSION	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	%		
CLSC	2	62	14,62	58	14,76	6	6
CHSGS	16	274	64,62	254	64,63	36	7
CHSP (PJ)	0	16	3,77	15	3,82	1	0
CHSLD	0	14	3,30	13	3,31	1	1
CPEJ	0	25	5,90	21	5,34	4	1
CRDI-TED	0	10	2,36	10	2,54	0	1
CRDA	0	6	1,42	5	1,27	1	1
CRDV	0	3	0,71	3	0,76	0	0
CRJDA	0	1	0,24	1	0,26	0	0
TOTAL	18	411	100,0	393	100,0	49	17

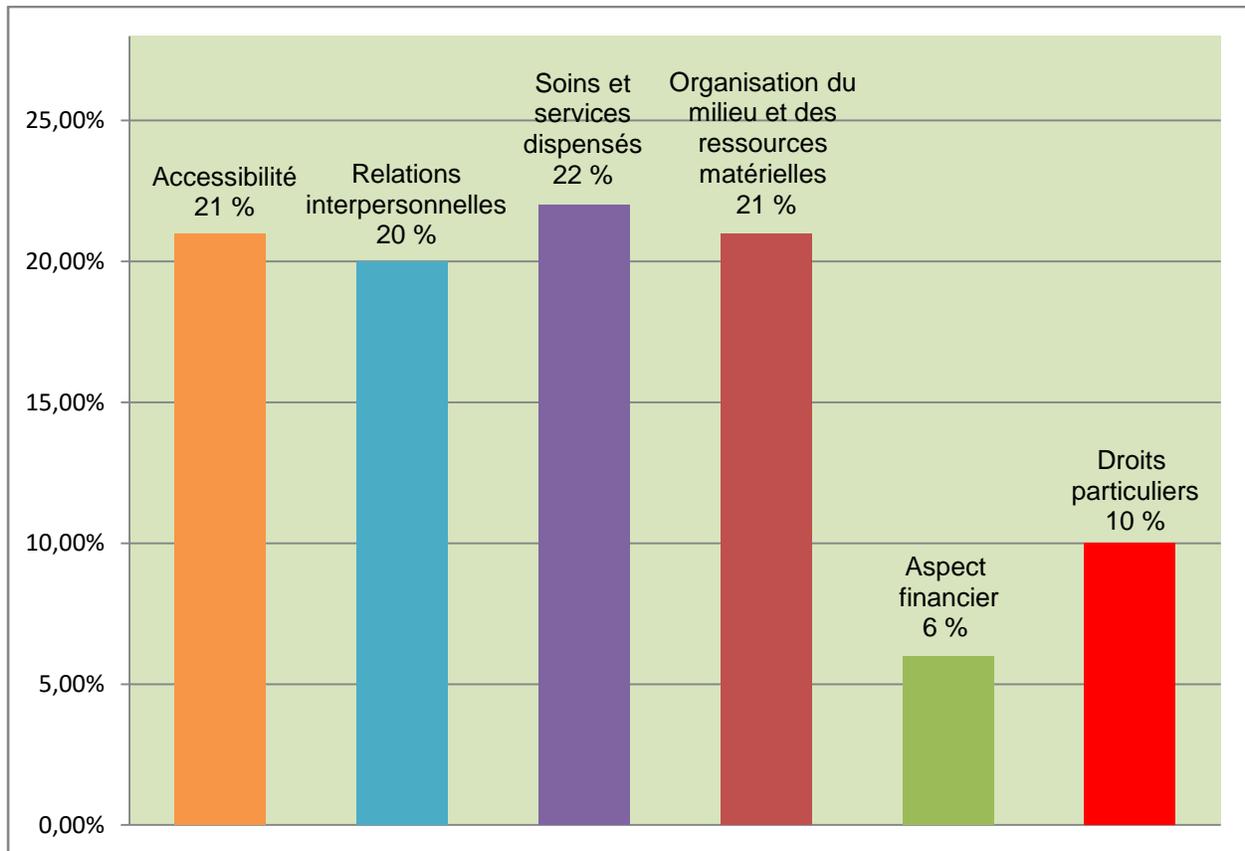
Variation du nombre de plaintes reçues selon l'instance visée

MISSION	2015-2016	2014-2015	2013-2014
CHSLD	14	26	19
CLSC	62	77	85
CHSGS	274	376	330
CHSP (PJ)	16	9	20
AUTRES	45	50	69
TOTAL	411	538	523



Tel que décrit précédemment, il y a eu une réduction importante du nombre de plaintes dans l'ensemble des missions qui composent maintenant les différentes directions du CISSS de l'Outaouais.

Les motifs de plaintes



➤ **L'accessibilité aux soins et services**

L'attente sous diverses formes demeure le grand défi pour l'accessibilité. 67 % des 150 motifs concernent en effet les délais: longues attentes à l'urgence, pour obtenir une ligne téléphonique, pour obtenir un résultat, report de chirurgie... L'absence de services et les difficultés d'accès aux services formellement requis viennent en seconde place avec 21 % des motifs qui y sont reliés.

➤ **Relations interpersonnelles**

Le manque d'empathie représente à lui seul 26 % de l'ensemble des motifs reliés aux relations interpersonnelles. Les commentaires inappropriés (17 %), le manque d'écoute (9 %), le manque d'information (10 %) et de politesse (9 %) sont aussi parmi les principales causes d'insatisfaction.

Treize de ces dossiers de plainte ont été référés à la Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques (DRHCAJ) pour analyse plus approfondie en vertu de l'article 37 conformément à la *Loi sur les services de santé et des services sociaux* (LSSSS).

➤ **Soins et services dispensés**

Par rapport à l'année précédente, on note une diminution importante (-39 %) des motifs reliés aux soins et services dispensés. Seulement 15 % des motifs concernent les compétences techniques et professionnelles. Par contre, 30 % concernent plutôt l'organisation des soins et services, comme l'absence de suivi ainsi que la coordination

entre les services. 23 % se rapportent à l'action faite sur le terrain, soit les interventions, l'approche thérapeutique et la médication. Plusieurs mesures correctives individuelles ont été prises pour éviter de nouvelles insatisfactions.

➤ **Organisation du milieu et ressources matérielles**

On observe ici le même nombre de motifs reliés à cette rubrique qu'en 2014-2015. Il s'agit de la seule exception, car toutes les autres familles de motifs sont en diminution en 2015-2016. Ceci dénote, à notre avis, que des efforts doivent être consentis surtout au niveau des règles et procédures qui comptent pour 53 % des motifs de plaintes en 2015-2016.

Évidemment, la transformation des services de l'organisation implique une certaine révision des règles et procédures qui ne sont pas toujours intégrées par le personnel sur le terrain. Tout comme l'année précédente, plusieurs rappels ont été émis en lien avec l'application et la révision des règles de soins, les procédures clinico-administratives en vigueur ainsi que la révision de politiques.

L'équipe des Commissaires s'assure qu'un suivi est fait dans l'application des mesures correctives mises de l'avant. C'est le cas notamment de la présence de fauteuils roulants pour la clientèle avec mobilité réduite à l'hôpital de Papineau. L'insatisfaction perdurait depuis plusieurs années et il semble que les mesures appliquées ont porté fruit. On note toutefois une diminution significative des pertes ou des vols en 2015-2016 alors qu'ils avaient augmenté en 2014-2015.

➤ **Droits particuliers**

Le droit à la confidentialité demeure un enjeu important pour l'organisation alors que 22 % des motifs de plaintes en matière de droits particuliers s'y retrouvent. L'accès aux services en langue anglaise ainsi que l'accès à une communication assistée en langage des signes demeurent des motifs pour lesquels il faut apporter une attention permanente.

➤ **Aspect financier**

Les mêmes tendances à la baisse s'observent au niveau financier pour l'année 2015-2016. Toutefois, 25 % des motifs de cette rubrique touchent les frais de stationnement et 34 % les frais de chambre, surtout en milieu hospitalier. À ce sujet, des interventions sont faites sur le terrain pour s'assurer que les usagers reçoivent l'information appropriée par le service responsable de la facturation et non par le personnel de soins.

Au total, parmi l'ensemble des plaintes adressées aux Commissaires, nous comptons 644 motifs de plainte différents, en comparaison avec 857 en 2014-2015. Pour 265 d'entre eux, aucune mesure corrective ne fut nécessaire puisque des clarifications ont été fournies aux plaignants. Pour les 331 autres motifs, des mesures correctives ont été émises, incluant des recommandations déposées au Comité de vigilance et de la qualité pour corriger ou améliorer la qualité des soins et services. Finalement, il y a eu 48 motifs dont le traitement n'a pas été complété pour des raisons d'abandon, de refus ou de désistement de l'utilisateur ou de rejet sur examen sommaire. (*LSSSS, art 46.4*).

Les mesures correctives des dossiers de plaintes

Des conclusions sont émises pour chaque plainte traitée et sont dégagées de chaque intervention menée. Plusieurs d'entre elles visent à donner des explications ou des informations sur les situations rapportées et un dossier peut comporter plus d'un motif. Ainsi, cela permet au plaignant de mieux comprendre les critères d'éligibilité aux services de santé et aux services sociaux et le mode d'organisation et de dispensation de ces services. Par contre, lorsque des correctifs ou des améliorations découlant du traitement d'une plainte ou d'une intervention sont nécessaires, des mesures correctives visant l'amélioration de la qualité des services sont alors identifiées afin de réduire les écarts et éviter la récurrence des problématiques vécues par l'utilisateur. Ces mesures peuvent être individuelles, c'est-à-dire visant à rétablir la situation spécifique d'un usager, ou être de nature systémique et viser à prévenir la répétition de la lacune observée touchant, de ce fait, un ensemble de personnes.

Les mesures correctives à portée individuelle selon le motif de plainte

MESURE / MOTIF	Accessibilité	Aspect financier	Droits particuliers	Organisation du milieu et ressources matérielles	Relations interpersonnelles	Soins et services dispensés	TOTAL
Adaptation des soins et services - Autre	1	0	0	0	0	0	1
Ajustement professionnel	0	0	0	0	1	2	3
Collaboration avec le réseau	0	0	0	0	1	0	1
Amélioration des communications	1	0	0	0	0	1	2
Encadrement de l'intervenant	2	0	4	4	38	13	61
Réduction du délai	6	0	0	0	0	0	6
Changement d'intervenant	1	0	1	0	2	2	6
Élaboration / révision / application	0	0	0	0	0	1	1
Formation du personnel	0	0	0	0	0	1	1
Services dans la langue de l'utilisateur	0	0	1	0	0	0	1
Ajustement technique et matériel	0	0	0	2	0	0	2
Relocalisation / transfert d'un usager	0	0	0	2	0	0	2
Information / sensibilisation d'un intervenant	3	0	2	2	32	9	48
Obtention de services	3	0	0	1	0	1	5
Ajustement financier	0	8	0	1	0	0	9
Respect du choix	1	0	0	0	0	0	1
Sous-total	18	8	8	12	74	30	150

Les mesures correctives à portée systémique selon le motif de plainte

MESURE / MOTIF	Accessibilité	Aspect financier	Droits particuliers	Organisation du milieu et ressources matérielles	Relations interpersonnelles	Soins et services dispensés	TOTAL
Ajustement des activités professionnelles	4	0	0	3	0	0	7
Ajout de services ou de ressources humaines	5	0	0	1	0	0	6
Amélioration des communications	2	0	5	4	0	5	16
Collaboration avec le réseau	1	0	0	0	0	2	3
Élaboration/révision/application	4	0	0	1	0	2	7
Encadrement/information/sensibilisation des intervenants	6	3	5	19	16	17	66
Réduction du délai	6	0	0	0	0	0	6
Adaptation du milieu et de l'environnement	4	0	2	18	0	0	24
Code d'éthique	0	0	0	0	1	0	1
Politiques et règlements	0	0	3	9	0	3	15
Protocole clinique ou administratif	4	0	0	8	0	7	19
Ajustement financier	0	3	0	1	0	0	4
Communication / promotion	0	0	0	0	1	0	1
Formation / supervision	0	0	0	2	3	3	8
Respect des droits	0	0	2	0	0	1	3
Sous-total	36	6	17	68	21	40	188

TOTAL des mesures	54	14	25	80	95	70	338
--------------------------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	------------

Mesures

- 16 % des mesures touchaient l'accessibilité aux soins et services.
- 4 % sur l'aspect financier
- 7 % concernaient les droits particuliers
- 24 % l'organisation du milieu et les ressources matérielles
- 28 % les relations interpersonnelles
- 21 % les soins et services dispensés

L'information, la sensibilisation et l'encadrement des intervenants sont les mesures les plus fréquentes. Des rappels ont été effectués en lien avec les conduites attendues. Plusieurs dossiers ont nécessité l'encadrement de l'intervenant par le gestionnaire.

Dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires

Dossiers transmis pour études à des fins disciplinaires	Nombre
Orientations pour étude disciplinaire non médicale (RH)	13

Cette année, dans le cadre de l'analyse de dossiers de plaintes, les Commissaires ont transmis à la Direction des ressources humaines 13 situations dont la pratique ou la conduite du membre du personnel a soulevé des questions d'ordre disciplinaire. Cette action s'inscrit dans le cadre de la *Loi sur les services de santé et des services sociaux* (art. 33, alinéa 5; art. 37).

Les délais de traitement des plaintes

DÉLAI D'EXAMEN	Pourcentage
Moins de 3 jours	11,84%
4 à 15 jours	9,47 %
16 à 30 jours	12,89 %
31 à 45 jours	46,32 %
Sous-total	80,52 %
46 à 60 jours	7,11 %
61 à 90 jours	6,58 %
91 à 180 jours	5,53 %
181 jours et plus	0,26 %
Sous-total	19,48 %
Total	100.00 %
Délai moyen pour conclure une plainte	38 jours

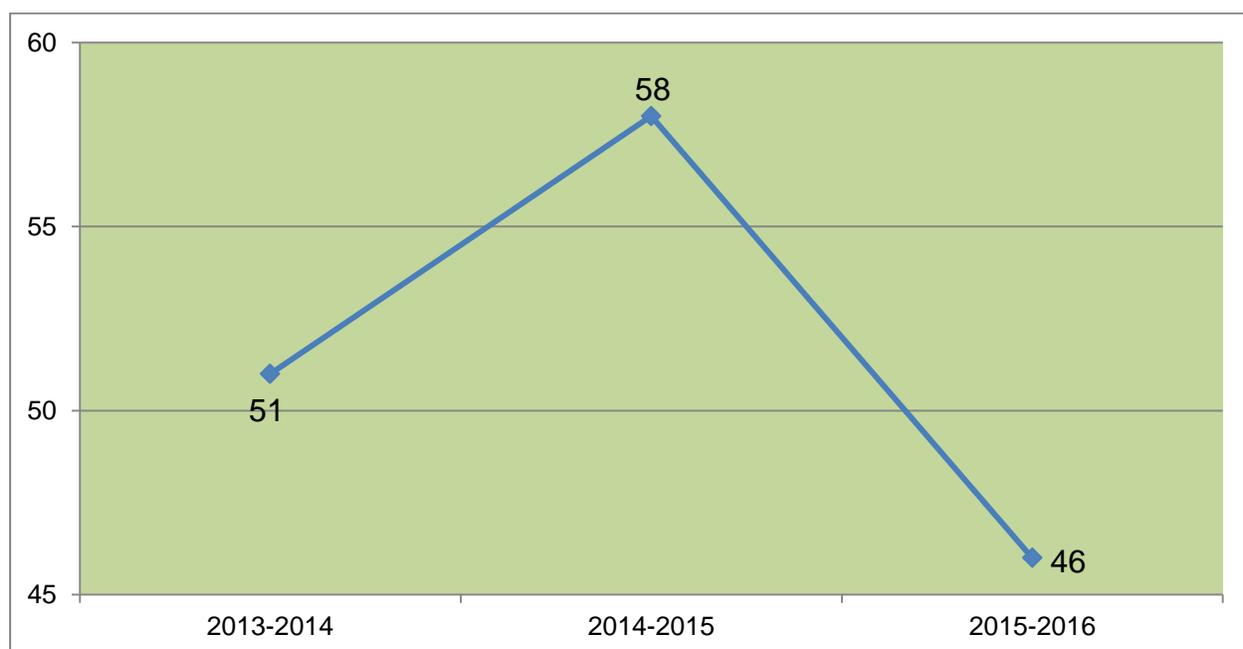
Il est à noter que certains objets de plainte peuvent être plus longs à traiter, et ce, selon l'ampleur de l'analyse qu'ils requièrent et de leur complexité. Ainsi, les objets de plainte qui concernent la qualité des soins et services dispensés nécessitent souvent une analyse en profondeur des balises professionnelles et des protocoles à la base du soin pour lequel un usager est insatisfait.

Durant l'année 2015-2016, le délai de traitement a augmenté de façon appréciable, surtout dû au fait qu'il se soit écoulé beaucoup de temps avant que l'équipe complète des Commissaires aux plaintes ne soit nommée et stabilisée. Nous croyons également que d'avoir accordé une priorité à la gestion des insatisfactions durant cette période a contribué directement à la réduction du nombre de plaintes.

Le traitement des interventions

Au-delà du traitement des plaintes des usagers, l'article 33 de la LSSSS permet au Commissaire d'intervenir de sa propre initiative ou lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits d'un usager ou d'un groupe d'usagers ne sont pas respectés. Au même titre que pour une plainte, le Commissaire peut, à l'intérieur d'un dossier d'intervention, recommander toute mesure visant la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits.

L'évolution du nombre d'interventions au cours des trois dernières années

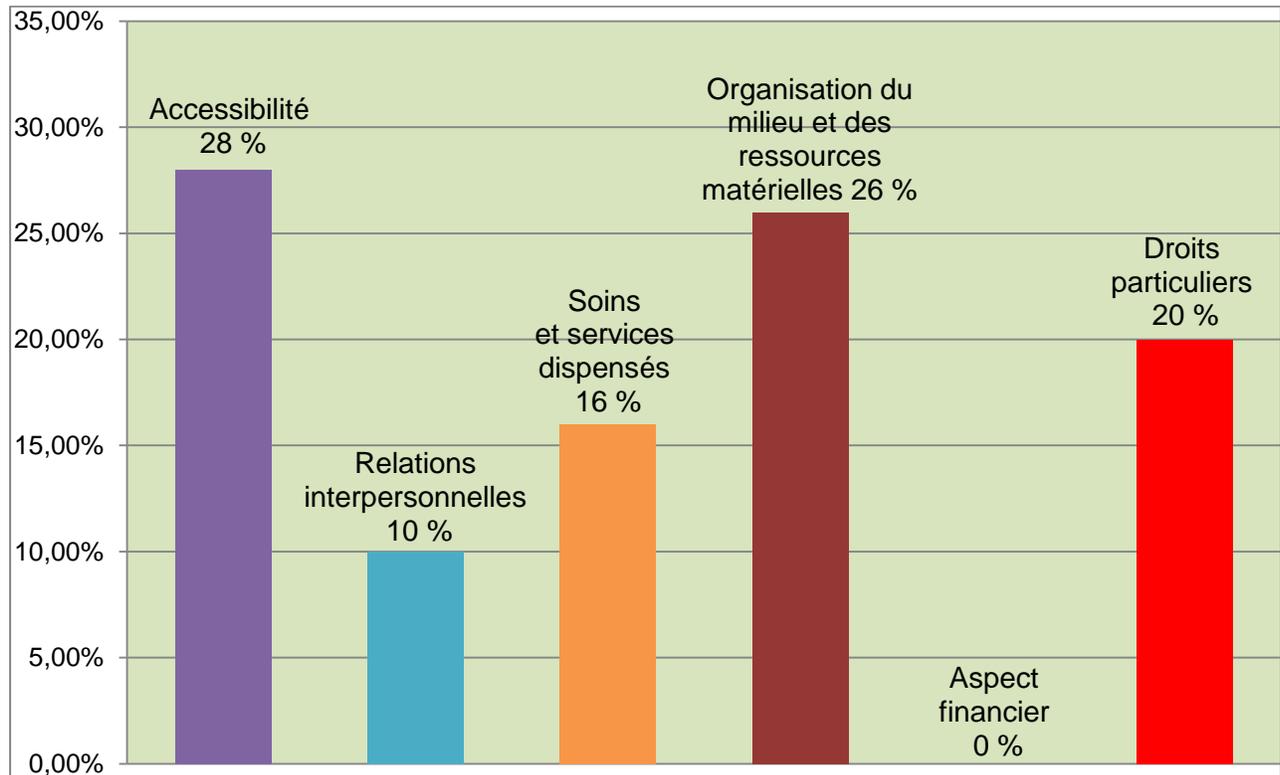


Les origines des interventions

ORIGINE DE L'INTERVENTION	Nombre
Sur constat par le commissaire	11
Sur signalement au commissaire	35
TOTAL	46

Les principaux motifs d'intervention

Nous avons examiné 50 motifs d'intervention; 37 d'entre eux ont fait l'objet de mesures correctives, alors que pour 13 de ces motifs, il n'y a eu aucune mesure émise.



Les mesures correctives à portée individuelle selon le motif d'intervention

MESURE / MOTIF	Accessibilité	Aspect financier	Droits particuliers	Organisation du milieu et ressources matérielles	Relations interpersonnelles	Soins et services dispensés	TOTAL
Adaptation des soins et services	3	0	1	0	1	0	5
Conciliation / intercession / médiation	1	0	0	0	0	1	2
Information / sensibilisation d'un intervenant	0	0	0	1	1	0	2
Obtention de services	1	0	0	1	0	0	2
Sous-total	5	0	1	2	2	1	11

Les mesures correctives à portée systémique selon le motif d'intervention

MESURE / MOTIF	Accessibilité	Aspect financier	Droits particuliers	Organisation du milieu et ressources matérielles	Relations interpersonnelles	Soins et services dispensés	TOTAL
Adaptation des soins et services	3	0	4	3	0	5	15
Adaptation du milieu et de l'environnement	0	0	1	3	1	0	5
Adoption/révision/application de règles et procédures	0	0	1	4	0	1	6
Sous-total	3	0	6	10	1	6	26

TOTAL des mesures	8	0	7	12	3	7	37
--------------------------	----------	----------	----------	-----------	----------	----------	-----------

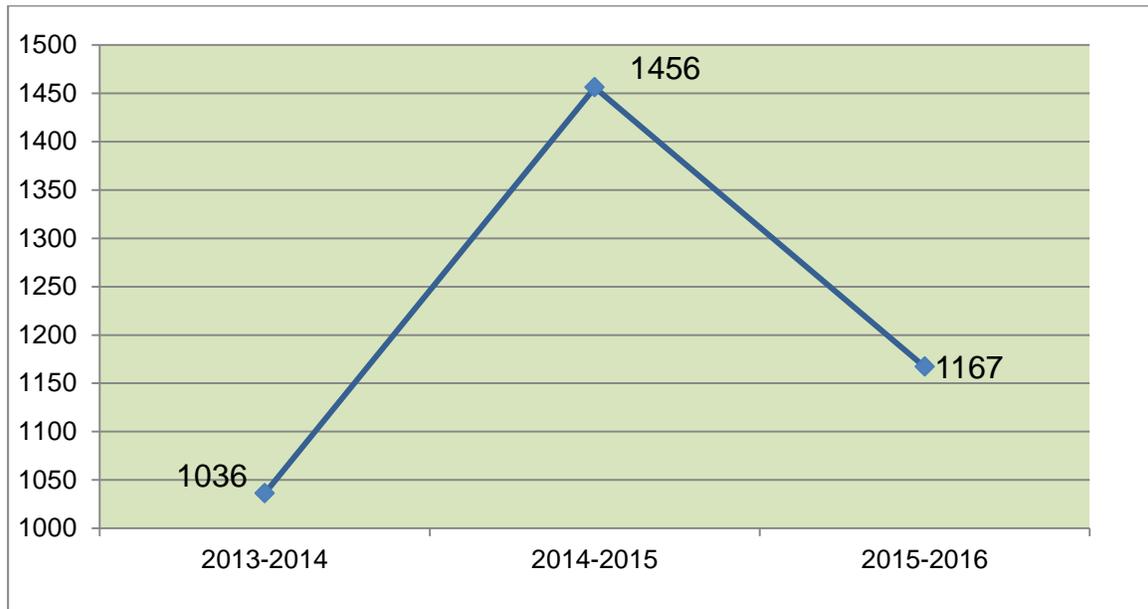
Les demandes d'assistance

Le délai moyen de réponse pour une assistance est d'une journée. Les demandes d'assistance, provenant d'un usager ou de son représentant, ont pour but d'obtenir de l'information sur le processus d'examen d'une plainte, les droits et les recours ou pour obtenir de l'information sur les modalités d'accès à un soin ou un service.

Plusieurs usagers ont aussi été référés au Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP) de l'Outaouais et à l'organisme Droit-Accès de l'Outaouais.

MOTIF DE L'ASSISTANCE	Nombre	Pourcentage
Aide à la formulation d'une plainte	459	39 %
Aide concernant un soin ou un service	708	61 %
TOTAL	1167	100.00 %

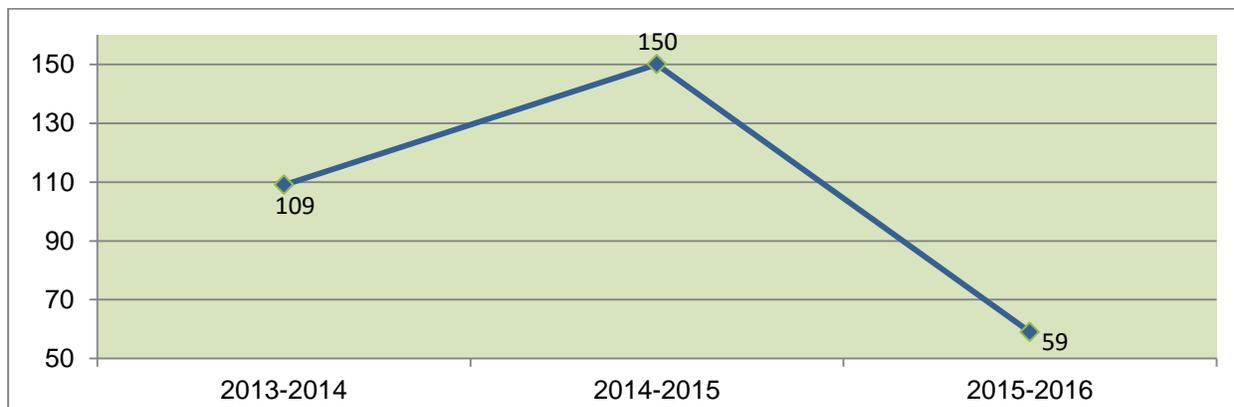
L'évolution des demandes d'assistance au cours des trois dernières années



Les demandes de consultation

Au cours de l'année, les Commissaires ont répondu à 59 demandes de consultation de la part de gestionnaires, d'employés et de partenaires du réseau local de services (RLS). Ces demandes touchent essentiellement des points en lien avec la LSSS.

L'évolution des demandes de consultation au cours des trois dernières années



Les recommandations des Commissaires

Pendant l'année 2015-2016, les Commissaires ont présenté 46 recommandations aux directions concernées lors du traitement des dossiers. Il est à noter que les Commissaires préfèrent demander des mesures correctives en cours d'examen afin d'accélérer la mise en place de processus améliorant la qualité des soins et services offerts à la population.

Direction	Motifs de recommandation	TOTAL
Direction générale	Droits particuliers TOTAL:	1
Direction soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)	Accessibilité (3) Organisation du milieu et ressources matérielles (2) Relations interpersonnelles Droits particuliers Aspect financier Soins et services dispensés TOTAL:	9
Direction des programmes jeunesse	Soins et services dispensés TOTAL:	1
Direction des services professionnels (DSP)	Droits particuliers Accessibilité (2) Soins et services dispensés Organisation du milieu et ressources matérielles TOTAL:	5
Direction des soins infirmiers (DSI)	Droits particuliers (2) Organisation du milieu et ressources matérielles (2) Accessibilité Relations interpersonnelles Aspect financier Soins et services dispensés TOTAL:	8
Direction des services multidisciplinaires (DSM)	Organisation du milieu et ressources matérielles Accessibilité Droits particuliers TOTAL:	3
Direction programmes santé mentale et dépendance (DPSMD)	Soins et services dispensés (3) Organisation du milieu et ressources matérielles TOTAL:	4
Direction des programmes DI-DP-TSA	Soins et services dispensés (2) Organisation du milieu et ressources matérielles (3) TOTAL:	5
Direction de la santé publique	Droits particuliers (2) TOTAL:	2
Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques (DRHCAJ)	Accessibilité Organisation du milieu et ressources matérielles (3) Relations interpersonnelles Droits particuliers Soins et services dispensés TOTAL:	7
Coopérative des paramédics de l'Outaouais (CPO)	Soins et services dispensés TOTAL:	1
GRAND TOTAL :		46

Le recours au Protecteur du citoyen

Si un plaignant n'est pas satisfait des conclusions transmises par les Commissaires ou s'il ne reçoit pas ses conclusions à l'intérieur du délai légal de quarante-cinq jours, le droit de porter sa demande en deuxième instance lui est garanti. La prescription pour en appeler des conclusions des Commissaires est de deux ans. Cette deuxième instance est le Protecteur du citoyen (PDC). Dans l'exercice 2015-2016, il y a eu 19 dossiers portant sur 25 motifs, qui ont fait l'objet d'un examen par le 2^e palier. 14 motifs ont été conclus par le Protecteur du citoyen et 3 mesures ont été recommandées à l'établissement touchant l'adaptation des soins et des services et la révision de protocoles et de politiques.

Les motifs de plaintes transmis au Protecteur du citoyen

MOTIF	Nombre
Accessibilité	8
Aspect financier	3
Droits particuliers	4
Organisation du milieu et ressources matérielles	1
Relations interpersonnelles	5
Soins et services dispensés	4
Total	25

Activités relatives à la promotion

Outre le traitement des plaintes, les Commissaires ont aussi une mission de promotion et de participation au fonctionnement du régime des plaintes auprès de l'ensemble du CISSS de l'Outaouais. En 2016-2017, la promotion sera faite de façon différente, car il existe plusieurs groupes de personnes qui n'ont aucun lieu pour être rejoints. Nous ferons appel à de la communication de masse, durant la Semaine de la promotion des droits des usagers, en septembre prochain, afin d'informer un nombre plus important de personnes sur leurs droits. En effet, même si 85 activités de promotion ont eu lieu, plusieurs de ces activités ne regroupaient que quelques personnes à la fois.

AUTRES FONCTIONS DES COMMISSAIRES	Nombre	%
Promotion / Information		
Droits et obligations des usagers	37	30,33
Code d'éthique (employés, professionnels, stagiaires)	3	2,46
Régime et procédure d'examen des plaintes	44	36,07
Autre	1	0,82
Sous-total	85	69,67
Communications au conseil d'administration (en séance)		
Bilan des dossiers des plaintes et des interventions	1	0,82
Attentes du conseil d'administration	1	0,82
Autre	0	0,00
Sous-total	2	1,64
Participation au comité de vigilance et de la qualité		
Participation au comité de vigilance et de la qualité	2	1,64
Sous-total	2	1,64
Collaboration au fonctionnement du régime des plaintes		
Collaboration à l'évolution du régime d'examen des plaintes	8	6,56
Collaboration avec les comités des usagers / résidents	20	16,39
Soutien aux commissaires locaux	2	1,64
Autre	3	2,46
Sous-total	33	27,05
TOTAL	122	100,00

Conclusions et perspectives 2016-2017

La présentation de ce premier rapport annuel du CISSS de l'Outaouais est l'occasion d'étalonner les attentes de l'organisation en matière de qualité des services. Le CISSS de l'Outaouais est engagé dans une démarche de qualité de ses services, de respect des droits de ses usagers et de recherche constante d'innovation.

Le professionnalisme, la collaboration, l'engagement et la bienveillance sont les valeurs qui sont attendues par l'organisation de la part de ceux qui la composent. Il va sans dire que ce sont ces balises qui guideront l'équipe des Commissaires aux plaintes et à la qualité des services du CISSS de l'Outaouais pour les prochaines années.

Nous tenons à noter ici que les résultats obtenus ne peuvent être uniquement associés aux retombées du traitement des plaintes. En effet, c'est grâce à la collaboration de tous les acteurs concernés par les plaintes que les améliorations sont apportées et intégrées pour mieux contribuer à l'amélioration de la qualité des soins et services dispensés par le CISSS de l'Outaouais.

Dossiers majeurs:

- Port de la carte d'identité obligatoire
- Recommandation à l'effet d'adopter une politique sur l'utilisation des téléphones intelligents dans l'organisation
- Recommandation à l'effet de revoir la politique «*Décorum et uniformes*» afin d'interdire éventuellement le port du parfum dans toutes les installations
- Une meilleure information aux usagers référés hors région pour des services non disponibles en Outaouais. La politique régionale de déplacement des usagers ne couvre qu'une petite partie des dépenses réelles occasionnées par ceux-ci.
- Plusieurs situations référées aux ressources humaines dans le but d'évaluer si la pratique ou la conduite d'un membre du personnel soulevaient des questions d'ordre disciplinaire
- Réorganisation du travail au Centre d'hébergement Foyer Père Guinard (Maniwaki)

Au cours de l'année 2015-2016, une refonte du site web du CISSS de l'Outaouais (www.santeoutaouais.qc.ca) a été effectuée et contient maintenant l'ensemble des informations relatives au régime de plaintes ainsi que des formulaires de plainte interactifs en français et en anglais.

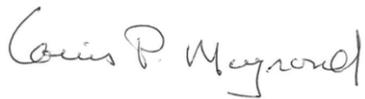
Durant la dernière année, plusieurs activités de promotion ont eu lieu sur l'ensemble du territoire de l'Outaouais, sans oublier la participation de l'équipe des Commissaires, aux activités de sensibilisation dans le cadre de la semaine annuelle des droits des usagers, de concert avec le comité des usagers, le comité des utilisateurs de l'hôpital Pierre-Janet et les comités des résidents.

Toutes les installations du CISSS de l'Outaouais auront reçu en juin 2016 les nouveaux dépliants ainsi que les nouvelles affiches promotionnelles de l'équipe des Commissaires aux plaintes et à la qualité des services.

Les plaintes et les insatisfactions ne sont pas les seuls éléments qui témoignent de la satisfaction des usagers, mais elles représentent une manifestation significative. Selon nous, cela représente 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 l'organisation. La voix de la clientèle devient alors un levier primordial pour l'amélioration de la qualité des services dans notre réseau.

Nous saluons la vision et l'engagement envers les usagers du CISSS de l'Outaouais, du Conseil d'administration, de la Direction générale, de même que des membres du Comité de vigilance et de la qualité, des membres de l'équipe de Direction et de tous les employés.

En définitive, le mot de la fin reviendra toujours aux usagers, à ceux qui auront eu le courage de signaler ce qui ne va pas, ce qui ne répond pas à leurs besoins et à leur réalité. Nous croyons que cela traduit, la plupart du temps, à travers le témoignage d'une personne ou d'un plaignant, l'aspiration de toute une collectivité et nous permet ainsi d'améliorer la qualité des soins et services que nous offrons à la population, ce qui demeure bien entendu notre raison d'être.



Louis-Philippe Mayrand
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

ANNEXE 1

Rapport annuel des Médecins examinateurs

Rapport annuel des Médecins examinateurs

Chantal Gagné, MD
Marc Gaudet, MD
Maurice Naim, MD
Martin Pham-Dinh, MD
Samia Attia-Galand, MD
Guylène Therriault, MD
Edi Patzev, MD

2015-2016

du 1^{er} avril 2015 au 31 mars 2016

Transmis au Commissaire aux plaintes et à la qualité des services le 10 mai 2016

Transmis au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens le 2016

Transmis au Conseil d'administration le 2016

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 d'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 d'un 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 dues sont déposées au dossier du professionnel visé.

Le Médecin examinateur saisi d'une plainte, qu'elle soit 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^{er} avril 2015 au 31 mars 2016

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
19	91	106	4	3

91 dossiers ont été adressés aux Médecins examinateurs durant l'année 2015 - 2016 et chacun visait un médecin en particulier.

De ces données:

- ❖ 6 plaintes ont été abandonnées
- ❖ 14 plaintes ont été rejetées
- ❖ 12 plaintes assignées sont toujours en traitement, incluant les 7 dossiers transmis au Comité de révision
- ❖ 47 plaintes non-assignées seront transférées de 2015-2016 à 2016-2017 pour assignation

Bilan des dossiers de plainte selon l'étape de l'examen et l'instance visée

INSTANCE VISÉE	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	%		
Installation							
Hôpital de Wakefield	0	5	5,49	5	4,72	0	0
CLSC LeGuerrier	1	0	0,00	1	0,94	0	0
Hôpital de Gatineau	3	38	41,76	40	37,74	1	2
Hôpital de Hull	5	31	34,07	35	33,02	1	1
Hôpital PJ	9	6	6,59	14	13,21	1	0

Hôpital de Shawville	0	4	4,40	3	2,83	1	0
CLSC Fort-Coulonges	0	2	2,20	2	1,89	0	0
Hôpital de Buckingham	0	3	3,30	3	2,83	0	0
CLSC Maniwaki	1	0	0,00	1	0,94	0	0
Hôpital de Maniwaki	0	2	2,20	2	1,89	0	0
TOTAL	19	91	100,0	106	100,0	4	3

- 3 plaignants se sont prévalus de leur droit de recours auprès du Comité de révision
- Aucun médecin ne s'est prévalu de son droit de recours auprès du Comité de révision

De plus, 8 plaintes qui furent transférées au CMDP (Comité de discipline), au cours des années antérieures, sont toujours en traitement:

- ❖ 1 plainte datant de 2010
- ❖ 2 plaintes datant de 2011
- ❖ 2 plaintes datant de 2012
- ❖ 1 plainte datant de 2013
- ❖ 2 plaintes datant de 2015

État des dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires

Dossiers transmis pour étude à des fins disciplinaires	Nombre
Plainte transmise au CMDP	2

Ces dossiers sont toujours en cours.

- ❖ Les Médecins examinateurs ont décidé en 2015-2016 d'assurer un suivi étroit des dossiers transmis au CMDP pour études à des fins disciplinaires. Notre objectif est que tous les dossiers qui ont accumulé des retards soient complétés d'ici la fin de l'exercice 2016-2017.

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

Motif / Niveau de traitement	Traitement complété			Total par motif %
	Avec mesure	Sans mesure	Total	
Accessibilité				
Délais	2	6	8	5,44
Sous-total	2	6	8	5,44
Droits particuliers				
Confidentialité	0	1	1	0,68
Droit linguistique	2	0	2	1,36
Sous-total	2	1	3	2,04
Organisation du milieu et ressources matérielles				
Présences & respect des règles et procédures	1	1	2	1,36
Sous-total	1	1	2	1,36
Relations interpersonnelles				
Commentaires discriminatoires	0	4	4	2,70
Manque de compréhension	1	1	2	1,35
Manque d'empathie	5	7	12	8,78
Manque d'information	1	3	4	2,70
Propos offensants	1	1	2	1,35
Manque à l'égard de l'intimité physique	1	0	1	0,68
Manque de politesse	9	4	13	12,84
Sous-total	18	20	38	42,05
Soins et services dispensés				
Habilités techniques et professionnelles	3	5	8	5,44
Absence de suivi	2	6	8	5,44
Congé ou fin de service prématuré	2	0	2	1,36
Évaluation et jugement professionnels	7	24	31	21,08
Décision de priorisation	1	2	3	2,04
Coordination des acteurs	1	0	1	0,68
Interventions	1	5	6	4,08

Application et suivi du plan de service ou d'intervention	0	1	1	0.68
Respect du Code des professions concernées	1	1	2	1.36
Choix de médication	0	3	3	2,04
Sous-total	18	47	65	44,20
Autres				
Sous-total	2	5	7	4,91
TOTAL	43	80	123	100,0

Prendre note qu'une plainte peut contenir plusieurs motifs. Les principales causes d'insatisfaction se regroupent sous deux volets, les relations interpersonnelles et soins et services dispensés. Sous le premier, relations interpersonnelles: les commentaires inappropriés, l'attitude, le manque d'empathie et de politesse, le manque d'informations sont les principales causes d'insatisfaction. Le deuxième volet soins et services dispensés concerne l'absence de suivi, la qualité des interventions et la continuité des services et des soins lors des congés hospitaliers.

Conclusions motivées du Médecin examinateur

Parmi les conclusions émises pour chaque plainte, les mesures apportées peuvent être à portée individuelle et à portée systémique. La première vise à rétablir la situation spécifique d'un usager et la deuxième est de nature systémique et vise à prévenir la répétition de la lacune observée touchant, de ce fait, un ensemble de personnes.

Un dossier peut représenter plusieurs mesures et celles-ci se regroupent surtout sous deux volets, le premier nommé «*Relations interpersonnelles*» inclus, entre autres, l'amélioration de la communication, l'information et la sensibilisation qui sont les mesures les plus fréquentes. Des rappels ont été effectués en lien avec les conduites attendues. Quant au deuxième volet, «*Soins et services dispensés*», presque l'ensemble des mesures 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.

MOTIF / MESURE	À portée individuelle ou systémique	%
Accessibilité	2	4,17
Aspect financier	0	0,00
Droits des particuliers	2	4,17
Organisation du milieu et des ressources matérielles	1	2,08
Relations interpersonnelles	22	45,83
Soins et services dispensés	21	43,75
Total	48	100

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

DÉLAI D'EXAMEN	Moyenne (jours)	%
Moins de 3 jours	1	11,32
4 à 15 jours	9	13,21
16 à 30 jours	23	9,43
31 à 45 jours	38	25,47
Sous-total	22	59,43
46 à 60 jours	53	3,77
61 à 90 jours	71	16,04
91 à 180 jours	135	16,98
181 jours et plus	632	3,77
Sous-total	148	40,57
TOTAL	73	100,00

Le délai de traitement des plaintes est supérieur aux normes prévues à cet effet dans 40,57 % des dossiers.

Le délai moyen pour conclure une plainte dans le délai prescrit: 22 jours.

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	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
2015 - 2016	19	12	91	15	106	38	4	(79)
2014 - 2015	17	42	79	(5)	77	(1)	19	12
2013 - 2014	12	0	83	24	78	16	17	42

Sommaire des recommandations faites en 2015-2016

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

Durant l'exercice 2015-2016, les Médecins examinateurs ont émis 2 recommandations:

- **Une recommandation a été adressée au Directeur des services professionnels, suite à une plainte en lien avec l'absence de documents anglophones:**
 - *«Que le formulaire Niveau d'intervention médicale et de réanimation cardio-respiratoire soit traduit en anglais et qu'il soit disponible dans tous les établissements du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais.»*
⇒ EN COURS DE RÉALISATION
- **Une recommandation a été adressée au Chef du département de radiologie, suite à l'analyse d'une plainte concernant le suivi d'une pneumonie pédiatrique:**
 - *«Que le département de radiologie se penche sur la pertinence des radiographies de contrôle recommandée pour le suivi des pneumonies pédiatriques.»*
⇒ EN COURS DE RÉALISATION

Finalement, un Médecin examinateur a travaillé en collaboration avec le Commissaire aux plaintes dans deux dossiers de plaintes médico-administratives.

Conclusion et objectifs pour l'année 2016-2017

Durant l'exercice 2015-2016, les Médecins examinateurs ont conclu le traitement de 106 dossiers de plaintes, comparativement à 77 en 2014-2015, soit une augmentation de 27,36 % et ceci malgré les nombreux changements au bureau du Médecin examinateur:

- La fusion du bureau des Commissaires aux plaintes et celui des Médecins examinateurs et la centralisation de tous les services de traitement des plaintes du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais au 105, boulevard Sacré-Cœur, Gatineau (Québec) J8X 1C5
- Le départ de la technicienne en administration, Mme Louise Fourcaudot à la fin novembre 2015 et son remplacement par M. Jocelyn Cossette le 1^{er} décembre 2015.

Le nombre de dossiers en traitement à la fin de l'exercice a diminué à 4 dossiers alors qu'il était de 19 en début d'exercice.

Le délai de traitement des plaintes reste supérieur aux normes prévues à cet effet dans 40,57 % des dossiers.

Le traitement de chaque plainte nécessite plusieurs heures de révision de dossier et de documentation, des appels téléphoniques et 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 pour l'année à venir pour les Médecins examinateurs seront de:

1. Diminuer les retards accumulés pour les dossiers en traitement
2. Faire le suivi des dossiers transmis au CMDP pour études à des fins disciplinaires
3. Minimiser les délais de traitement
4. Stabiliser l'équipe à long terme
5. Développer l'expertise locale.

Pour diminuer les retards accumulés, nous sommes en transition vers un nouveau mode de fonctionnement qui consiste à faire une pré-analyse des dossiers de plainte dès la réception. Ceci permet de recevoir toute la documentation nécessaire (dossier du plaignant et réponse du médecin) avant de la présenter au Médecin examinateur afin de diminuer les délais de traitements. Nous espérons que ce nouveau mode de fonctionnement permettra de résorber complètement les retards dans le traitement des dossiers d'ici la fin de l'année 2016-17.



Dr Martin Pham-Dinh,
Médecin examinateur, Coordonnateur

Préparé par:

Jocelyn Cossette
Technicien en administration

ANNEXE 2

Rapport du Comité de révision

Rapport annuel du Comité de révision des plaintes médicales

M. Michel Roy, président
Dr Gilles Aubé, membre
Dre Amélie Gervaise, membre
Dr Henry Servantes Gaspard, membre substitut

2015-2016

du 1^{er} avril 2015 au 31 mars 2016

Transmis à la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services le 13 avril 2016

Transmis au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens le 2016

Transmis au Président-directeur général le 2016

Préambule

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) prévoit la mise sur pied obligatoire d'un Comité de révision au sein de chaque instance locale (CISSS). Un établissement, autre qu'une instance locale, peut instituer son propre Comité de révision. Si un tel établissement n'a pas institué son propre Comité de révision, la demande de révision doit alors être traitée par le Comité de révision du CISSS du réseau de services de santé et de services sociaux dont cet établissement fait partie.

Le Conseil d'administration du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais, le 29 octobre 2015, a institué un Comité de révision des plaintes médicales pour le territoire du 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 des établissements du réseau local.

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 le Médecin examinateur du CISSS de l'Outaouais ou, le cas échéant, par le Médecin examinateur de l'établissement concerné du territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux dont le CISSS de l'Outaouais coordonne les activités et les services.

Composition du Comité de révision des plaintes médicales

Le Comité de révision est composé de trois membres nommés par le Conseil d'administration:

- Le président du comité est nommé parmi les membres élus ou cooptés du Conseil d'administration;
- Les deux autres membres sont nommés parmi les médecins, dentistes ou pharmaciens qui exercent leur profession dans un centre exploité par l'un ou l'autre des établissements du territoire du réseau local de services, sur recommandation du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) de l'instance locale ou de celui d'un établissement du réseau local de services si existant, ou, en l'absence d'un tel conseil au sein d'un établissement, après consultation des médecins, dentistes et pharmaciens qui y exercent leur profession.

Membres du Comité de révision des plaintes médicales du 29 octobre 2015 au 31 mars 2016:

- M. Michel Roy, président
- Dr Gilles Aubé, membre
- Dre Amélie Gervaise, membre
- Dr Henry Servantes Gaspard, membre substitut

Traitement des dossiers

Tous les dossiers traités en Comité de révision des plaintes médicales sont acheminés aux membres du Comité au moins deux semaines avant chaque réunion, considérant l'ampleur du dossier médical du plaignant. Les membres du Comité prennent le temps d'analyser la demande de révision et d'étudier de façon approfondie le dossier du plaignant.

Les plaignants et les professionnels visés par la plainte médicale sont invités à la réunion du Comité afin de présenter leurs observations. Enfin, le Médecin examinateur est convoqué à la réunion afin de répondre aux interrogations des membres du Comité.

Bilan des décisions des dossiers ayant fait l'objet d'une demande de révision

Motifs à l'appui, l'avis du Comité de révision doit conclure à l'une des options suivantes:

- a) Confirmer les conclusions dues de l'établissement concerné;
- b) Requérir du Médecin examinateur de l'établissement concerné qu'il effectue un complément d'examen dans un délai fixé par le Comité et qu'il transmette ses nouvelles conclusions aux parties concernées avec copie au Comité de révision ainsi qu'au Commissaire aux plaintes et à la qualité des services;
- c) Acheminer copie de la plainte ainsi que du dossier vers le CMDP ou vers l'autorité de l'établissement concerné pour son étude à des fins disciplinaires;
- d) Recommander au Médecin examinateur de l'établissement concerné ou, s'il y a lieu, aux parties elles-mêmes, toute mesure de nature à les réconcilier.

La conclusion retenue par le Comité de révision des plaintes médicales est finale.

Au cours de l'année, le Comité de révision s'est réuni à 3 reprises, soit le 14 janvier 2016, le 2 février 2016 ainsi que le 24 février 2016. Deux 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	Conclusions	Respect du délai (60 jours)
Dossier 2016-001	Délais pour obtenir des soins	Confirmation des conclusions dues	Non (223 jours)
Dossier 2016-002	Communication des risques avant le consentement	Confirmation des conclusions dues	Non (78 jours)
Dossier 2016-003	Erreur médicale	À venir	<i>Demande déposée le 10 mars 2016, traitée après la fin de l'année financière fixée au 31 mars.</i>

Bilan des dossiers dont l'examen a été conclu selon l'instance visée

INSTANCE VISÉE	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
		Nombre	%	Nombre	%	
Installation						
Hôpital de Gatineau	0	2	66,67	1	50,00	1
Hôpital de Hull	0	1	33,33	1	50,00	0
TOTAL	0	3	100,00	2	100,00	1

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	0	0,00
61 à 90 jours	79	50,00
91 à 180 jours	0	0,00
181 jours et plus	223	50,00
TOTAL	151	100,00

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 2016-2017

La mise en application de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales explique en grande partie le non-respect du délai de traitement de 60 jours entre la réception de la demande de révision et l'avis final, dans les deux dossiers.

Le Comité de révision n'a été officiellement formé que le 29 octobre 2015 et a dû consacrer ses premiers efforts vers la mise à niveau de ses membres et l'adoption de son Règlement sur la régie interne. Néanmoins, les deux demandeurs ont été avisés régulièrement de l'état d'avancement des travaux du Comité.

Après cette période d'adaptation, le Comité a atteint un rythme lui permettant de respecter les délais et poursuivra ses efforts en ce sens.



Michel Roy,
Président du Comité de révision
Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais

Préparé par:

Pascal Chaussé
Conseiller cadre Soutien au Conseil d'administration

Jocelyn Cossette
Technicien en administration

ANNEXE 3

Personnes impliquées dans le régime d'examen des plaintes en 2015-2016

Commissaires aux plaintes et à la qualité des services	
Nom	Titre
Mme Jocelyne Guénette	Commissaire aux plaintes et à la qualité des services (1 ^{er} avril à 22 juillet 2015)
M. Louis-Philippe Mayrand	Commissaire aux plaintes et à la qualité des services (22 juillet au 31 mars 2016)
Mme Guylaine Ouimette	Commissaire adjointe aux plaintes et à la qualité des services
M. Jocelyn Cossette	Technicien en administration
Mme Valérie Fortier	Technicienne en administration (1 ^{er} avril au 8 octobre 2015)
Mme Louise Fourcaudot	Technicienne en administration (1 ^{er} avril à novembre 2015)
Mme Francine Perrault	Technicienne en administration (16 novembre au 18 décembre 2015)
Mme Nancy-Gaëlle Fasoni	Technicienne en administration (21 décembre 2015)
Mme Sylvie Lesage	Agente administrative, classe 1 (30 novembre 2015)
M. Luc Bernard	Conseiller (16 novembre 2015)
Mme Pauline Soucy	Conseillère (8 janvier 2016)
Mme Julie Nadeau	Conseillère (17 février 2016)
Médecins examinateurs	
Dr Martin Pham-Dinh	Médecin examinateur, Coordonnateur
Dr Maurice Naim	Médecin examinateur
Dre Samia Attia-Galand	Médecin examinateur
Dre Chantal Gagné	Médecin examinateur
Dr Marc Gaudet	Médecin examinateur
Dre Guylène Therriault	Médecin examinateur (départ 29 janvier 2016)
Dr Jean Lemonde	Médecin examinateur substitut

